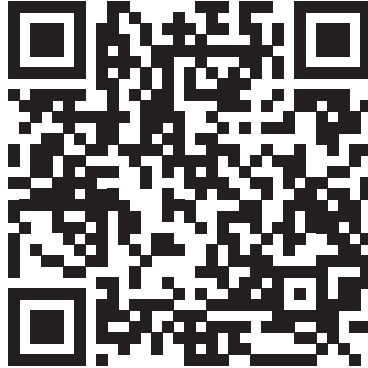


Formação de Atores Multiplicadores para atuação do Controle Social em Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora

QUANDO EU SOLTAR A MINHA VOZ

COMPARTILHE ESTE LIVRO



Ficha catalográfica:

QUANDO EU SOLTAR A MINHA VOZ: Formação de Atores Multiplicadores para Atuação do Controle Social em Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora.

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

São Paulo, Brasil - 2022

ISBN: 978-65-992606-2-9

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

EXPEDIENTE:**CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE – CNS****MESA DIRETORA 2022 - 2024:**

Presidente - Fernando Zasso Pigatto

Ana Lúcia Marçal Paduello – Associação Brasileira Superando o Lúpus, Doenças Reumáticas e Raras

Maria da Conceição Silva – União de Negros pela Igualdade

Madalena Margarida da Silva Teixeira – Central Única dos Trabalhadores - CUT

Fernanda Lou Sans Magano – Federação Nacional dos Psicólogos

Francisca Valda da Silva – Associação Brasileira de Enfermagem

Jurandi Frutuoso Silva – Conselho Nacional de Secretários de Saúde - Conass

Neilton Araújo de Oliveira – Ministério da Saúde

COMISSÃO INTERSETORIAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR E DA TRABALHADORA – CISTT

Coordenador: Jacildo Siqueira Pinho - Confederação Nacional dos Trabalhadores e Trabalhadoras na Agricultura Familiar no Brasil - CONTRAF

Coordenador Adjunto 1: Ruth Cavalcanti Guilherme - Associação Brasileira de Nutrição - ASBRAN

Coordenador Adjunto 2: Madalena Margarida da Silva Teixeira - Central Única dos Trabalhadores - CUT

Rodrigo de Oliveira Ribeiro - Federação de Sindicatos de Trabalhadores Técnicos Administrativos em Instituições de Ensino Superior Públicas do Brasil - FASUBRA

Maria Aparecida do Amaral Godoi de Faria - Confederação Nacional dos Trabalhadores em Seguridade Social da CUT - CNTSS

Helena Rodrigues Corrêa Filho - Centro Brasileiro de Estudos de Saúde - CEBES

Paulo Henrique Scrivano Garrido - Sindicato dos Trabalhadores da Fiocruz - ASFOC-SN

Luiz Anibal Vieira Machado - Nova Central Sindical de Trabalhadores - NCST

Francisco José Sousa e Silva - Central de Trabalhadoras e Trabalhadores do Brasil - CTB

Antônio Lacerda Souto - Confederação Nacional dos Trabalhadores Rurais Agricultores e Agricultoras Familiares - CONTAG

Elta Souza Silva - União Brasileira de Mulheres - UBM

Carlos Alberto Ebeling Duarte - Articulação Nacional de Luta contra AIDS - ANAIDS

João Donizeti Scaboli – Força Sindical - FS

Francisco Flávio Inácio de Lima - Confederação dos Trabalhadores no Serviço Público Federal - CONDSEF

Itamar José Rodrigues Sanches - Confederação Nacional do Ramo Químico - CNQ/CUT

Flávia Nogueira e Ferreira de Sousa - Ministério da Saúde

Marcia Cristina Pinheiro Marques - Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde - Conasems

Cláudio Patrus de Campos Bello - Confederação Nacional da Indústria - CNI

DEPARTAMENTO INTERSINDICAL DE ESTUDOS E PESQUISAS DE SAÚDE E DOS AMBIENTES DE TRABALHO – DIESAT**DIRETORIA 2019 - 2022:****PRESIDENTE NACIONAL**

Edison Flores Lima Filho – SINTAEMA-SP

VICE-PRESIDENTE NACIONAL

Elenildo Queiroz Santos – Sindicato dos Metalúrgicos de Guarulhos

VICE-PRESIDENTE ESTADUAL – SP

João Donizeti Scaboli – FEQUIMFAR-SP

DIRETOR NACIONAL DE ADMINISTRAÇÃO

José Carlos Cordeiro – Sindicato dos Marceneiros de SP

DIRETOR NACIONAL DE FINANÇAS

Alex Ricardo Fonseca – Sindicato dos Químicos de SP

DIRETOR NACIONAL DE DIVULGAÇÃO E CULTURA

Daniel Paulo Ferreira de Lima – SEEL / SP

DIRETOR NACIONAL DE RELAÇÕES INTERNACIONAIS

José Jurandir Alves Lopes - FENATEMA

DIRETOR NACIONAL DE PROJETOS E PESQUISAS

Arnaldo Marcolino da Silva Filho – Sindicato dos Radialistas de SP

DIRETOR NACIONAL DE RELAÇÕES SINDICAIS

José Freire da Silva - FETQUIM-CUT / SP

CONSELHO FISCAL

Benedito Pedro Gomes – Sindicato dos Padeiros de SP

Regina Lúcia Strepeckes – Sindicato dos Eletricitários de SP

Gilberto Almazan – Sindicato dos Metalúrgicos de Osasco e Região

EQUIPE TÉCNICA DO DIESAT:

Coordenador Técnico: Eduardo Bonfim da Silva

Dilma de Oliveira Rios

Gardênia Alves de Oliveira

Gustavo Vitorino Martins

Josilene Branco de Souza Sales

Marília Pereira da Costa Carvalho

Mariza Mathis

Roberto Sobreira Xavier

Rogério de Jesus Santos

Patrícia Sabina Marafon

Vinicius Anéli da Silva

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

Coordenadora Geral - Flavia Nogueira e Ferreira de Sousa

Nathalie Alves Agripino

Olga de Oliveira Rios

TEXTOS E REDAÇÃO:

Eduardo Bonfim da Silva

Josilene Branco de Souza Sales

Olga de Oliveira Rios

Patrícia Sabina Marafon

Roberto Sobreira Xavier

Rogério de Jesus Santos

Rosália Pereira Matos

Daniele Correia

Juliana Acosta Santorum

PROJETO GRÁFICO E DIAGRAMAÇÃO:

Vinicius Anéli da Silva

Sangrando

Gonzaguinha

*Quando eu soltar a minha voz
Por favor, entenda
Que palavra por palavra
Eis aqui uma pessoa se entregando*

*Coração na boca
Peito aberto
Vou sangrando
São as lutas dessa nossa vida
Eu estou cantando*

*Quando eu abrir minha garganta
Essa força tanta
Tudo aquilo que você ouvir
Esteja certa
Que estarei vivendo*

*Veja o brilho dos meus olhos
E o tremor nas minhas mãos
E o meu corpo tão suado
Transbordando toda a raça e emoção*

*E se eu chorar
E o Sol molhar o meu sorriso
Não se espante, cante
Que o teu canto é minha força
Pra cantar*

*Quando eu soltar a minha voz
Por favor, entenda
É apenas o meu jeito de viver
O que é amar*

Gonzaguinha, Sangrando.

Compositor: Luiz Gonzaga Jr. 1981.

Grupo de Trabalho

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

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

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

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

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

João Donizeti Scaboli - Sou membro da direção nacional do Diesat e também sou diretor responsável pelo Departamento de Saúde dos Trabalhadores e Trabalhadoras na Federação dos Químicos e farmacêuticos do Estado de São Paulo – FEQUIMFAR, filiada a central Força Sindical. E pela central repre-

sento os usuários no Conselho Nacional de saúde - CNS e sou coordenador adjunto com muito orgulho de ser um usuário do Sistema Único de Saúde, universal, inteiro e completo para todos e todas. Sistema público esse que tem histórias conquistas e grandes avanços. Moro na cidade de Cordeirópolis interior de São Paulo.

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

Juliana Acosta Santorum - Rio-grandina que fluiu pelas águas de Brasília e por hora com barco atracado no litoral sul da Paraíba, atrás do que faz sentido na vida. Mãe do Caetano e gestando mais uma vida. Sou enfermeira sanitária, mestre em enfermagem, especialista em saúde da família pela Universidade Federal de Rio Grande - FURG, que me formou defensora do SUS, da ciência e da vida.

Lucas B. de Vasconcellos - Graduado em História, Direito e Administração. Servidor Público Federal do Ministério da Economia onde integra a Carreira de Desenvolvimento de Políticas Sociais. No Ministério da Saúde

já exerceu os cargos de Coordenador, Chefe de Gabinete, Diretor de Departamento e Secretário Nacional. Atualmente trabalha como Assessor Técnico da Secretaria Executiva do Conselho Nacional de Saúde.

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

Márcia Kamei López Aliaga - Procuradora Regional do Trabalho. Atualmente Coordenadora Nacional da CODEMAT - Coordenadoria Nacional de Defesa do Meio Ambiente de Trabalho. De Maringá/Pr, cidade do interior. Neta de imigrantes japoneses que chegaram pelo porto de Santos, trabalharam nas lavouras de café interior do Estado de São Paulo e depois migraram para o Paraná. Meus pais integraram segunda geração de imigrantes japoneses e foram criados no meio urbano, com todas as dificuldades de adaptação para uma cultura muito diferente da dos seus pais e no cenário do pós-guerra. Comecei a trabalhar no comércio com 15 anos. Trabalho sem registro em CTPS. Cursei Direito na Universidade Estadual do Paraná, trabalhando durante o dia e estudando à noite. Advoguei por cinco anos. Nesse período participava de um grupo de estudo de advogados populares. Isso despertou em mim espírito mais crítico para as questões sociais. Ingressei no Ministério Público do Trabalho em 1999. Atualmente estou lotada na Procuradoria Regional de São Paulo/SP.

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

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

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

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

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

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

Rogério de Jesus Santos - O Rogério é o terceiro de quatro irmãos, filhos de pais nordestinos, hoje um pai e marido dedicado, uma pessoa extrovertida desde sempre, antes de ser corintiano e um bom pé de valsa, já conhecia o mundo do trabalho, e precocemen-

te adquire doença crônica que lhe obriga a mudar de profissão, já se completou que 27anos que essa mudança me transformou em um pesquisador e militante em saúde do trabalhador, defensor nato do SUS!

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

Ruth Cavalcanti Guilherme - Nutricionista, Doutora em Nutrição em Saúde Pública, Professora da Universidade Federal de Pernambuco – UFPE, Presidente da Associação Brasileira de Nutrição – ASBRAN, Conselheira Nacional de Saúde, Coordenadora Adjunta da CISTT Nacional, Entusiasta do Controle Social, de onde vem tirando força e coragem, Orgulhosamente avó, mãe, esposa e filha de nordestinos, Alegre e espontânea, tem paixão pelo carnaval, Mas na luta é relutante e aguerrida. Porque é simplesmente APAIXONADA PELA VIDA!

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

Vinicius Figueira Boim - Nascido em São Bernardo do Campo, estudou em escola pública e na adolescência atuou como volun-

tário em ações de inclusão de jovens em Programas Sociais da Prefeitura. Daí, surge a escolha da profissão de Serviço Social. Me formei em Bacharel em Serviço Social pela PUC-SP como Bolsista pelo PROUNI. É Assistente Social da PMSP e atua no CRST Lapa. É Especialista em Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana pela ENSP. Colabora como Conselheiro Editorial da Revista Trabalho & Saúde do Diesat. Pai de Camilo e companheiro da Cintia, adora viagens, natureza, vinhos e musicas latino americanas. Tem como principio de vida a luta por uma sociedade livre da exploração de classe e a defesa intransigente do Sistema Único de Saúde.

Josilene Branco de Souza Sales - Roraimense de coração cearense, carrego comigo a paixão por esse Brasil multicultural. Casada, mãe da Júlia e do Edson, graduanda em Saúde Coletiva pela Universidade de Brasília, adoro viajar e construir novas amizades. Sou pesquisadora em saúde do trabalhador/a, defensora do SUS e mantenho esperançar de dias melhores para todes.

Patrícia Marafon – Sou a Pati, Catarinense e gaúcha de coração. Psicóloga, Mestre em Políticas Sociais e Dinâmicas Regionais. Pesquisadora em Saúde do Trabalhador/a, Defensora do SUS, apaixonada por histórias de vida, livros e poesia... “De tudo ficaram três coisas... A certeza de que estamos começando... A certeza de que é preciso continuar... A certeza de que podemos ser interrompidos antes de terminar... Fazemos da interrupção um caminho novo... Da queda, um passo de dança... Do medo, uma escada... Do sonho, uma ponte... Da procura, um encontro...” (FERNANDO SABINO, 1956).

Lista de Siglas

ADVT - Associação de Defesa dos Vitimados pelo Trabalho

CAPS - Centros de Atenção Psicossocial

CEREST - Centro de Referência em Saúde do Trabalhador

CREAS - Centro de Referência Especializado de Assistência Social

CIPAT - Comissão Interna de Prevenção de Acidentes de Trabalho

CF - Constituição Federal

CGSAT - Coordenação Geral de Saúde do Trabalhador

CIB - Comissões Intergestores Bipartite

CIR - Comissões Intergestores Regionais

CISTT - Comissão Intersectorial de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora

CIT - Comissões Intergestores Tripartite

CMS - Conselho Municipal de Saúde

CNS - Conselho Nacional de Saúde

CNSTT - Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora

COPA - Contrato Organizativo de Ação Pública em Saúde

CSC - Centro de Saúde da Comunidade

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

DORT - Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho

DRT - Delegacia Regional de Trabalho

DSAST - Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador

DSEI - Distrito Sanitário Especial Indígena

FIOCRUZ - Fundação Oswaldo Cruz

FUNDACENTRO - Fundação Centro Nacional de Segurança, Higiene e Medicina do Trabalho

INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

INPS - Instituto Nacional de Previdência Social

INSS - Instituto Nacional do Seguro Social

LDO - Lei de Diretrizes Orçamentárias

LER - Lesões por Esforços Repetitivos

LOA - Lei Orçamentária Anual

MS - Ministério da Saúde

MPT - Ministério Público do Trabalho

NAST - Núcleo de Assistência à Saúde do Trabalhador

NR - Normas Regulamentadoras

OIT - Organização Internacional do Trabalho

OMS - Organização Mundial da Saúde

OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde

PAS - Programação Anual de Saúde

PNSTT - Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora

PNSV - Política Nacional de Vigilância em Saúde

PPA - Plano Plurianual

PS - Pronto Socorro

PST - Programa de Saúde do Trabalhador

RAG - Relatório Anual de Gestão

RENAME - Relação Nacional de Medicamentos Essenciais

RENASES - Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde

RENAST - Rede Nacional de Saúde do Trabalhador

RSB - Reforma Sanitária Brasileira

SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SARGSUS - Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão

SEMSAT - Semana de Saúde do Trabalhador

SRTE - Superintendência Regional do Trabalho e Emprego

SINAN - Sistema de Informação de Agravos de Notificação

SUS - Sistema Único de Saúde

UBS - Unidade Básica de Saúde

UBSF - Unidade Básica de Saúde Fluviais

UPA - Unidade de Pronto Atendimento

VISAT - Vigilância em Saúde do Trabalhador

VPSTT - Vigilância Participativa em Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora

Sumário

PREFÁCIO	11
INTRODUÇÃO	13
CAPÍTULO 1 O trabalho e os impactos à saúde da classe trabalhadora	15
CAPÍTULO 2 Políticas públicas no campo da Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora	35
CAPÍTULO 3 O controle social no SUS e na Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora	51
CAPÍTULO 4 Quando eu soltar a minha voz	70
MATERIAL PARA CONSULTA	108
REFERÊNCIAS	110

Prefácio

A expressão "o trabalho dignifica o homem" difundida, durante anos, como verdade absoluta sendo, inclusive, motivo de questionamentos e até de sofrimento daqueles que não os alcançava, tem sido ressignificada tanto pelo dinamismo do mundo do trabalho quanto pelo olhar atento de pesquisadores, mas principalmente pela interferência dos trabalhadores que ao se apropriarem do entendimento de que o trabalho por ser um importante, se não o principal, determinante da formação das sociedades, é o meio através do qual ele pode construir seu ambiente e a si mesmo de acordo com as condições que dispõe. O problema é que geralmente essas condições são atropeladas pela ganância humana que inviabilizam esse processo transformador, legítimo e genuíno.

Ao oportunizar mais um aprofundamento temático que possibilitou ao trabalhador adquirir mais conhecimento técnico, bem como fazer reflexões sobre o mundo do trabalho e especialmente sobre a Saúde do Trabalhador, consideramos necessário levar esse rico debate adiante e isso nos levou a compilar as experiências e os relatos de casos vivenciados durante o projeto "Formação de Atores Multiplicadores para Atuação do Controle Social em Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora" como forma de fomentar a reconstrução da saúde dos trabalhadores e das trabalhadoras brasileiras, cujos direitos e conquistas tem sido duramente atacados e até usurpados.

O lema é RESISTIR e para tal, nada mais coerente que um processo de formação e qualificação profissional, pois a educação passa a constituir um caráter de resistência quando por ela, afirmamos a própria existência. E este processo educativo foi ainda mais importante em função do período pandêmico que virou o mundo do trabalho de "ponta a cabeça", visto que se efetivou a subproletarização do trabalho, sendo redimensionados os já elevados contingentes de precarização do trabalho. Se intensificou o trabalho parcial, subcontratado e principalmente o informal que aumentou ainda mais as contradições socioeconômicas de nossa sociedade, já tão carente de postos de trabalho.

Desta forma, a finalidade deste prefácio não é aprofundar-se na análise e crítica deste livro, e sim a de envolver os diversos atores multiplicadores do Controle Social na divulgação para os trabalhadores e trabalhadoras de todos os municípios brasileiros, do que a participação popular pode realizar e onde pode chegar.

Assim, cabe, em primeiro lugar, agradecer ao Conselho Nacional de Saúde, por ter acreditado que esse projeto fazia sentido e faria diferença, bem como por nos ter dado a oportunidade de coordená-lo junto ao DIESAT e demais companheiros da CISTT Nacional. Em seguida, agradecemos a CGSAT por todo companheirismo nesta caminhada até aqui, mas principalmente, registramos aqui nosso

maior agradecimento: a todos e todas que contribuíram com seus relatos e experiências. Foi uma oportunidade única, de crescimento bilateral, especialmente no cenário cultural, político e técnico-científico que se apresenta o nosso país.

A ideia desde o início foi provocar. Provocar uma reação, um descontentamento, uma vontade de fazer diferente, de fazer mais para ajudar a mudar a realidade da Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora no Brasil. Sabemos que não é tarefa fácil, mas acreditamos que esse livro tem excelentes credenciais para produzir pelo menos um impacto, isto é, para provocar discussões, reflexões e ser utilizado para fomentar o bom debate. Aquela que nos levará a construir boas e gloriosas lutas!

Estamos sedentos desse envolvimento, temos necessidade urgente de RECONSTRUIR e esperamos que essa leitura traga ou reative em vocês o mesmo sentimento que nos motivou a elaborar esse projeto e ao transformá-lo em livro: a indignação, sentimento inicialmente que leva a um pensar negativo, mas que para nós, entusiastas do controle social, foi norteador. Foi essa indignação que nos fez e nos faz confrontar as injustiças e com isso nos capacita a pleitear mudar a condição de saúde dos trabalhadores e das trabalhadoras

brasileiras.

Finalizo acreditando que esta leitura também os alimente de alguma ESPERANÇA e nesse quesito, nada mais justo do que evocar e parafrasear um dos grandes educadores brasileiros, nosso estimado Paulo Freire, que ao mencionar a “esperança pedagógica” nos levar a crer na capacidade humana de atuar no presente para mudar o futuro. É assim que pensamos, é assim que sonhamos e como já dizia Paulo Freire” não há mudança sem sonho, como não há sonho sem esperança”.

Convidamos, pois, todos e todas a fazerem o mesmo e embarcarem conosco nessa leitura na esperança de novas e ilimitáveis perspectivas para a SAÚDE DO TRABALHADOR E DA TRABALHADORA em nosso país!

Ruth Cavalcanti Guilherme

Coordenadora Adjunta CISTT Nacional/CNS
Associação Brasileira de Nutrição - ASBRAN



**Conselho Nacional
de Saúde**

Introdução

O Livro “Quando eu soltar a minha voz” é uma iniciativa atemporal de Vigilância Participativa em Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (VPSTT), resultado do Projeto de Formação de Atores Multiplicadores para Atuação do Controle Social em Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora realizado durante o ano de 2021, por meio de Cooperação Técnica entre o Conselho Nacional de Saúde (CNS) / Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (CISTT), a Organização Panamericana da Saúde (OPAS), e o Departamento Inter-sindical de Estudos e Pesquisas de Saúde e dos Ambientes de Trabalho (Diesat), com a parceria da Coordenação-Geral de Saúde do Trabalhador (CG-SAT), do Ministério da Saúde, da comunidade acadêmica e das centrais sindicais.

A execução deste projeto ocorreu em um cenário desafiador e marcante tendo em vista o distanciamento social e as diversas transformações na morfologia do mundo do trabalho. No entanto, transpôs, oportunizando e aproximando as necessidades de aprendizagem, conhecimento e compreensão da produção da classe trabalhadora, com elementos de determinação social no processo saúde-doença, contrapondo os interesses entre o capital e o trabalho, e evidenciando as práticas e saberes da atuação do controle social nos territórios.

Desde 2018, o processo de formação permanente do Controle Social em Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, vem sendo um dos principais campos de atuação do Diesat para a implementação das deliberações do Controle Social sobre a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT), e a Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS), aprovadas em diversas

Conferências de Saúde e como pauta permanente do CNS, com o propósito de empoderar os multiplicadores na criação de novas CISTTs municipais e o fortalecimento dos Conselhos de Saúde.

Reforçamos que o Controle Social quando permanentemente capacitado, é empoderado para a formulação de estratégias e da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, conforme preconiza a Lei 8.142/90, qualificando as ações de acordo com os interesses e as necessidades da população.

Esta etapa do Projeto de Formação, executado pelo Diesat, além de pertinente é implementada pela democratização da saúde e pelo conhecimento dos atores dos territórios vem de encontro aos princípios e diretrizes constitucionais e organizacionais do Sistema Único de Saúde (SUS), e da PNSTT.

O *capítulo 1* tratou sobre **O Trabalho e os Impactos à Saúde da Classe Trabalhadora**. Discorreu sobre o trabalho como categoria central e a importância de compreender como é o processo de saúde e adoecimento no modo de produção capitalista. Este capítulo também apresenta as diferenças entre determinantes (visão reducionista) e a determinação social, bem como, as mudanças ocorridas nos ambientes de trabalho, a chegada da indústria 4.0, a coexistência dos diferentes processos produtivos, o crescente aumento dos infoproletários, resultando em condições precárias de trabalho e no agravamento da saúde desses trabalhadores.

O *capítulo 2* apresenta as **Políticas Públicas no**

Campo da Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, abordando o contexto histórico das políticas públicas no Brasil, a luta da classe trabalhadora, até a chegada da 8ª Conferência Nacional de Saúde, a Constituição de 1988, aprovação da lei 8.080, com a criação do SUS. O movimento da Reforma Sanitária tem destaque uma vez que apoiou na concepção do SUS no Brasil. Um breve histórico da PNVS e da PNSTT. A criação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast), que impulsionou os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), na efetivação da PNSTT dentro dos territórios.

O *capítulo 3* aborda **O Controle Social no SUS e na Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora**, apresentando a importância da participação social como dispositivo fundamental para garantia e efetivação dos direitos. O capítulo resgata a implementação da Constituição de 1988, lembrando que todo o poder emana do povo. Nesse prisma, a participação popular é lembrada como decisiva nos eventos marcos que contribuíram na consolidação de direitos dos trabalhadores e trabalhadoras. É relatado também, a 8ª Conferência Nacional de Saúde e a 1ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, evento este decisivo que favoreceu a criação de CISTT. Também são retratados, os principais dispositivos legais de participação do controle social relacionados à Política de Saúde

e Saúde do Trabalhador, bem como as ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador (Visat), como importantes para a prevenção e controle de doenças e a promoção da saúde.

O *capítulo 4*, **Quando eu soltar a minha voz - Formação de Atores Multiplicadores para Atuação do Controle Social em Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora**, apresenta os resultados dos trabalhos realizados pelas oficinas de formação, realizadas em 2021, trazendo a metodologia utilizada durante os trabalhos realizados, bem como, os dados evidenciados em cada região do país.

Não podemos esquecer, que o trabalho realizado até aqui, foi tecido por muitas mãos, em contexto pandêmico e repleto de desafios. Cabe a nós, dar continuidade a este processo que não acaba aqui, este é apenas mais uma etapa que se inicia.

É necessário resgatar e fortalecer os atores do controle social para a luta em favor dos direitos e Políticas Públicas que defendam os trabalhadores e trabalhadoras e suas condições de trabalho, para isso, o PODER POPULAR precisa prevalecer, no avanço por mais espaços e manutenção das conquistas constitucionais. Não restam dúvidas de que o momento exige uma grande mobilização em defesa da vida e em defesa do SUS.

**VAMOS JUNTOS, CONHECER E PARTICIPAR DA LUTA DOS TRABALHADORES E TRABALHADORAS DO NOSSO PAÍS?
ÓTIMA LEITURA E VIVA O SUS!!!**



Capítulo 1

O TRABALHO E OS IMPACTOS À SAÚDE DA CLASSE TRABALHADORA

OBJETIVOS DE APRENDIZAGEM

1 - Compreender a determinação social do processo saúde-doença da população trabalhadora e a Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora enquanto expressão do conflito do capital contra o trabalho no modo de produção capitalista;

2 - Compreender a abordagem da Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora como campo contra-hegemônico, arena de luta de classes e suas diferenças das abordagens da medicina do trabalho e da saúde ocupacional;

3 - Compreender como o ajuste fiscal e econômico implementado nas últimas décadas vem impedindo avanços das políticas sociais e retirando direitos historicamente conquistados no campo do trabalho e saúde.

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

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

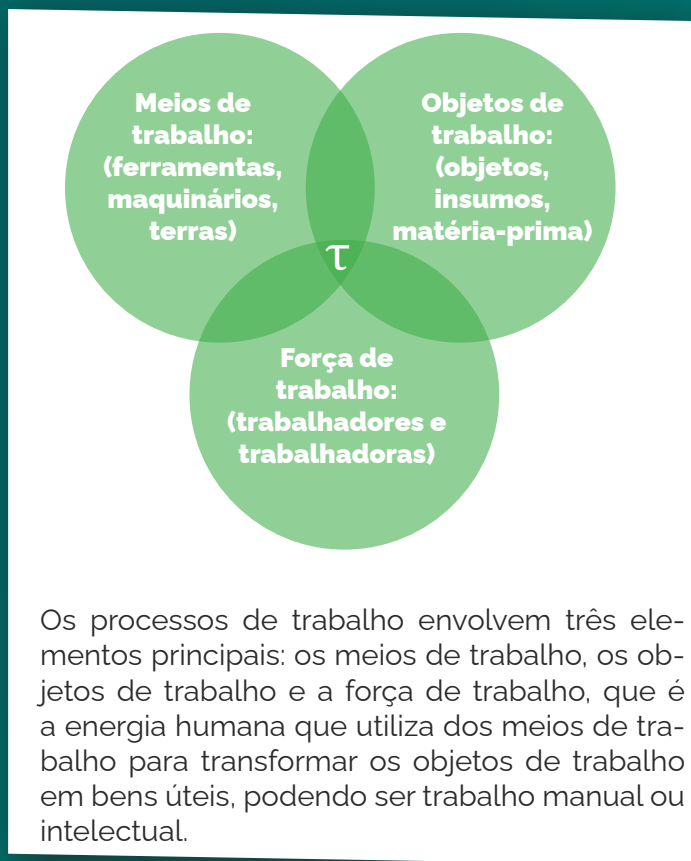


Imagem 1: Sebastião Salgado. Trabalhadores rurais manifestando em Eldorado dos Carajás.

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

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

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

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

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

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

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



Imagem 2: Múltiplas formas de trabalhar.

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

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

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

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

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

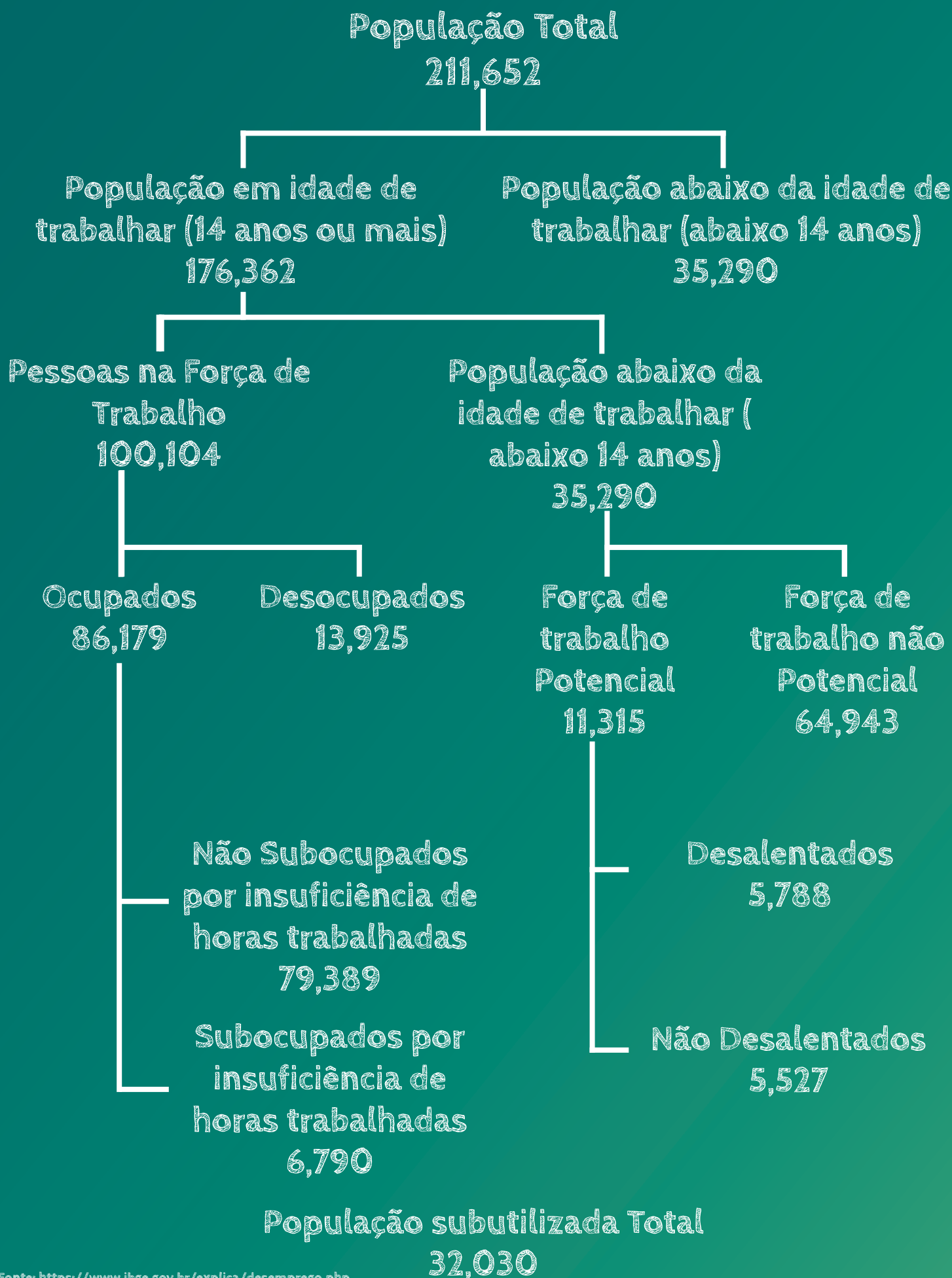
e outras pessoas que não têm interesse ou condições de trabalhar. Sendo assim, estas pessoas estão fora da força de trabalho potencial.

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

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

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

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



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

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

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

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

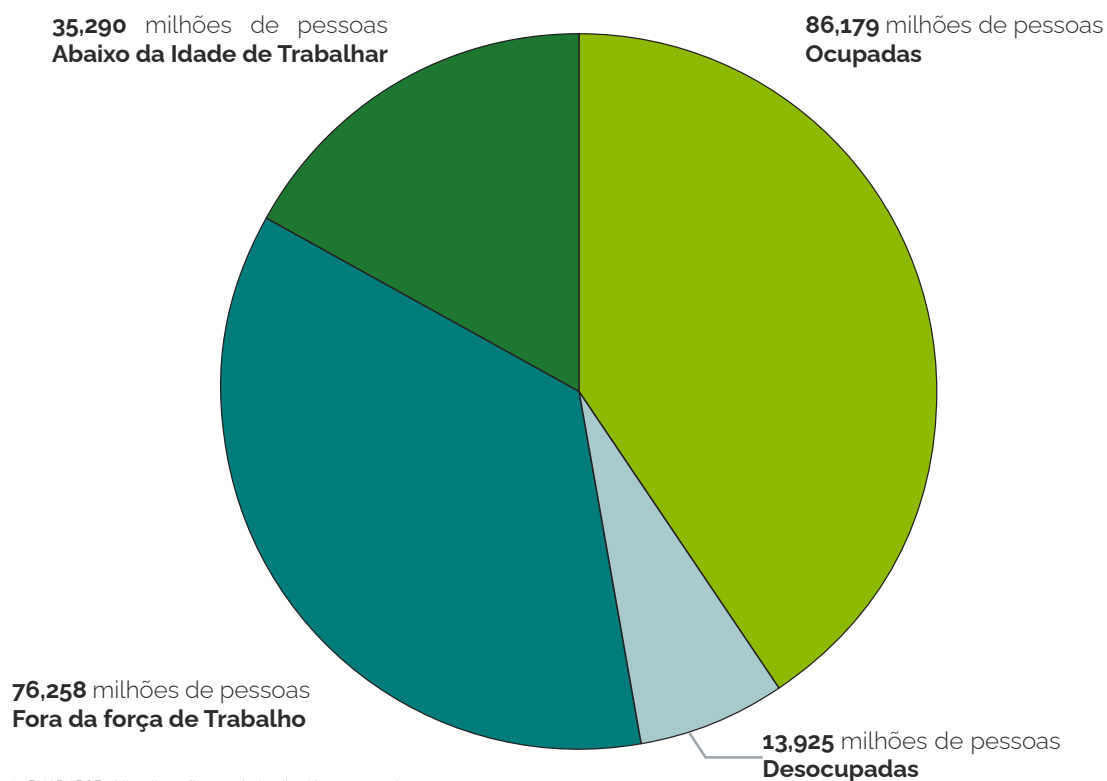
O gráfico 1, mostra o quantitativo de pessoas no Brasil em cada uma das divisões do mercado de trabalho. Cabe esclarecer que a população ocupada é composta por: empregados (do setor público ou privado, com ou sem carteira de trabalho assinada, ou estatutários), trabalhadores por conta própria, empregadores, trabalhadores domésticos (com ou sem carteira de trabalho assinada), e trabalhadores familiares auxiliares (pessoas que ajudam no trabalho de seus familiares sem remuneração). Os desocupados (popularmente conhecidas como desempregados) são aqueles que não estão trabalhando, porém tomaram alguma providência efetiva para encontrar trabalho e estão disponíveis para assumi-lo, caso encontrem. Entre as pessoas fora da força de trabalho estão as donas de casa que não trabalham fora, adolescentes em idade escolar, aposentados e outras pessoas que não têm interesse ou condições de trabalhar, enquanto as pessoas abaixo da idade de trabalhar são os menores de 14 anos¹.

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



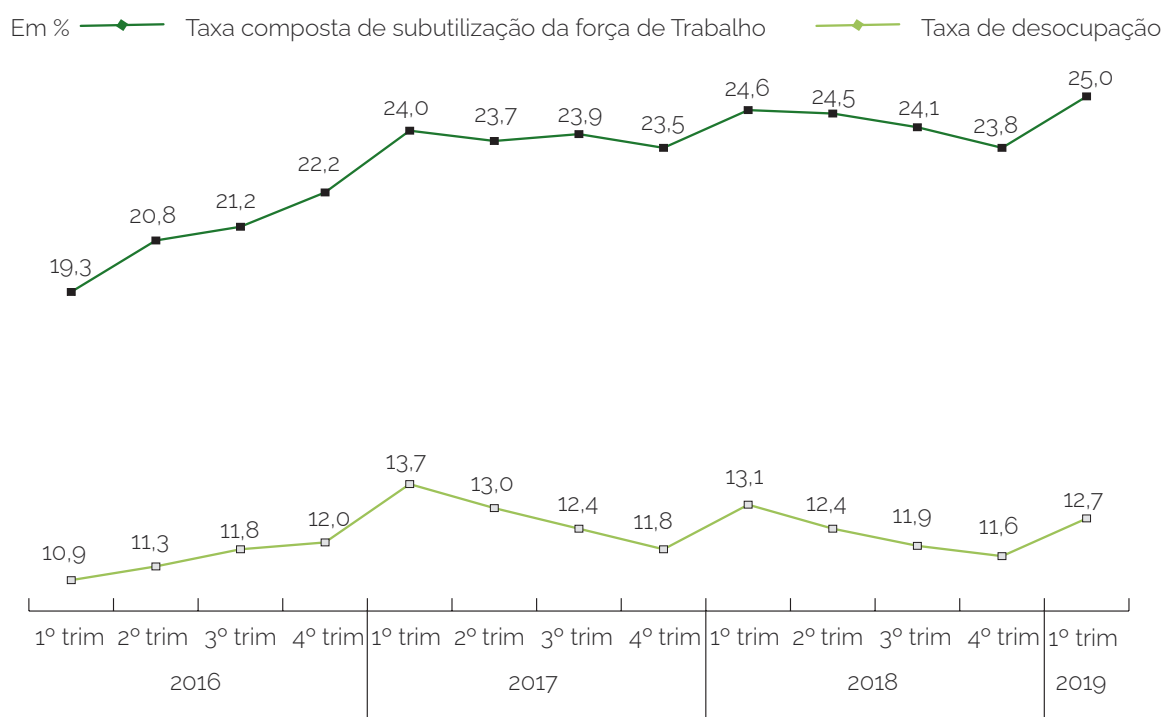
Imagem 3: Vitor Teixeira, publicada em "Riqueza e miséria do trabalho no Brasil" (Boitempo, 2019).

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



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

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



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

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

Outra tendência importante observada no mundo do trabalho contemporâneo é o aumento do trabalho feminino, que tem sido fortemente absorvido pelo capital, preferencialmente sem vínculo, o famoso trabalho “por diária”, precarizado e desregulamentado. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), considerando dados da PNAD Contínua de 2018, as mulheres ainda ganhavam cerca de 20,5% a menos do que os homens no Brasil, apesar da leve redução da desigualdade salarial observada entre 2012 e 2018². Em 2019, essa diferença subiu para 22,3%, sendo ainda mais elevada para os cargos de maior rendimento, como o de diretores e gerentes, quando as mulheres ganham quase 40% a menos do que os homens ocupando as mesmas posições³.

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

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

tro-Oeste (11,8%).

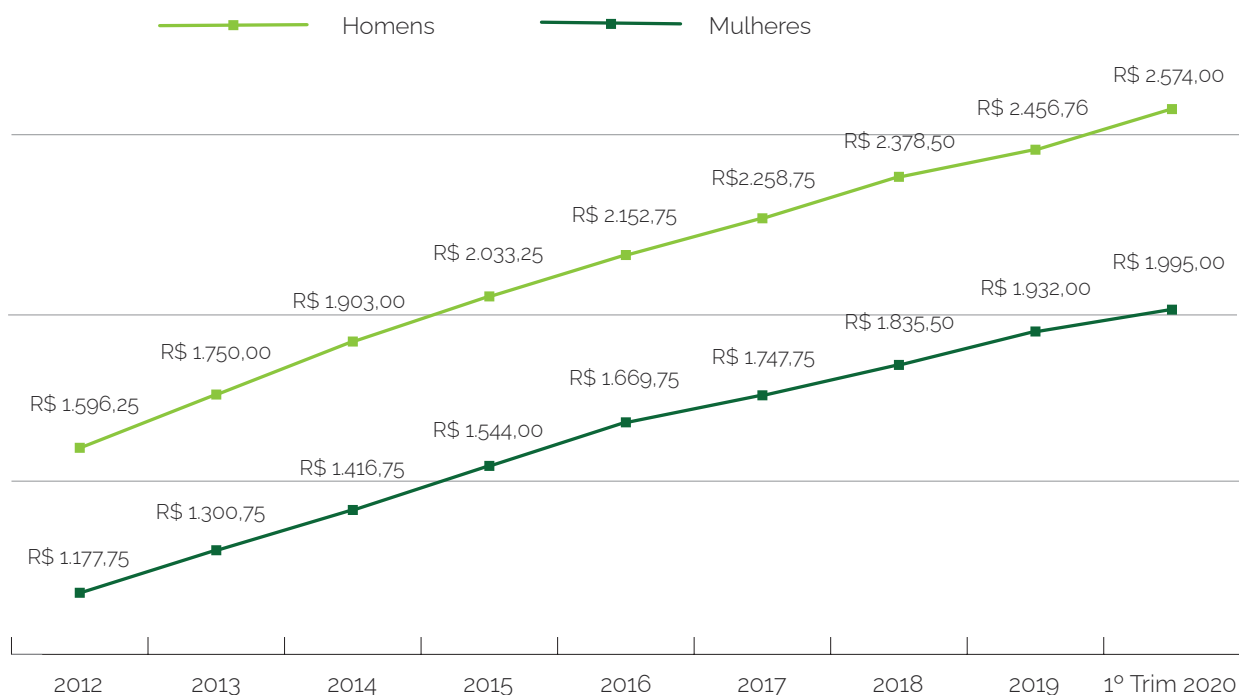
Há ainda disparidades importantes quanto aos cargos ocupados por homens e mulheres e inserção no mercado de trabalho e na vida pública. Em 2019, apenas 34,7% dos cargos gerenciais do país eram ocupados por trabalhadoras mulheres, mesmo elas possuindo maiores níveis de escolaridade. Aproximadamente 55%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

Imagem 4



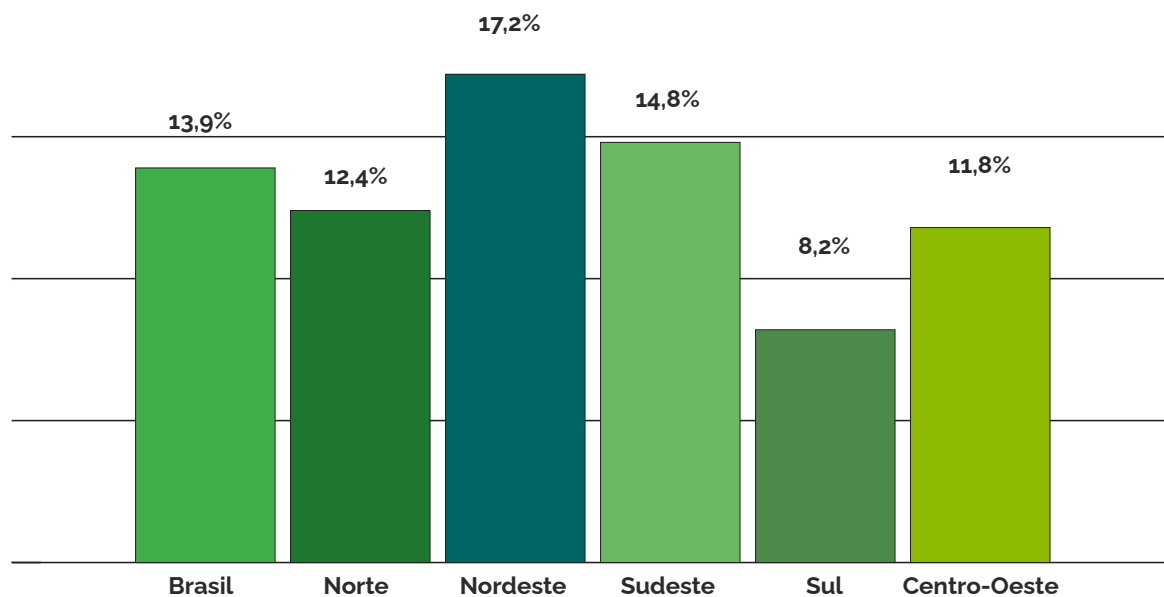
Reconhecidamente, as mulheres assumem maior responsabilidade na realização de afazeres domésticos e cuidados com pessoas do que os homens^{23,24}. Estima-se que elas gastem, em média, 21,4 horas por semana em tarefas domésticas, quase o dobro dos homens, com 11 horas. Essa diferença tende a sobrecarregá-las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

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



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

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



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

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

Para exemplificar essas discrepâncias raciais, na região metropolitana de São Paulo, observa-se uma maior proporção de desocupados negros e, no restante do estado, de subocupados negros, o que revela uma maior precariedade ocupacional entre esses indivíduos. Mesmo quando considerados apenas a classe trabalhadora mais escolarizada, que possui nível superior de ensino, os negros tendem a ser menos promovidos para cargos de liderança, ao longo da carreira⁴. No Distrito Federal, uma pesquisa do DIEESE mostrou que, em 2019, as pessoas negras e pardas eram a maioria no mercado de trabalho e representavam 70% da População Economicamente Ativa (PEA), mas esses trabalhadores e trabalhadoras sofriam mais com o desemprego e representavam 75,6% do total de desempregados²⁴.

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

A disparidades de raça/cor da pele observadas no acesso e na qualidade de emprego também são condicionantes do adoecimento da classe trabalhadora, inclusive por COVID-19. Estudos preliminares realizados no Brasil apontam que a cor da pele e as condições sociais são importantes fatores de risco para a COVID-19, essencialmente porque indivíduos mais pobres e negros têm maior probabilidade de viverem em áreas densamente povoadas e distantes dos locais de trabalho, utilizarem transportes públicos lotados, além de estarem empregados em ocupações de maior risco, possuírem menor escolaridade e renda, disporem de menor acesso aos serviços de saúde e apresentarem comorbidades que contribuem para um maior risco de adoecimento^{5,6}.

Outros estudos internacionais também reforçam os achados brasileiros e demonstram a influência da raça/cor como fator de risco para hospitalização e mortalidade por COVID-19. Nos Estados Unidos, o Centro de Controle de Doenças e Prevenção (CDC, em inglês "Centers for Disease Control and Prevention") estima que, comparado com os indivíduos brancos e não-hispânicos, os negros possuem 10% mais chance de contraírem COVID-19, 180% mais chance de ser hospitalizado se infectado e 90% mais chance de morrer por COVID-19⁷. As chances de contrair COVID-19, ser hospitalizado e morrer também são mais altas entre indígenas e imigrantes latinos. Algumas explicações possíveis são que as pessoas negras e pardas possuem condições subjacentes que afetam a saúde, incluindo menor padrão socioeconômico, pior acesso a cuidados de saúde e são mais propensas a trabalhar em ocupações com maior exposição a infecções e proximidade de outras pessoas, e que esta segregação ocupacional provavelmente contribui para o risco diferencial em relação à COVID-19^{16,28}.

Portanto, é extremamente importante priorizar e

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

Perfil dos acidentados - SINAN 2020



27,8%
Branco



19,9%
Pardos



4,0%
Pretos



19,5%
Brancas



14,9%
Pardas



2,6%
Pretas



18,1%
Até o Ensino Fundamental Completo



39,9%
Ensino Médio Incompleto ou Completo



16,5%
Superior Incompleto ou Completo



25,6%
Ignorado ou não Informado

Fonte: CCVISAT SINAN 2020

Base: 198.470

Perfil dos acidentados - CAT 2020



23,0%
Jovens
(até 29 anos)



42,5%
Maduros
(de 30 à 59 anos)



1,6%
Idosos
(acima de 60 anos)



8,9%
Jovens
(até 29 anos)



23,4%
Maturas
(de 30 à 59 anos)



0,6%
Idosas
(acima de 60 anos)



26,7%
Indústria de Transformação



18,8%
Saúde e Serviço Social



14,6%
Comércio em Geral



6,6%
Construção Civil



6,5%
Atividades Administrativas



6,2%
Transporte e Armazenagem

*de janeiro a setembro de 2020

Fonte: dadosabertos.dataprev.gov.br

Base: 273.579

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

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

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

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

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

país, a falta de acesso a bens e serviços, a estrutura do mercado de trabalho capitalista, que absorve esse tipo de mão de obra, e a falsa sensação do trabalho como disciplinador e formador⁸.

Imagem 5: foto Agência Brasil



Infelizmente, o trabalho infantil ainda é uma realidade para milhões de crianças no Brasil. Ele compromete a infância e o desenvolvimento das crianças, aprofunda as vulnerabilidades sociais, influencia negativamente no desempenho escolar e no tempo disponível de lazer e convívio social, gerando impactos irreversíveis no desenvolvimento físico, intelectual, social, psicológico e moral¹⁵.

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

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



Imagem 6: Trabalho infantil

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

Os acidentes relacionados ao trabalho entre crianças e adolescentes também é motivo de enorme preocupação. Geralmente ocorrem porque esses indivíduos são mais vulneráveis devido à inexperiência, exposição a ambientes de trabalho insalubres, distração, menor coordenação motora e visão periférica, maior sensibilidade, exposição a materiais cortantes, químicos ou tóxicos⁹.

Com base na PNAD Contínua, estimou-se que no Brasil, em 2019, das 38,3 milhões de pessoas entre 5-17 anos de idade, cerca de 2 milhões realizavam atividades econômicas ou de autoconsumo. Destas, aproximadamente 1,8 milhão de crianças e adolescentes (4,6%) viviam em situação de trabalho infantil. Apesar desses valores inaceitavelmente altos, a proporção de crianças e adolescentes nessa situação vem reduzindo desde 2016, quando era estimado em 5,3% (ou 2,1 milhões de pessoas)¹⁰.

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

6.481 e redefiniu a Lista das Piores Formas de Trabalho Infantil, conhecida como Lista TIP, incluindo: a) todas as formas de escravidão ou práticas análogas à escravidão, como vendas e tráfico de crianças, sujeição por dívida, servidão, trabalho forçado ou obrigatório; b) utilização, demanda, oferta, tráfico ou aliciamento para fins de exploração sexual comercial, produção de pornografia ou atuações pornográficas; c) utilização, recrutamento e oferta de adolescente para outras atividades ilícitas, particularmente para produção e tráfico de drogas; e d) o recrutamento forçado ou compulsório de adolescente para ser utilizado em conflitos armados¹¹. Todas essas situações são extremamente preocupantes e, portanto, devem ser identificadas e evitadas.

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

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

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

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

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

A subnotificação para as doenças e acidentes de trabalho é problema amplamente reconhecido no Brasil. Para as intoxicações exógenas por agrotóxicos, por exemplo, estima-se que para cada um caso registrado existem outros 50 não notificados¹². A subnotificação e o sub-registro das doenças e agravos relacionados ao trabalho merecem atenção especial dos gestores, profissionais de saúde e população geral, pois dificultam o entendimento do real cenário da morbimortalidade da classe trabalhadora, invisibilizando o problema e comprometendo as estratégias de prevenção e promoção da saúde.

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

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

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

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

e trabalhadoras.

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



Imagem 7: abordagem da saúde do trabalhador

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

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

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



Imagem 8: Fonte: Alves

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

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

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

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

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

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

Gênito-Urinário; entre outras¹³.

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

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



Imagem 9: Beto Soares/Estúdio Boom

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

Vale observar que a inserção de uma doença na LDRT não tem a finalidade de constituir direitos previdenciários ou trabalhistas, mas sim de orientar as ações de vigilância epidemiológica, apoiando uma melhor compreensão da relação entre o trabalho e adoecimento e direcionando as ações dos profissionais de saúde e segurança no trabalho e os tomadores de decisão, formuladores e executores das políticas públicas de prevenção de adoecimentos relacionados ao trabalho. A sua revogação, portanto, põe em risco as políticas públicas em saúde do trabalhador e compromete as ações de proteção à saúde e segurança do trabalhador, trazendo sérios riscos às ações de vigilância e promoção à saúde, tanto coletivos como individuais¹⁴.

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

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

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

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

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

QUESTÕES DISPARADORAS PARA O TRABALHO DE GRUPO

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

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

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



Capítulo 2

POLÍTICAS PÚBLICAS NO CAMPO DA SAÚDE DO TRABALHADOR E DA TRABALHADORA

OBJETIVOS DE APRENDIZAGEM

1 - Conhecer a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT) e a organização da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast);

2 - Compreender principais aspectos da Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS) e a Vigilância em Saúde do Trabalhador (Visat);

3 - Discutir a centralidade da participação da sociedade na conquista dos direitos e nas ações de vigilância em saúde.

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

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

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

dos trabalhadores reivindicando a regulamentação da jornada de trabalho, melhores condições de trabalho e salários¹⁶. Como fruto dessas lutas por direitos sociais, os trabalhadores formais que contribuíam com a Previdência Social, podiam contar com o Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS), criado em 1977 e ligado ao Ministério da Previdência e Assistência Social, que dividia seus gastos com saúde entre os empregadores, o governo e a população.

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



Imagem 10: Carteira de Trabalho e Previdência Social



Imagem 11: 8ª Conferência Nacional de Saúde.

Na 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, foi posto em debate público todo o arcabouço do SUS e, em dezembro do mesmo ano, na 1ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador (CNST), foram divulgadas as experiências de implantação da Rede de Serviços de Saúde do Trabalhador, que já incorporava os princípios e diretrizes que depois seriam incorporados no SUS, como a universalidade, a integralidade e o controle social¹⁷.

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

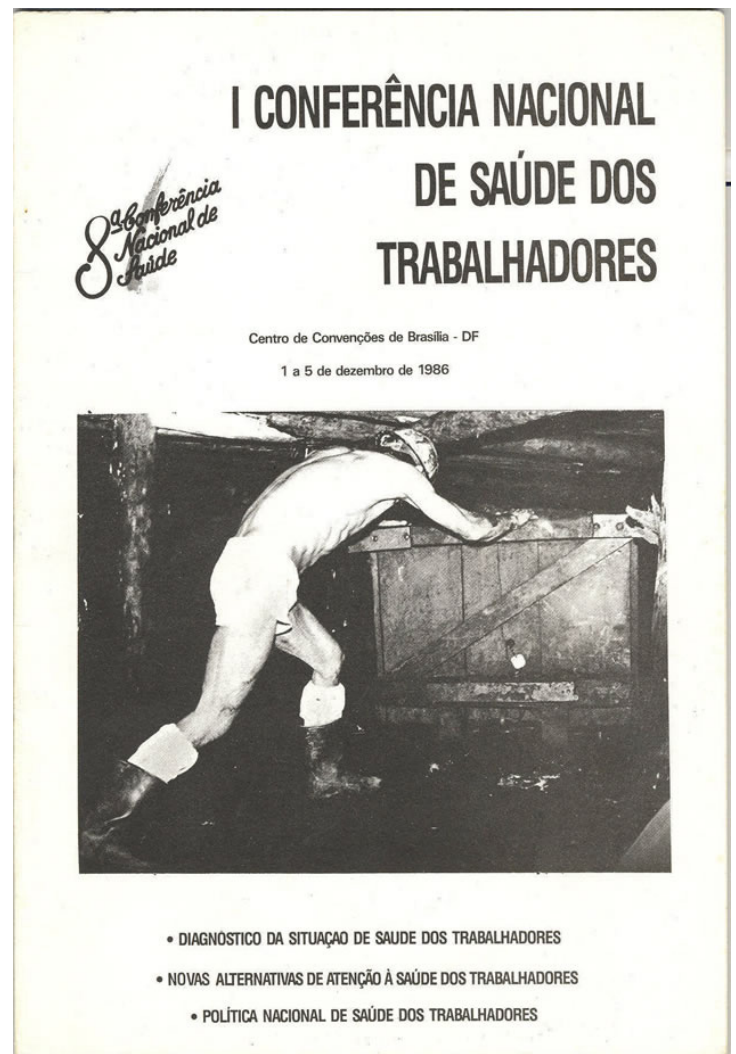


Imagem 12: Cartaz da 1ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador

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

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

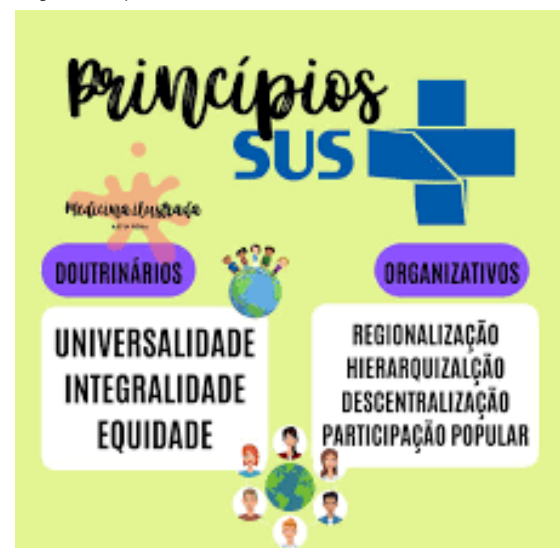
Entre os anos de 1984 e 1985, foram criados os Programas de Saúde do Trabalhador (PST), principalmente nas capitais e interior dos estados de São Paulo, Minas Gerais, Rio de Janeiro, Bahia e Rio Grande do Sul. Os PST eram unidades públicas de serviços específicos de saúde que promoviam a integração de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

Como auge dessas conquistas e após ampla discussão nas conferências de saúde, o Brasil reconheceu a saúde como um direito do cidadão e dever do Estado na Constituição Federal, publicada em 1988¹⁸. Dois anos depois, para operacionalizar um modelo de saúde pública, o país publicou a Lei

nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS) e dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes¹⁹.

Essa Lei, conhecida como a Lei Orgânica da Saúde, estabeleceu os princípios e as diretrizes do SUS, sua organização, níveis de atenção, gestão, funcionamento, financiamento e definiu as competências de cada ente federativo (Governo Federal, Estados e Municípios), tanto no investimento quanto na gestão e execução das políticas de saúde. Logo em seguida, através da Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, o país garantiu a participação da comunidade na gestão do SUS e pactuou as transferências intergovernamentais de recursos financeiros²⁰.

Imagem 13: Princípios do SUS



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



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

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

Ainda em 1991, o Ministério da Saúde apresentou uma proposta de estruturação da Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora no SUS, privilegiando a organização das ações em Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest), visando potencializar os poucos recursos disponíveis para a área, facilitar a atuação dos movimentos sociais e capacitar profissionais de saúde para desenvolver as ações propostas²¹.

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

do Trabalhador, ambas publicadas 1998. A referida Norma Operacional, publicada pela Portaria n. 3.908/GM²², estabeleceu os procedimentos para orientar as ações e serviços de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora no SUS, destacando como princípios básicos os mesmos do nosso sistema de saúde, sendo: universalidade, equidade, integralidade, planejamento e execução de ações voltadas à atenção integral em saúde do trabalhador, regionalização e hierarquização das ações buscando considerar as características dos territórios, além da participação da sociedade.

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

Em 1999, cumprindo uma exigência da Lei 8.080/1990, foi publicada a Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho, já comentada no Eixo 1, que destacava os principais agentes responsáveis pelo adoecimento dos trabalhadores e deveria passar por revisões periódicas – o que não tem acontecido. Essa lista motivou posteriormente, em 2001, a elaboração do “Manual de Procedimentos para os Serviços de Saúde”, que buscava orientar as ações de Saúde do Trabalhador na rede de serviços do SUS²³.

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

dos trabalhadores por melhores condições de vida e trabalho⁴².

Mas foi no ano de 2002 que ocorreu o grande divisor e uma das vitórias mais importantes para a classe trabalhadora no país. Nesse ano, a partir de uma proposta da Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde, criou-se a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast), através da Portaria 1.679 de 19 de setembro de 2002²⁴, posteriormente regulamentada pela Portaria nº 2.728 de 11 de novembro de 2009²⁵.

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

A partir de 2003, o Ministério da Saúde priorizou a



Imagem 14: RENAST

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

taria nº 2.437/2005 e, em 2009, pela Portaria no 2.728, de 11/11/2009, para adequá-la ao Pacto Pela Vida e em Defesa do SUS²⁶.

Para que a Renast funcione adequadamente, ela

Imagem 15: SUS



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

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

Em 2012, foi publicada Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012, que estabelece a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT)²⁷, um marco importante para o campo da Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, inclusive por contemplar no seu nome a questão de gênero e realçar a importância das mulheres em suas diretrizes, uma grande conquista política. A PNSTT



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



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

Clique aqui para acessar a PNSTT na íntegra!

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

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

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

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

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

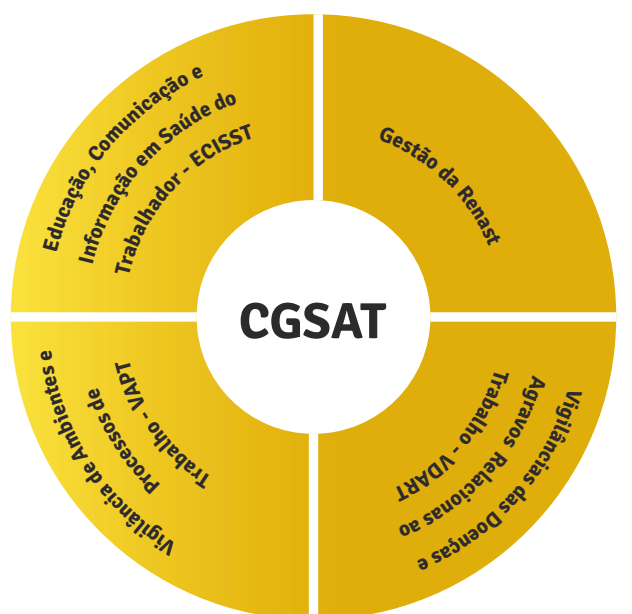


Imagem 17: Composição da CGSAT

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

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

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

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



Imagem 18: Cerest

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



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

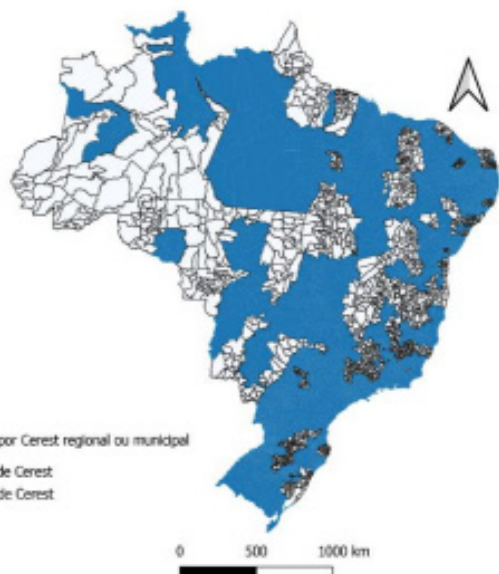


Imagem 19: Mapa de cobertura dos Cerest. fonte: CGSAT/DSASTE/SVS/MS.

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

Mais recentemente, entre 2017 e 2018, a Comissão

Intersetorial de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (CISTT), que é parte do Conselho Nacional de Saúde - CNS, conduziu um processo de discussão sobre o modelo de organização da Renast e dos Cerest, com objetivo de conhecer as diferentes experiências e corrigir assimetrias existentes entre as regiões. Este processo culminou na Resolução CNS nº 603, de 8 de novembro de 2018²⁸, que propôs a reorganização da Atenção Integral à Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora no SUS, a partir das atribuições e responsabilidades dos três entes federativos, definiu as responsabilidades dos Cerest na atenção integral à saúde dos trabalhadores, e do controle social em Saúde do Trabalhador no SUS.

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

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

Recursos previstos para os Centros de Reabilitação em Saúde do Trabalhador (Cerest)

Descrição	Valor (em R\$)	Periodicidade
Habilitação de novo Cerest	50.000,00	Parcela única
Cerest Estadual	40.000,00	Mensal
Cerest Regional ou Municipal	30.000,00	Mensal

Tabela 1

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

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

temático dos eventos adversos em saúde coletiva.

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



Imagem 20: 1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde



A Resolução nº 583 do CNS, de 9 de maio de 2018, publicou as propostas e moções aprovadas pelas delegadas e pelos delegados da 1ª CNVS. A partir disso, o CNS formulou a minuta da Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS), que foi publicada pelo CNS por meio da Resolução no 588, de 12 de julho de 2018²⁹.

Clique aqui para acessar a PNVS na íntegra!

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

Como alguns exemplos de ações de Visat, podemos destacar:



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

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

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



Imagem 21: Lesão por esforço repetitivo

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1999 - Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho

2001 - Manual de Procedimentos “Doenças Relacionadas ao Trabalho”

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

2005 - Política de Saúde do Trabalhador no âmbito do SUS

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

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

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

Tabela 2

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

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

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

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

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

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

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

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

QUESTÕES DISPARADORAS PARA O TRABALHO DE GRUPO

1 - A partir da realidade do seu território, quais são as experiências exitosas e as principais dificuldades encontradas na efetivação da PNSTT e no acesso às ações e serviços de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora?

2 - De que forma as ações de Visat são ou podem ser articuladas e implementadas, tendo em vista a promoção da saúde e redução de acidentes, doenças e mortes da população trabalhadora?

3 - O envolvimento de trabalhadores e trabalhadoras na Visat qualifica as ações de saúde e fortalece a organização da classe trabalhadora. A partir das experiências existentes no seu território, pode-se considerar que as ações de Visat contam com a participação popular? Como poderiam os trabalhadores e trabalhadoras envolverem-se mais ativamente e contribuir nessas ações?



Capítulo 3

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

OBJETIVOS DE APRENDIZAGEM

1 - Conhecer as origens da participação social e do Controle Social no SUS e no campo da Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora;

2 - Compreender o papel da Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora - CISTT, os instrumentos de gestão no SUS e os caminhos para análise da situação de saúde do trabalhador e da trabalhadora;

3 - Impulsionar/estimular estratégias de formação e articulação para qualificar a participação social e do controle social na Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora.

De acordo com o Art. 1 da Constituição Federal (CF)³⁰, de 1988, parágrafo único, *"Todo o poder emana do povo, que o exerce por meio de representantes eleitos ou diretamente"*. Portanto, a garantia da participação social está fundamentada em nossa Lei Maior, quando assegura a democracia participativa, além da representativa. A participação da população foi fundamental na conquista dos direitos sociais, previdenciários e à saúde pública no Brasil, mas continua sendo fundamental todos os dias na garantia do acesso e da efetivação desses direitos. 'Participação da Comunidade' é o termo que consta na CF e na Lei Orgânica da Saúde (8.080/90)³¹ como diretriz do Sistema Único de Saúde (SUS). A participação da sociedade foi uma conquista da classe trabalhadora e está assegurada no Artigo 198 da CF e, posteriormente, regulamentada na Lei 8.142/1990³².

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

- *No Art. 8, que trata das associações profissionais ou sindicais, o inciso III afirma que "ao sindicato cabe a defesa dos direitos e interesses coletivos ou individuais da categoria, inclusive em questões judiciais ou administrativas", enquanto o inciso VI traz que "é obrigatória a participação dos sindicatos nas negociações coletivas de trabalho".*
- *No Art. 10, assegura "a participação dos trabalhadores e empregadores nos colegiados dos órgãos públicos em que seus interesses profissionais ou previdenciários sejam objeto de discussão e deliberação".*
- *No Art. 37, sobre os princípios da administração pública, o parágrafo 3º afirma que "A lei disciplinará as formas de participação do usuário na administração pública direta e indireta".*

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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



Imagem 23.

Podem ainda haver etapas distritais e locais, principalmente nas cidades maiores³³.

A 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em março de 1986, é um marco na história da saúde pública do país e, como falado, foi fundamental para a compreensão da saúde como um direito social e dever do Estado. A 8ª foi a primeira conferência nacional que contou com a participação dos usuários. Antes dela, os debates eram restritos aos deputados, senadores e às autoridades do setor. Antes disso, os temas que seriam discutidos na 8ª conferência foram divulgados e discutidos nas pré-conferências estaduais e municipais, ativando a mobilização e participação popular em torno dos temas, para além do ambiente técnico³⁴.

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

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



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

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

Por fim, os principais temas abordados na 1º CNST foram: o diagnóstico da situação de saúde de trabalhadores, com entendimento de que a Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora extrapolava os limites da saúde ocupacional; novas alternativas de atenção à saúde dos trabalhadores; e a necessidade de uma política nacional de saúde do trabalhador³⁵.

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

foram: organização das ações em Saúde do Trabalhador; participação e controle social; informação; recursos humanos; financiamento; legislação; desenvolvimento, meio ambiente, saúde e trabalho; política agrária e saúde do trabalhador rural. A 2º também contou com várias etapas prévias (conferências municipais, regionais e estaduais), como um aquecimento para a etapa nacional, além da participação em massa do controle social e mais de 500 delegados de todo o país³⁶.

O relatório da 3º CNST alertou para alguns problemas enfrentados pelo mundo do trabalho e pela classe trabalhadora em 2005, como as mudanças nas relações de trabalho, reestruturação produtiva, mecanização, globalização, privatização, incorporação tecnológica na produção de bens e serviços, aumento do desemprego, trabalho informal e exclusão social, além da demanda por processos produtivos mais sustentáveis³⁷.

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

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

A 4ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (4ª CNSTT), foi realizada em 2014. Pela primeira vez, incluiu o gênero feminino no nome da Conferência, refletindo o período de inserção cada vez maior de mulheres no mercado de trabalho e as históricas lutas do movimento feminista por igualdade de direitos, remuneração adequada, acesso a bens e serviços, trabalho digno e saudável, visibilidade e espaço às mulheres³⁸.

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

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

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

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

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

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

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

Acesse os relatórios das Conferências

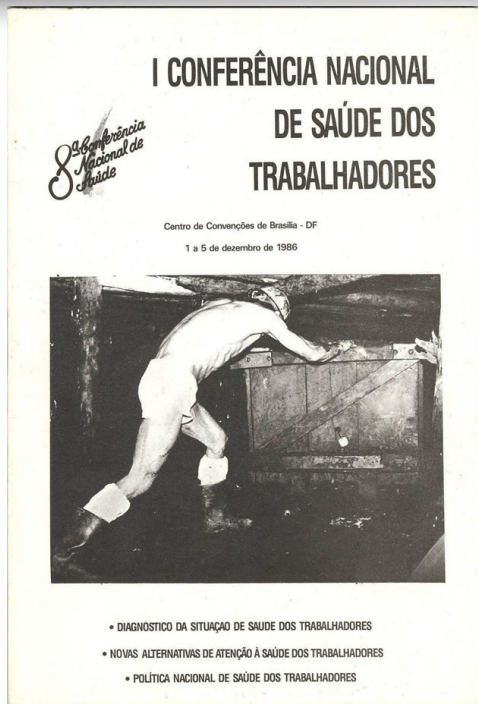


Imagem 25: Cartaz da 1ª Conferência Nacional do Saúde Trabalhador.

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

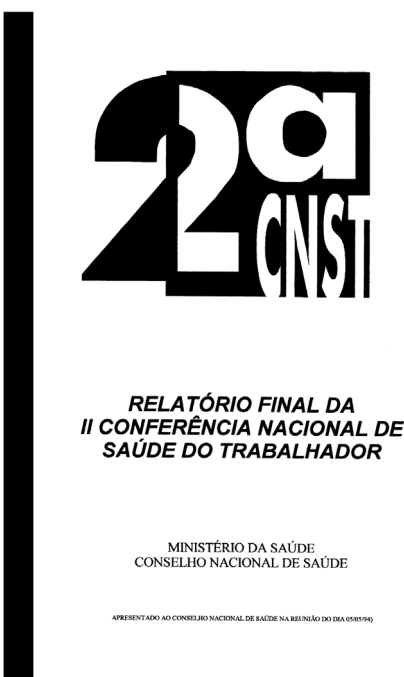


Imagem 26: Capa do relatório da 2ª Conferência Nacional do Saúde Trabalhador.

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



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

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

MINISTÉRIO DA SAÚDE
CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE



4ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE
DO TRABALHADOR E
DA TRABALHADORA

Relatório Final

4ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador e da
Trabalhadora

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

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



A PNSTT, instituída pela Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012, é, sem dúvidas, uma das conquistas mais importantes da classe trabalhadora brasileira. A PNSTT organiza as ações da Renast e dos Cerest, que são, respectivamente, a rede nacional e os centros de referência em saúde do Trabalhador, além de definir os princípios, as diretrizes e estratégias das três esferas de gestão do SUS para o desenvolvimento da atenção integral à saúde do trabalhador, com destaque para as ações de vigilância, promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, redução das doenças e agravos relacionados ao trabalho, desenvolvimento e processos produtivos³⁹.

Maiores detalhes sobre a Renast e os Cerest foram apresentados no Eixo 2. A Renast e os Cerest são as principais estratégias de organização das ações em Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora no SUS, sob responsabilidade da Coordenação-Geral da Saúde do Trabalhador (CGSAT), da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) do Ministério da Saúde. A Portaria nº 2.728, de 11 de novembro de 2009⁴⁰, que estabelece as diretrizes da Renast, ressalta a importância da participação social na execução dessa política de saúde essencial à classe trabalhadora. No Art. 8º, a PNSTT define que o controle social deve integrar as ações da Renast, com a participação de organizações de trabalhadores e empregadores, através das Conferências de Saúde e dos Conselhos de Saúde, bem como por meio das CISTT, vinculadas aos conselhos. Segundo a PNSTT, o Ministério da Saúde, através da CGSAT, é responsável pela elaboração de projetos de lei e normas técnicas em Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora no âmbito da Renast, com a participação dos atores sociais como entidades representativas dos trabalhadores, universidades e organizações não-governamentais⁶⁰.

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

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

Uma das estratégias mais importantes para a prevenção de doenças e promoção da saúde é a Vigilância em Saúde. A Vigilância em Saúde é definida como "um processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, análise de dados e disseminação de informações sobre eventos relacionados à saúde, visando o planejamento e a implementação de medidas de saúde pública, incluindo a regulação, intervenção e atuação em condicionantes e determinantes da saúde, para a proteção e promoção da saúde da população, prevenção e controle de riscos, agravos e doenças"⁴¹.

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

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

social na saúde, cuidando, por exemplo, da qualidade água de consumo humano, do ar, solo, controle de resíduos e vetores que podem transmitir doenças; a vigilância sanitária é responsável pelo controle de bens, produtos e serviços que podem oferecer riscos à saúde da população, como alimentos, produtos de limpeza, cosméticos e medicamentos, bem como pela fiscalização de serviços de interesse da saúde, como escolas, hospitais, clubes, academias, parques e centros comerciais, além dos processos produtivos que podem pôr em riscos os trabalhadores, as trabalhadoras e o meio ambiente; enquanto que a vigilância em saúde do trabalhador (Visat) realiza estudos, ações de prevenção, assistência e vigilância aos agravos à saúde relacionados ao trabalho⁴².

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

em Saúde (1º CNVS), realizada em 2018 pelo CNS e Ministério da Saúde, e que contou com a participação de mais de 1.800 conferencistas de todos os estados do Brasil⁴³.

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

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

1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde

PROTEÇÃO SOCIAL - TERRITÓRIO - DEMOCRACIA



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

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

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

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

Como vimos anteriormente, os Conselhos de Saúde podem ajudar nessa difícil tarefa, pois são instâncias colegiada, deliberativas e permanentes do SUS em cada nível de gestão. Dos conselhos, participam representantes dos usuários, trabalhadores, gestores do SUS e prestadores de serviços em saúde, além de movimentos sociais, instituições governamentais e não-governamentais, comunidade científica, entidades representativas de classe, de prestadores de serviço e empresariais da área da saúde⁴⁴.

Os conselhos fiscalizam, acompanham e monitoram as políticas de saúde nas diferentes áreas nos estados, municípios e Governo Federal, levando as demandas da população aos tomadores de decisão, representando o controle social na saúde. São também responsáveis por realizar conferências de saúde e fóruns de participação social, além de aprovar o orçamento da saúde e acompanhar sua execução, enquanto que o CNS avalia a cada quatro anos o Plano Nacional de Saúde para ver se ele está adequado às necessidades e aos anseios dos territórios. Essas atribuições estão regulamentadas pela Lei n° 8.142/1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde⁵².

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

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

Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, estabelecida na Lei Orgânica da Saúde⁵¹. A CISTT é uma comissão do CNS e sua instalação é obrigatória e indispensável. A CISTT articula políticas e programas de interesse à classe trabalhadora e faz recomendações ao Conselho de Saúde que, por sua vez, tem caráter deliberativo.

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

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

Além da CISTT Nacional, existe atualmente no Brasil 188 CISTTs no exercício do controle social, sendo 27 estaduais e 161 municipais. No livro "O Controle Social em Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora no Brasil: Práticas territoriais", publicado pelo Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisa de Saúde e dos Ambientes de Trabalho (Diesat) em 2020, você encontra um retrato mais detalhado das CISTTs⁴⁵.

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

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



Imagem 30: Diesat

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

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

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

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

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

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



Imagem 31: Expressões de participação popular.

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

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

Informação e planejamento com e para o controle social

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

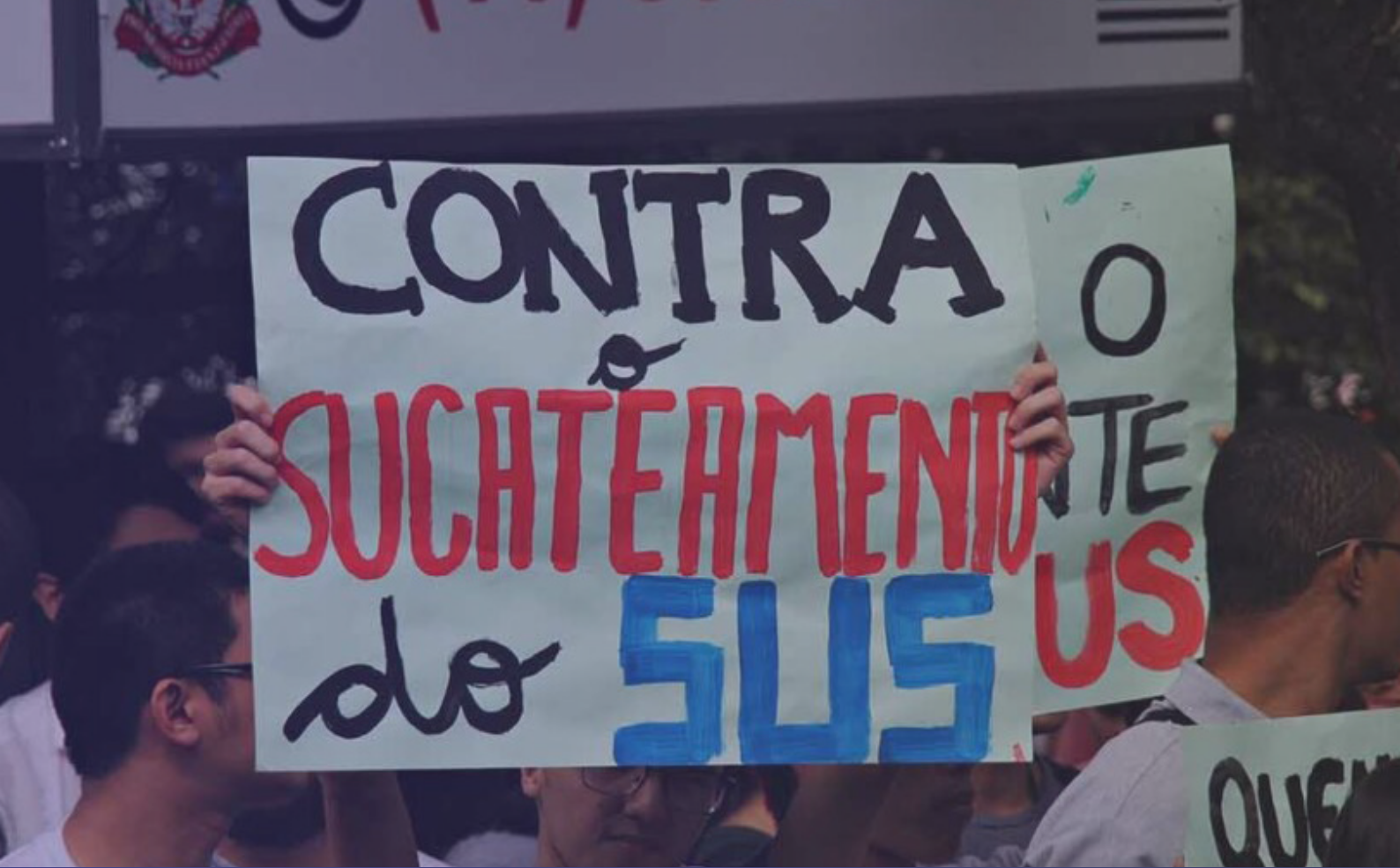
QUESTÕES DISPARADORAS PARA O TRABALHO DE GRUPO

1 - Até que ponto a representação nos espaços instituídos (conselhos, conferências e seus afins) se faz de fato interlocutora com a sociedade?

2 - Quais são os possíveis motivos para o decrescente interesse da população na participação social na saúde?

3 - O que fazer para aumentar em qualidade e quantidade a participação e o controle social no SUS e na Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora?

4 - Como as CISTTs podem contribuir com a Visat e a efetivação do direito à saúde de trabalhadores e trabalhadoras?



Capítulo 4

**QUANDO EU SOLTAR
A MINHA VOZ**

As oficinas do Projeto ocorreram entre os dias 15 de junho à 21 de outubro de 2021, de acordo com a agenda estabelecida pelos Estados. Em decorrência do contexto sanitário da pandemia de Covid-19, que ainda se encontrava com alto nível de transmissão e o plano nacional de vacinação abaixo dos 70% de vacinados recomendados pela Organização Mundial da Saúde (OMS), todas as oficinas de formação foram realizadas virtualmente, tendo a sensibilidade de limite diário de conexão.

Foram realizadas 38 oficinas de formação, sendo 33 de âmbito estadual/distrital e 5 regionais, ministradas em 3 dias de trabalho, esgrimido eixos diferentes e complementares, totalizando 109 encontros virtuais que contaram com a participação de representantes da capital, de municípios de grande, médio e pequeno porte.

A "Educomunicação" foi o método aplicado pelo Diesat embasado no acolhimento, na escuta qualificada, na valorização e integração das práticas e saberes. Aprofundando quando necessário a análise situacional sobre os processos de trabalho nos diversos territórios, facilitando a identificação de problemas e a elaboração de estratégias de fortalecimento do SUS e do Controle Social.

Durante o processo formativo, foram utilizados materiais didáticos e diversas ferramentas para interagir com os multiplicadores, entre elas plataformas de conversação e de design, vídeos, músicas, redes sociais e aplicativos para criação de fala em tempo real

Na abertura das Oficinas, a Equipe do Diesat emergia um ambiente de acolhimento e conduzia uma apresentação dos atores sociais, seguindo de breve introdução do eixo temático trabalhado no dia.

Os facilitadores responsáveis por cada eixo temático, iniciava sua apresentação visual com duração

de 40 minutos, interagindo com dinâmica usando a plataforma Mentimeter e os multiplicadores narraram com riqueza detalhes de suas vivências no território.

Nos grupos realizava-se a leitura do caderno de textos produzido pelo Grupo de Trabalho e Formulação (GTF) do Diesat. Em seguida, os multiplicadores provocados pelas perguntas norteadoras de cada eixo temático, partilhavam suas práticas, saberes e reflexões do contexto do seu território com duração de aproximadamente 60 minutos.

A riqueza do trabalho de grupo foi um momento de valorização das características e aspectos culturais, da qual os multiplicadores apresentaram na escolha dos nomes, trazendo a identidade e a singularidade dos territórios, reafirmando-se como protagonistas do processo de aprendizagem.

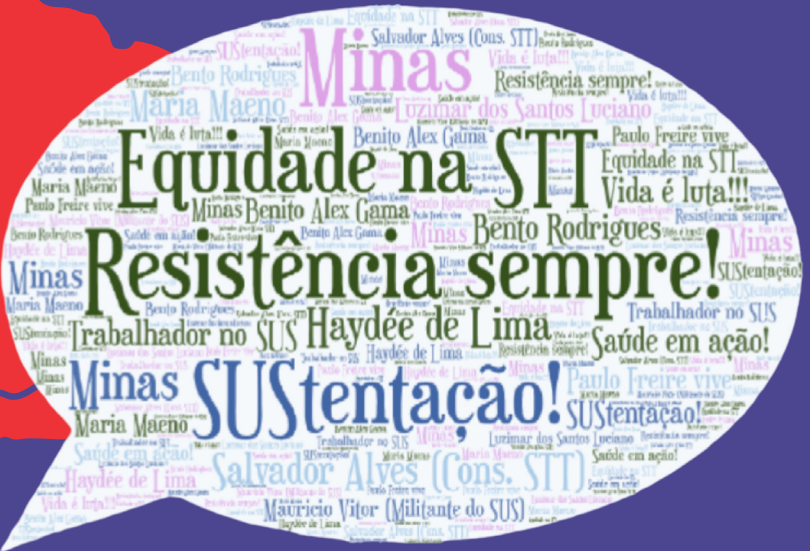
O primeiro eixo temático da formação intitulado "O trabalho e os impactos à Saúde da Classe Trabalhadora", capítulo 1, aborda a categoria trabalho como um dos maiores determinantes sociais saúde-doença e a importância de compreender como é o processo de saúde e adoecimento no modo de produção capitalista "uma arena de luta de classe". Os multiplicadores foram convidados a interagir refletindo:

Desde criança, o que você queria ser quando crescesse? Quem de nós, a partir de nossas habilidades e desejos, pôde escolher com o que trabalhar?

Essa provocação em sua simplicidade levou cada multiplicador a refletir seu entorno, seu território e principalmente seu modo de sobrevivência. Um momento de compreensão da centralidade que o trabalho ocupa nas nossas vidas e regula o nosso modo de viver, assim como também incide em toda nossa sociedade.

As nuvens de palavras trazem um compilado dos nomes dos grupos, por regiões no país







Este momento lúdico permitiu uma visão coletiva e o entendimento deste tema em cada território trazendo a necessidade de reflexão enquanto classe trabalhadora. Assim como o aprofundamento com relação as metamorfoses do trabalho e os impactos à saúde dos trabalhadores e trabalhadoras em especial os invisibilizados, conhecidos como infoproletariados, desprovidos de direitos e cada vez mais vulneráveis e precarizados.

O debate em grupo do Eixo temático 1 provocou relatos dos multiplicadores sobre as realidades de seus territórios, quais as atividades econômicas eram responsáveis pela geração de renda, quais os acidentes, agravos e/ou doenças são mais frequentes e quais os serviços de saúde atendem a população quando acometida por acidentes e agravos.

A partir da análise das questões apresentadas no eixo temático 1, os multiplicadores relataram como principais atividades econômicas: agricultura com ênfase na agricultura familiar, pecuária, agronegócio, pesca e trabalho nos frigoríficos. O trabalho informal, também foi apontado com crescente atividade econômica em todas as Regiões do Brasil, com maior destaque para os *deliverys*, além da presença de um elevado número de trabalhadores autônomos e terceirizados, fatores que resultam no aumento da precarização do trabalho em todo o país.

As mudanças decorrentes do mundo trabalho impactam na forma de adoecimento dos trabalhadores e das trabalhadoras, como relatado pelos multiplicadores em todas as regiões, o adoecimento mental decorrente da depressão, ansiedade, síndrome do pânico e assédio moral, somado ao cenário de crise sanitária provocada pela Covid-19, evidenciou aumento significativo nos últimos anos.

Em relação aos agravos, outro apontamento colo-

cado são os acidentes no trânsito, na construção civil, em frigoríficos, com agrotóxicos e mordeduras de animais peçonhentos.

Quanto aos serviços sociais/públicos que são acionados quando ocorrem acidentes, agravos e/ou doenças, os multiplicadores enfatizaram que em casos graves primeiro buscam a Rede de Urgência e Emergência como o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), Unidade de Pronto Atendimento (UPA), bombeiros e Hospitais. Foi relatado nas falas também o acionamento de outras organizações intra e intersetoriais, como, CISTTs, Sindicatos, delegacias do trabalho e o Ministério Público do Trabalho (MPT), contudo, no intuito de diminuir a busca pelas Redes de Média e Alta Complexidade, observa-se a necessidade do fortalecimento da Atenção Básica, sendo a principal porta de entrada do SUS, para ampliar as ações de promoção de saúde, educação em saúde e de prevenção de agravos para trabalhadores e trabalhadoras.

Os relatos dos multiplicadores da Região Nordeste apontam o trabalho informal como forte atividade econômica nas feiras livres do Ceará, o trabalho dos mototaxistas e venda de rifas na Bahia; agricultura familiar em Sergipe, atuação das marisqueiras em Pernambuco e na Bahia e os trabalhadores nos Parques Eólicos do Rio Grande do Norte.

Os multiplicadores também expressaram que diante do esgotamento mental provocado pela pandemia esta formação veio como um instrumento de encorajamento e o quanto este processo os deixa com a tarefa de levar a informação e o conhecimento aos que não estiveram no processo para que assim possam dar continuidade a luta pela vida dos trabalhadores e trabalhadoras.

"Somos assim, como a palavra Marañón: água que corre brigando".

Fala de multiplicador do estado do Maranhão

Na Região Centro-Oeste, os multiplicadores evidenciaram forte trabalho na agroindústria e pecuária nos estados de Mato Grosso do Sul e Mato Grosso. Os multiplicadores do estado de Goiás, apontaram o turismo e a agricultura, como destaque na Região. O Distrito Federal ênfase para o comércio e serviços públicos. No Mato Grosso um dos multiplicadores comentou a grande presença de trabalho em rede multiprofissional, utilizando as Práticas Integrativas Complementares em Saúde (PICS), para cuidar de quem cuida.

Foi emocionante os relatos da falta de alguns companheiros e companheiras na formação, porém atribuíram que alguns eram trabalhadores e trabalhadoras do trabalho essencial devido a pandemia do Covid-19. Consideraram não estarem neste espaço de formação por acaso, cada um contribuindo com sua vivência, podendo fazer a diferença, um hoje melhor e um amanhã diferente, para lutar e cuidar de todos.

Na Região Sul, os multiplicadores, destacaram o trabalho artesanal e têxtil do Paraná; da agricultura familiar ao agronegócio em Santa Catarina; culinária

ria e turismo no Rio Grande do Sul. Enquanto atividade produtiva, apontaram o aumento do adoecimento físico e mental, devido a precarização do trabalho. Por outro lado, um dos multiplicadores evidenciou que são:

"Povo resiliente, que tem voz para fazer a diferença, e acredita no SUS, pois, SUS é Saúde, Saúde é Vida! Continuamos a luta sempre com resistência!"

A Região Sudeste que se destaca pelas indústrias ao trabalho informal de SP. Aos portos e turismo do Rio de Janeiro, da pesca, a produção de café do Espírito Santo, da gastronomia a mineração de Minas Gerais, estado de apreciada culinária, pessoas receptivas e acolhedoras. E em resposta a grandes tragédias e perdas irreparáveis seguem resistentes na luta. Se caracterizando também por ser a maior produtora no Produto Interno Bruto (PIB) nacional.

"Essa oficina é uma vitória da STT saímos daqui com muitas demandas, a oficina deu oportunidade de cada um/a se enxergar como ator de luta. A Luta já começou e não tem tempo para acabar"

*Luiza de Fátima Dantas (Em Memória)
Conselheira Estadual de Saúde do estado do RJ e
vítima da Covid-19.*

Imagem 32





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



Trabalho informal		
<p>NORTE Entregadores Motorista de aplicativo Mototáxi Colheitas de açaí</p>	<p>NORDESTE Entregadores Motorista de aplicativo Mototáxi Feirantes</p>	
<p>CENTRO-OESTE Entregadores Motorista de aplicativo Caminhoneiros Salão de beleza</p>	<p>SUL Motorista de aplicativo Motoboy/táxi Cozinheiras Costureiras Doceiras</p>	<p>SUDESTE Entregadores Motoboy Ambulantes Domésticas</p>

Agricultura/ Pecuária/Mineração		
<p>SUDESTE Agroindústria Mineração Portuários Agricultura Familiar Pecuária</p>	<p>SUL Agricultura Agronegócio Agroindústria Agricultura Familiar Pecuária</p>	<p>CENTRO-OESTE Agronegócio Frigoríficos Agricultura Familiar Mineração Carvoarias</p>
<p>NORDESTE Piscicultura Agricultura Familiar Marisqueiras</p>	<p>NORTE Agricultura Agricultura Familiar Agronegócio Frigoríficos</p>	



Imagem 33: Representações das ocupações presentes nas regiões



Imagem 34: Representações das ocupações presentes nas regiões

Comércios e Serviços

NORDESTE
Transporte
Turismo
Construção Civil

SUL
Construção Civil
Transporte
Turismo
Terceirizados

CENTRO-OESTE
Transporte
Indústria
Oficina mecânica
Construção Civil

NORTE
Indústria
Construção Civil
Autônomos
Terceirizados

SUDESTE
Construção Civil
Transporte
Turismo
Terceirizados
Salão de Beleza

Serviços Públicos

SUDESTE
Saúde
Educação
Segurança Pública

CENTRO-OESTE
Saúde
Educação
Segurança Pública

NORTE
Saúde
Educação
Serviços gerais

SUL
Saúde
Educação

NORDESTE
Saúde
Educação



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

Mental
SUDESTE - Depressão, Síndrome do Pânico, Assédio Moral, Violência
SUL - Depressão, Síndrome do Pânico, Assédio Moral
CENTRO-OESTE - Depressão, Estresse, Ansiedade, Assédio Moral
NORDESTE - Depressão, Ansiedade Assédio Moral
NORTE - Depressão, Estresse, Violência Ansiedade, Síndrome do Pânico

Acidentes
SUDESTE - Trânsito, Material biológico, Plataformas de Petróleo, Agrotóxicos, Animais peçonhentos, Construção Civil
SUL - Frigoríficos, Trânsito, Trator, Construção civil
CENTRO-OESTE - Intoxicações, Trânsito, Cortes, Quedas, Mordeduras e animais peçonhentos
NORDESTE - Trânsito, Quedas, Amputações, Rurais (mordeduras, animais peçonhentos e intoxicação)
NORTE - Trânsito, Intoxicações, Cortes, Quedas, Maquinários, Mordeduras, Animais Peçonhentos



Imagem 36: Representações das doenças nas regiões



Imagem 35: Representações das doenças nas regiões

LER/DORT
SUDESTE - Dores na coluna, Antebraço, Braço, Mãos, Sequelas pós-covid-19
SUL - Dores na coluna, Antebraço, Braço, Mãos
CENTRO-OESTE - Dores coluna, Fratura, Contusão
NORDESTE - Dores na coluna (Lombalgias), Braço, Antebraço
NORTE - Dores na coluna (Lombalgias), Fraturas Braço, Antebraço

Doenças
SUDESTE - Covid-19, Câncer, Hipertensão, Dermatológicas, Respiratórias, Sist. Urinário
SUL - Covid-19, Câncer, Dermatológicas, Pneumoconioses
CENTRO-OESTE - Covid-19, Hipertensão Diabetes
NORDESTE - Covid-19, Cardíacas/Hipertensão, Diabetes, Pneumoconioses
NORTE - Covid-19, Cardíacas/Hipertensão, Câncer de pele, Cordas vocais

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

Rede de Urgência e Emergência	Redes de Atenção
NORDESTE - UPA, Pronto-Socorro, SAMU	NORDESTE - APS (UBS e Postos de Saúde), Centro de Reabilitação, CAPS, Vigilâncias em Saúde
NORTE - UPA, Bombeiro, SAMU	NORTE - APS (UBS e UBSF), NAST, DSEI, CSC, Vigilâncias em Saúde
SUDESTE - UPA, SAMU, Bombeiro, PS	SUDESTE - APS (UBS e Posto de Saúde), Centro de Reabilitação, Psicossocial, Vigilâncias em Saúde
SUL - UPA, SAMU, Bombeiro, Ambulância Municipal, PS	SUL - APS (UBS e Posto de Saúde), Centro de Reabilitação, Vigilâncias em Saúde
CENTRO-OESTE - UPA, PS, Bombeiro, SAMU	CENTRO-OESTE - APS (UBS e Postos de Saúde), Centro de Especialidades, CAPS/CREA, Vigilâncias em Saúde



Imagem 37: Representações dos serviços nas regiões

Redes de média e alta complexidade	Outras organizações
NORDESTE - Hospitais Público/Privados, Santas Casas, Policlínicas, Filantrópicos	NORDESTE - CEREST, Conselhos de Saúde, CISTT, Sindicatos, MPT
NORTE - Hospitais Público/Privados, Policlínicas, Hospital Geral	NORTE - Cerest, INSS, Sindicatos, MPT, Delegacia do Trabalho
SUDESTE - Hospitais, Municipal/Regional, Público/Privados, Santa Casa, Ambulatórios de Especialização	SUDESTE - Cerest/CISTT, Sindicatos, INSS, MPT, Polícia
SUL - Hospitais Públicos/Privados, Municipal/Regional	SUL - CISTT, Sindicatos, INSS, MPT, Polícia, Rodoviária, Igreja
CENTRO-OESTE - Hospitais, Público, Privados, Santas Casas, Policlínicas	CENTRO-OESTE - Cerest, Sindicatos, MPT, Ambulatório da Empresa, Delegacias



O segundo eixo temático intitulado como "Políticas Públicas no campo da Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora", capítulo 2, aborda o histórico das Políticas Públicas no Brasil voltadas aos trabalhadores ressaltando a criação do Diesat na década de 1980, resultado da organização dos trabalhadores e do novo sindicalismo da década de 70, a partir primeiras Semanas de Saúde do Trabalhador (Semsat), onde diferentes sindicatos, trabalhadores, e profissionais de saúde debatiam as péssimas condições de trabalho, os altos índices de acidentes e doenças profissionais, o não reconhecimento de doenças relacionadas ao trabalho, além da desumana assistência à saúde aos trabalhadores.

Foi enfatizado o movimento da Reforma Sanitária Brasileira (RSB) uma vez que apoiou a criação do SUS no Brasil e garantiu o direito de participação social na formulação, acompanhamento e fiscalização das políticas de saúde foi instituído no Art. 198 da Constituição Federal e regulamentado por meio da Lei Orgânica da Saúde nº 8.142/90 (BRASIL, 1990), cujas definições estabelecem a criação de duas instâncias de participação institucionalizadas: conselhos e conferências de saúde (CF, 1988). Destaque para ações de vigilância em saúde - Vigilância em Saúde do Trabalhador, e especial a realização da conferência convocada pelo Controle Social que culminou na publicação da Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS).

A primeira questão disparadora do Eixo 2, buscou entender e provocar quais são as ações exitosas e as dificuldades para efetivação da PNSTT, no acesso às ações e serviços de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora.

Na análise das respostas foram identificados três níveis de entendimento:

1) Quais são Ações Exitosas e as Dificuldades na efetivação da PNSTT na percepção dos/as mul-

tiplicadores;

2) Se as Ações são exitosas ou de dificuldades enfrentadas pelo território, para isso considerou-se a fala do/a multiplicador a partir da sua percepção, do seu conhecimento e após a apresentação do conteúdo do Eixo 2; e

3) A constatação de que a mesma Ação pode ser considerada Exitosa ou Dificuldade dependendo do lugar de fala, tais como: Implantação, Capacitação, Participação, Educação, Acesso, Monitoramento dentre outra com menor incidência.

No gráfico 5, a análise do primeiro nível da tabulação demonstrou que o Brasil 64,5% é resultado de Dificuldades e 35,5% são Ações Exitosas na implementação da PNSTT. Quanto as dificuldades os resultados por região identificados são: Centro Oeste 78,5%, Sudeste 66,3%, Sul 66,3%, Nordeste 61% e Norte com 57,4%. Entretanto, as Ações Exitosas são mais frequentes nas regiões Norte 42,6%, seguida pela Nordeste 39% e Sul com 33,8%.

Os resultados por regiões confirmam que as dificuldades são maiores do que as ações exitosas na efetivação da PNSTT e no acesso às ações e serviços de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora.

No gráfico 6, evidencia-se os seguintes resultados com relação as dificuldades:

Implementação - Maior - Região Norte - 38,6%, Menor - Região Sudeste - 29,4%.

Capacitação - Maior - Região Centro Oeste 22,6%, Menor - Região Sul 13,2%.

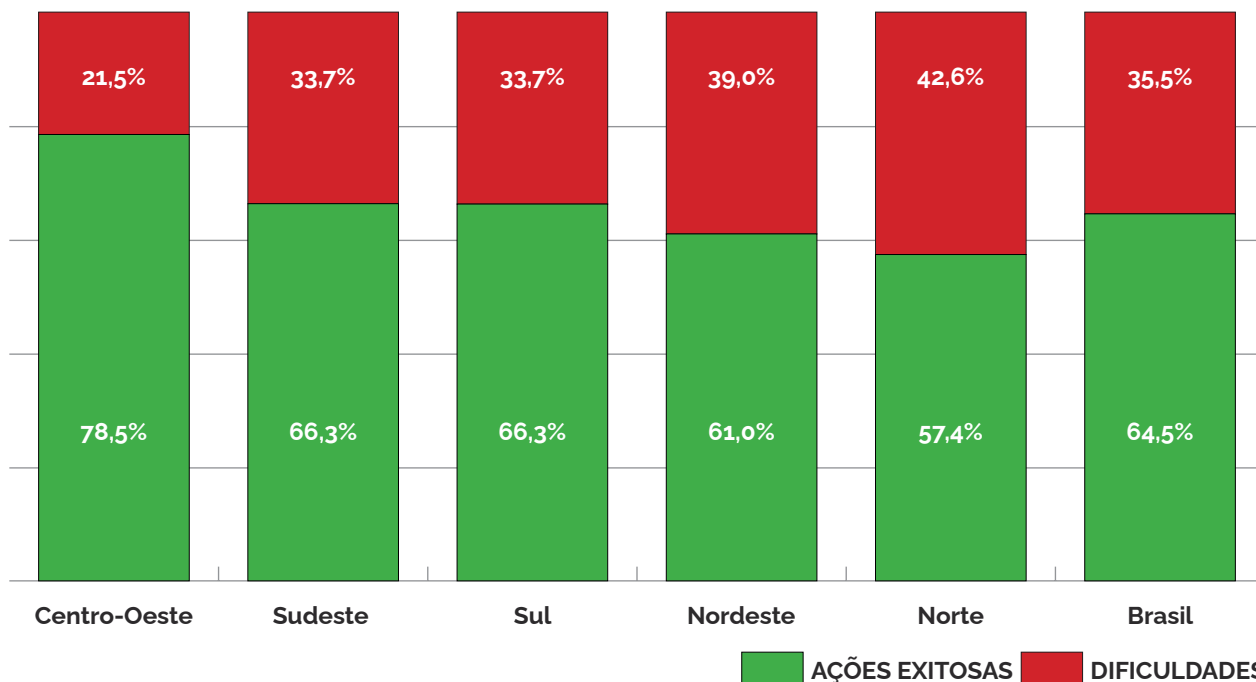
Participação - Maior - Região Sudeste com 23,8%, Menor - Região Centro Oeste 3,2%.

Educação - Maior - Região Nordeste 14,8%, Menor - Região Sul 7,5%.

Acesso - Maior - Região Sul 13,2%, Menor - Região Sudeste 2,9%.

Monitoramento - Maior - Regiões Centro Oeste 9,7%, Menor - Região Norte 4,3%.

Gráfico 5 - Tipo de Experiência Exitosa ou Dificuldade encontrada na efetivação na PNSTT e no acesso às ações e serviços de STT



As análises indicam o tipo de Dificuldade por regiões relacionado a PNSTT e no acesso às ações e serviços de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora nos territórios. Ao compararmos as variantes das dificuldades, fica evidenciado o quanto menor o monitoramento do Controle Social menor o índice de implementação da PNSTT nas Regiões, constatando-se a importância da participação popular.

No gráfico 7, evidencia-se os seguintes resultados com relação as ações exitosas:

Implementação - Maior - Região Sul 40,7%, Menor - Região Sudeste 32,8%.

Participação - Maior - Região Sudeste 23,4%, Menor - Região Nordeste 10,3%.

Capacitação - Maior - Centro Oeste 17,6%, Menor - Região Sul 7,4%.

Educação - Maior - Região Sul 14,8%, Menor - Norte 3,8%.

Monitoramento - Maior - Região Sudeste 14,1%, Menor - Região Sul com 3,7%.

Acesso - Maior - Regiões Centro Oeste 11,8%, Menor - Nordeste 3,8%.

Ao compararmos os dados das ações exitosas, nos é apresentado a importância do processo formativo e da ocupação dos espaços coletivos de saúde, valorizando e reafirmando os elementos em cada território.

A segunda questão disparadora do Eixo 2, indagava os multiplicadores sobre de que forma as ações de VISAT são ou podem ser articuladas e implementadas, tendo em vista a promoção da saúde e redução de acidentes, doenças e mortes da população trabalhadora.

As principais ações destacadas em todas as regiões do país foram de formação, especialmente capacitação e educação políticas e da importância da saúde do trabalhador e da trabalhadora. Em seguida, os multiplicadores dos grupos de trabalho indicaram ações de articulações, tanto intra como intersetoriais foram citadas.

Ações de propagação, como divulgação e comunicação bem com ações de monitoramento, como fiscalização e notificação foram citadas como necessárias para promover a saúde e reduzir doenças, aci-

Ações exitosas para efetivação da PNSTT

Vigilância atuante na prevenção a Covid-19

Cerest presente nas ações da vigilância em saúde

Capacitações dos/as trabalhadores (as) da rede pública e privada

Equipe multidisciplinar de vigilância atuante nos ambiente de trabalho

Resgate de mulheres em situação de vulnerabilidade

Criação de comitês de combate a agrotóxicos e amianto

Aproximação com as Referências Técnicas Municipais em STT

Ações intersetoriais de capacitações com CISTT, MPT e Sindicatos

Maior participação da comunidade

Descentralização dos serviços

Conferências de Saúde atuantes e transmitidas nas redes sociais

Fiscalizações e orientações de prevenção ao adoecimento nos postos de gasolina, bancos e salões de beleza

Sindicatos comprometidos com STT na política de prevenção, recuperação, preenchimento das CAT's e encaminhamento ao Cerest

Ações de cuidado à saúde mental desenvolvidas com o apoio dos Sindicatos

Cerest articulada com o Sindicato nas ações de STT e prevenção da Covid-19 nos ambientes de trabalho

A participação do DIESAT nas formações

APS e Cerest na formação dos ACS e na discussão sobre os transtornos mentais relacionados ao trabalho

Efetivação do cuidado com as PICS e escuta qualificada aos usuários

Roda de conversa com os profissionais de saúde para discussão de ações de prevenção e dos direitos dos trabalhadores (as)

Dificuldades para efetivação da PNSTT

Baixa participação do controle social	Dificuldade de incorporar ações de STT no Plano Municipal de Saúde
Falta de divulgação, comunicação, capacitações e ações educativas em STT	Baixo efetivo humano, o que dificulta a cobertura da STT em áreas extensas
Desarticulação sindical com a CISTT	Falta integração entre as vigilâncias e equipamentos, internet e veículos nas fiscalizações
Dificuldade de acesso às tecnologias Terceirização da APS	Ausência de Referências Técnicas em STT
Falta integração da rede SUS e articulações intersetoriais	Acidentes de trabalho subnotificados
Ausência de capacitação das equipes para escuta qualificada e mais empatia	Desconhecimento das ações do Cerest, CISTT e da importância da notificação
Terceirizações, retrocessos nas Políticas Públicas e o impacto da EC 95	Ausência de ações de saúde destinadas aos jovens e as pessoas portadoras de deficiência
Falta de conhecimento da PNSTT pelos Conselheiros	Pandemia de Covid-19 e suas sequelas
Trabalhos temporários de modo informal, desamparados pelo sistema de saúde e Previdenciário	Rotatividade de profissionais e gestores
Desarticulação com a gestão na implementação da PNSTT	Dificuldade de implantação da CISTT e de Cerest nos municípios
Sobrecarga de trabalho	O novo modelo de repasse de recursos financeiros aos municípios

Gráfico 6 - Tipo de Dificuldade encontrada na efetivação na PNSTT e no acesso às ações e serviços de STT

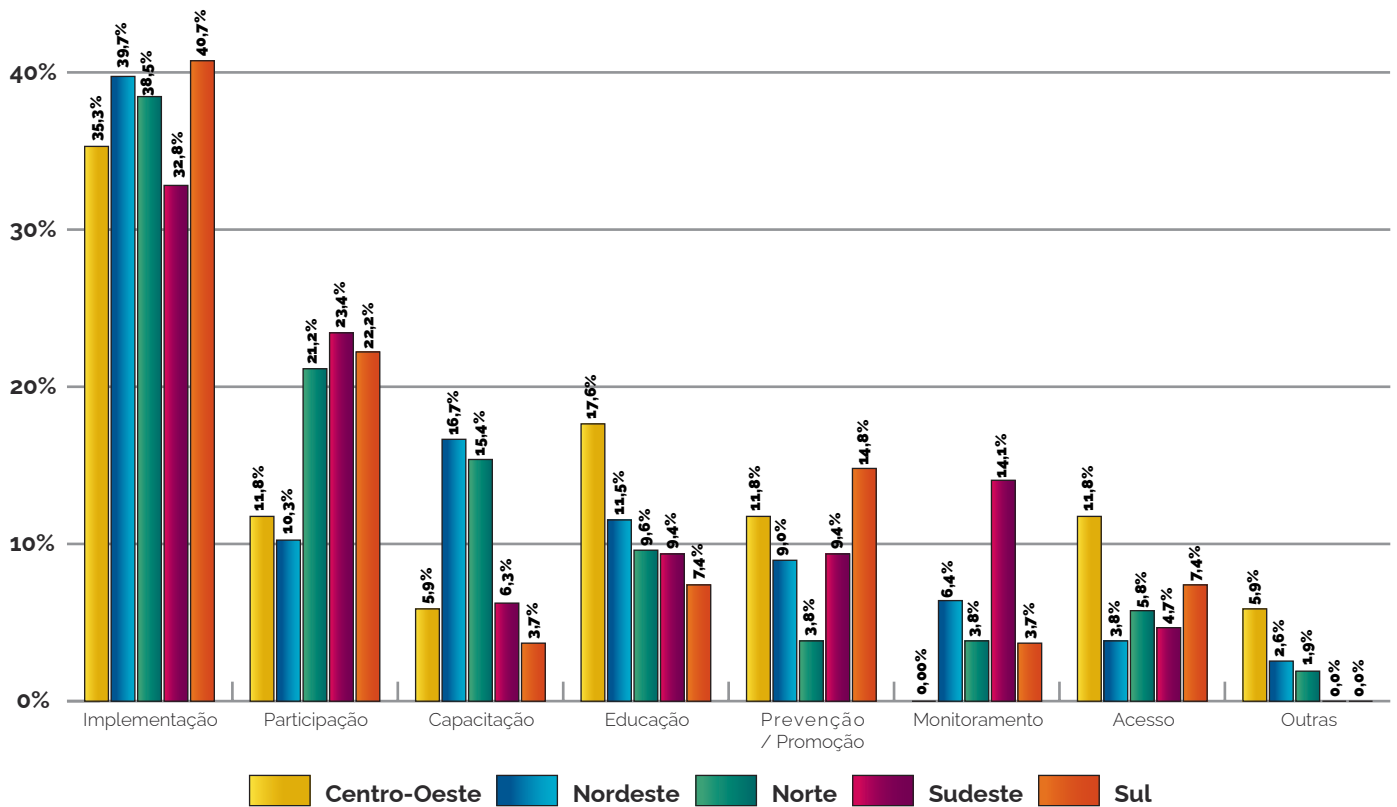
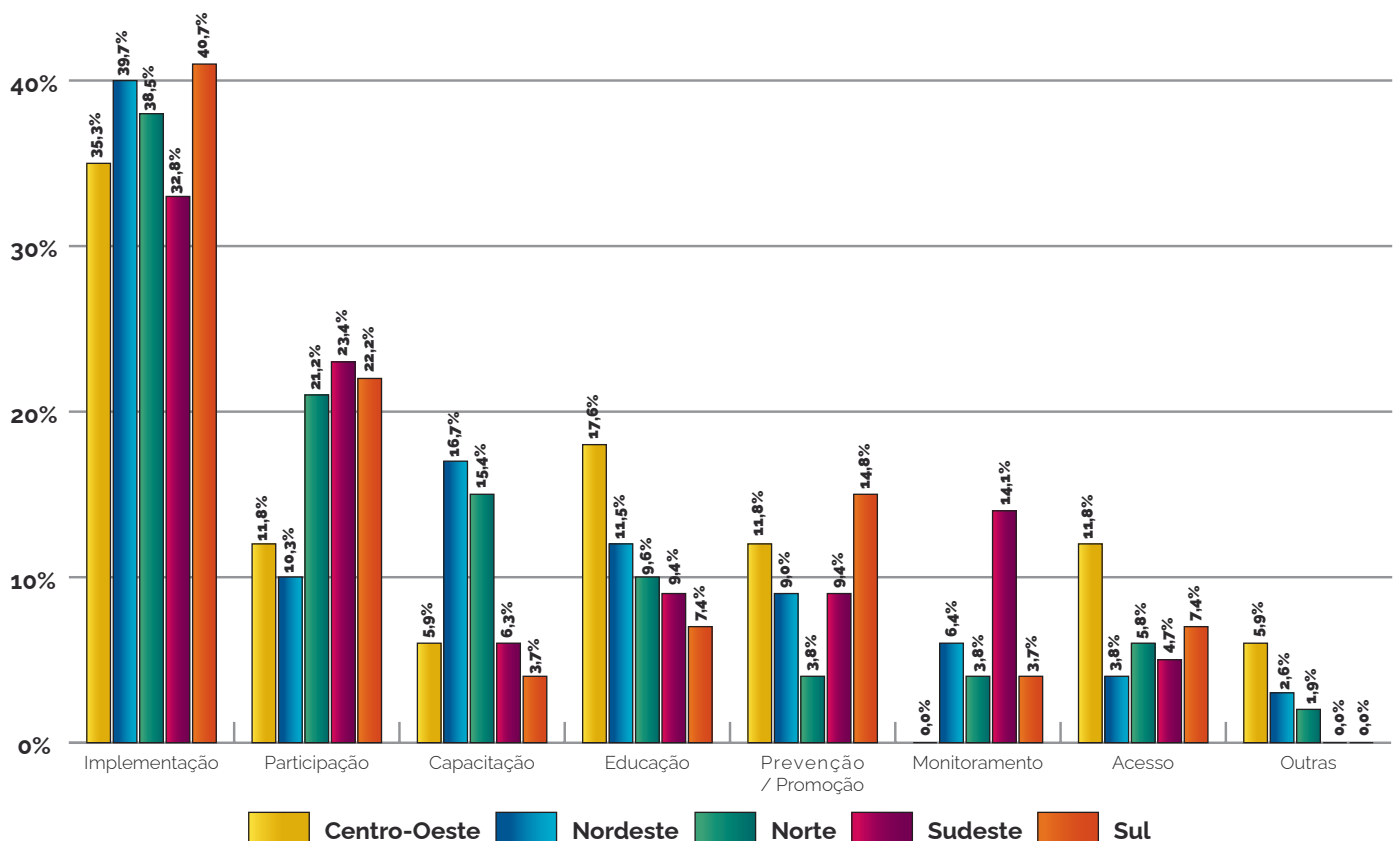


Gráfico 7 - Tipo de Ação Exitosa por Região encontrada na efetivação na PNSTT e no acesso às ações e serviços de STT



dentes e mortes da população trabalhadora.

O gráfico 8, resume os debates apresentados de cada região, sobre os tipos de ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora:

No Centro-Oeste, os multiplicadores dos trabalhos de grupos elencaram ações de formação, como capacitação e educação e articulação mais importantes para promover a saúde e reduzir as doenças e mortes dos trabalhadores e trabalhadoras. Ações de propagação, por exemplo comunicação bem como de monitoramento, como fiscalização também foram ressaltadas como importantes pelos multiplicadores. Essas ações podem ser realizadas através dos Fóruns, oportunizando o diálogo, rodas de conversa, momento de formação, tanto para os serviços públicos, como para toda rede intersetorial.

Na Região Nordeste, entre ações apresentadas nos trabalhos de grupos, destacaram-se a capacitação, educação, comunicação e divulgação. Ressaltando a politização do controle social sobre Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora.

Na Região Norte, foi considerada para reduzir o adoecimento e morte e promover a saúde da classe trabalhadora foram citadas ações de formação, divulgação e mobilização. Além de maior publicidade da Visat, pois o trabalhador e a trabalhadora e os sindicatos não têm interação com esses espaços

Na Região Sudeste, ações de articulação, seguidas de formação e implementação foram as mencionadas pelos multiplicadores e destacaram que "É preciso fortalecer o território na ponta, falta a integração dos estaduais. Precisa desenvolver um trabalho de conscientização no campo de ação da Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, devendo realizar o mapeamento, a análise do perfil

produtivo e linkar com o perfil de adoecimento para que as ações de Visat sejam mais eficiente". Ressaltou-se a necessidade de articulação conjunta dos Conselhos de Saúde/CISTTs e Atenção Básica visando aproximação com os trabalhadores e trabalhadoras.

Na região Sul, os multiplicadores afirmaram que ações de articulação e formação são importantes para promover a saúde e combater o adoecimento e morte da classe trabalhadora. E fomentar seminários de sensibilização sobre as questões de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora para dirigentes sindicais, movimentos sociais e a população em geral.

Salientou-se as ações de fortalecimento do SUS como ferramenta de vigilância na proteção e dos trabalhadores e trabalhadoras formais e informais.

O gráfico 9, resume os debates apresentados de cada região, sobre os focos de ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora:

Na Região Centro-Oeste os multiplicadores dos trabalhos em grupo, elencaram o foco da ação para promoção da saúde e redução de acidentes, doenças e mortes da população trabalhadora, dando ênfase aos trabalhos com os usuários com 38,9%, seguido do trabalho das equipes de saúde e Visat com 16,7% das ações, atenção básica 11,1%, 5,6% e classificados como outros 11,1%. Observou-se que nessa região, a CISTT não foi citada como foco da ação de trabalho.

Na Região Sul, destaca-se o foco da ação junto aos usuários com 37,5%, em seguida destaca-se as ações junto a Visat 25%, equipes de saúde 12,5%, CISTT e atenção básica com 6,3%, e classificados como outras ações 6,3%.

Na Região Norte, seguindo o foco das ações ci-

Ações de Visat na Promoção da Saúde

Enxergar o/a trabalhador(a) de forma integral, não somente em seu ambiente de trabalho

Educação permanente em saúde para gestores e trabalhadores (as)

Formar Conselhos Locais e ações intersetoriais com Escolas, Universidades, empresas e CISTTs

Integração dos atores Cerest's, CISTT's, CMS, MPT, Sindicatos e Vigilâncias

Cerest's devem realizar com a Visat mapeamento e a análise do perfil produtivo do território

Fortalecimento das ações da APS com escuta qualificada

Sindicato promover diálogo entre empresas e trabalhadores (as) sobre questões de STT

Desenvolver uma Vigilância que envolva e empodere os trabalhadores no processo. Superar a barreira da subnotificação

Ampliar o conhecimento da população sobre Visat

Conselhos de Saúde devem incluir nos Plano Municipal de Saúde as ações de STT

Fortalecer as redes de apoio dos/as trabalhadores (as)

Publicizar as ações do Cerest e da Visat de forma clara e acessível utilizando diversos meios de comunicação

Promover ações intersetoriais de cuidado STT

Mapeamento e monitoramento dos Agravos no território

Sensibilizar e Capacitar as equipes APS quando a STT e efetivar as notificações

Campanhas educativas aos trabalhadores(as) da ponta

Fortalecimento da APS e Integração com ações da Visat

Inserir o/a trabalhador(a) nas discussões de saúde, nos sindicatos e nos espaços de Controle Social

Parceria com a CISTT e APS para formar Referências Técnicas em STT

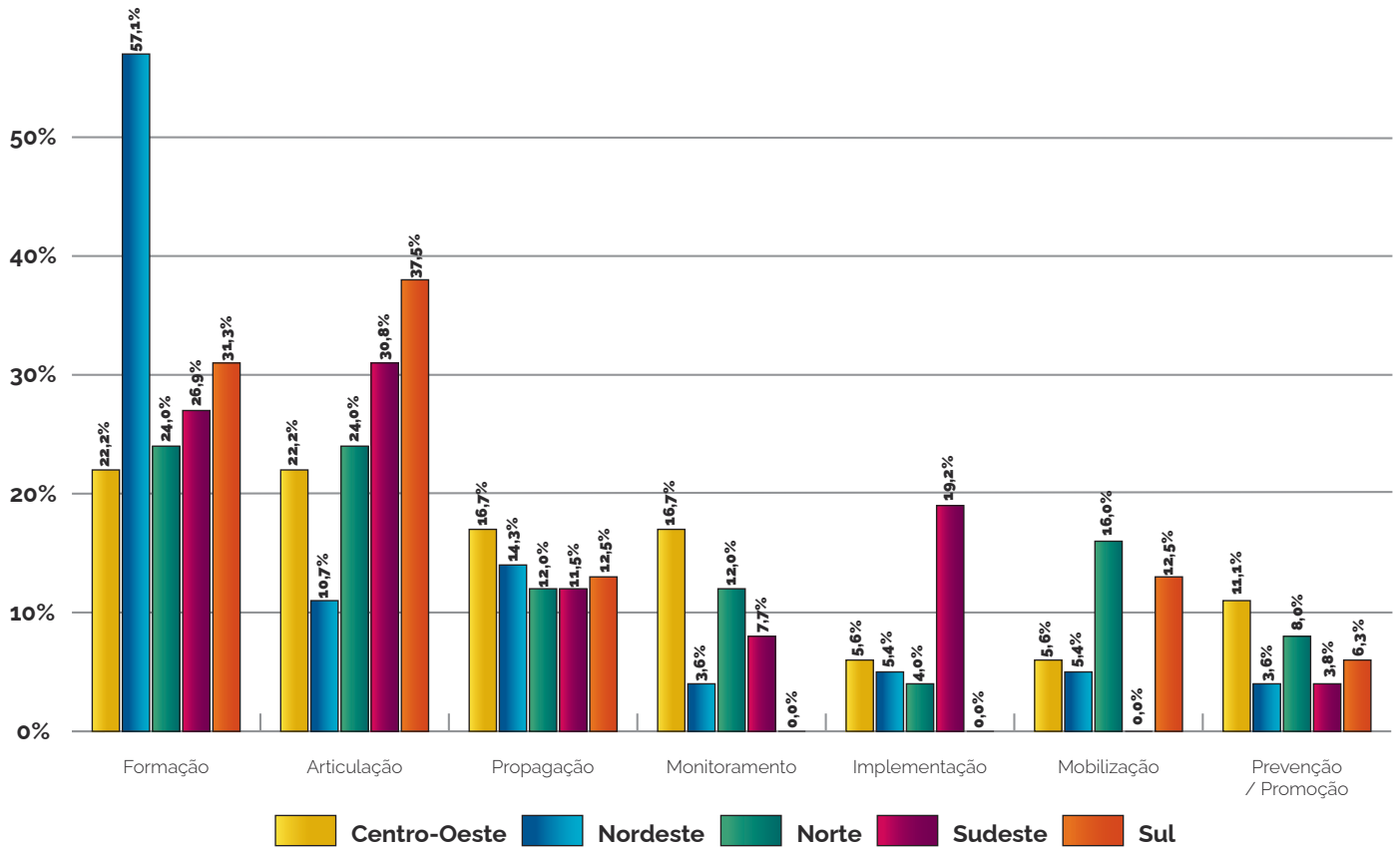
Planejamento participativo entre os CMS, vigilâncias e os sindicatos

Divulgação e comunicação para sensibilização e conscientização

Ações que contribuem para a participação de Trabalhadores

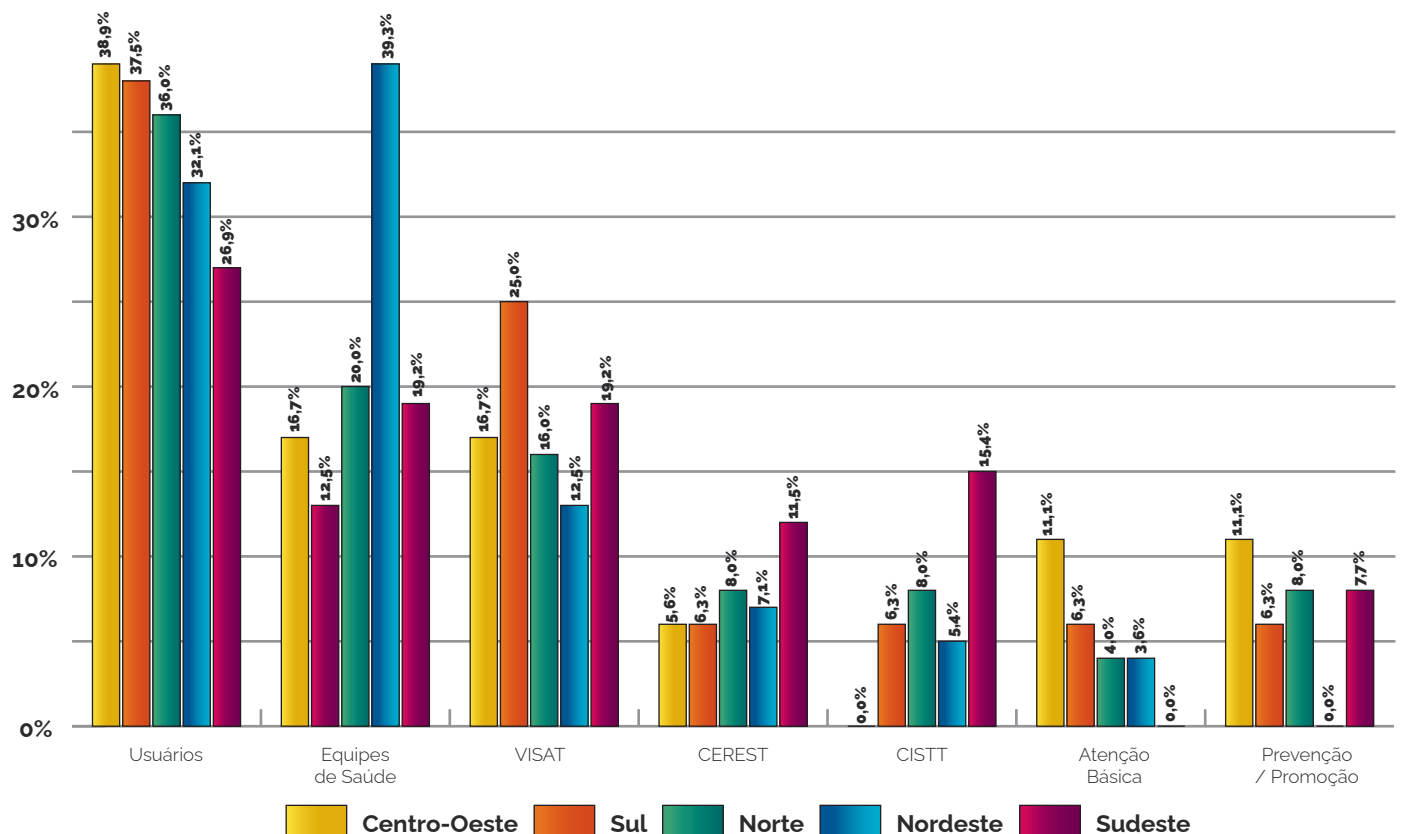
Ações de fiscalização para os casos de subnotificação e de notificação de acidentes	Visat deve investir em comunicação e divulgar nas mídias sociais, buscando melhorar o diálogo com a juventude (faixa etária que mais sofre com acidentes e mortes)	Envolvimento mais ativo dos/as trabalhadores (as) passa pela implementação das CISTT em todos os municípios
Ampliar o conhecimento sobre a PNSTT e buscar um Sindicato mais participativo	Ampliar a participação popular para o conhecimento do papel da Renast. Propiciar a renovação dos atores nos espaços de discussões e de ações	Disponibilizar acesso a ferramentas digitais aos trabalhadores (as)
Se aproximar dos trabalhadores autônomos e informais. Engajamento e renovação do Controle Social	Desenvolver diretriz estadual para nortear as ações da PNSTT com participação coletiva e com Educação Permanente	A Vigilância deve ser construída em conjunto com os/as trabalhadores(as) é quem conhece o trabalho e o que adoce
Empoderar os/as trabalhadores (as) com informações sobre políticas, serviços e cuidados com a saúde, principalmente com a saúde mental	Cerest atuar em parcerias com os Sindicatos, CISTT e Visat nos espaços de trabalho	Promover seminários, oficinas, formações, Audiências Públicas
CISTT e Cerest precisam divulgar mais as ações e utilizar diversos meios de comunicação	Promover devolutivas constantes e de linguagem acessível para as bases sobre os temas debatidos	Articular ações intersetoriais e monitoramento das ações
Promover conferências, capacitações a profissionais e trabalhadores (as) sobre a STT	A PNSTT precisa ser incorporada ao Plano Municipal de Saúde e atuar de forma transversal as outras Políticas	Escuta qualificadas dos/as trabalhadores (as) com matriciamento na Rede
Levar informações corretas e utilizar as rádios comunitárias com linguagem acessível	Aumentar a participação do Controle Social no planejamento das ações do território	Ações de cuidado com os/as trabalhadores (as) - Cuidar de quem cuida!
Sindicatos mais atuante na STT, devem investir mais em pesquisas, informações, capacitações e treinamentos	Compreender a importância das ações da Visat e demais vigilâncias	Aumentar a participação dos/as trabalhadores/as nos CMS
Trazer os representantes do Controle Social para o Conselho Municipal de Saúde		Fortalecer o Controle Social e apoiar as ações da CISTT
		Provocar a sociedade em todos os espaços, a falta de conhecimento resulta no distanciamento da participação

Gráfico 8 - Tipos de ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora por Região do Brasil



Fonte: Formulários de respostas dos trabalhos de grupos - 2021

Gráfico 9 - Foco de ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador por Região do Brasil



Fonte: Formulários de respostas dos trabalhos de grupos - 2021

tadas anteriormente nas outras regiões, o foco da ação para promoção da saúde e redução de acidentes, doenças e mortes da população trabalhadora, enfatiza o foco das ações com os usuários 36%, em seguida o trabalho realizado pelas equipes de saúde com 20%, Visat 16% e CISTT com 8%, atenção básica 4% e classificados como outros, 8%.

A Região Nordeste destaca-se como foco das ações, junto às equipes de saúde com 39,3%, seguindo com ações junto aos usuários 32,1%, seguindo as ações da VISAT 12,5%, 7,1%, CISTT com 5,4%, e com menor ênfase na atenção básica com 3,6%, não apresentando outros focos de ação no território.

A Região Sudeste por sua vez, segue a tendência da maioria das regiões, e destaca o foco das ações junto aos usuários 26,9%, equipes de saúde e Visat com 19,2%, CISTT 15,4%, 11,5%, porém chama atenção no gráfico que não aparece ações junto à Atenção Básica, porém destacam-se como outros 7,7%.

Os dados analisados traduzem os principais focos das ações, para promoção da saúde e redução de acidentes, doenças e mortes da classe trabalhadora em cada uma das regiões do país. Percebe-se como principal foco, ações junto aos usuários, equipes de saúde e Vigilância em Saúde do Trabalhador. Evidencia-se também, a importância dos trabalhos realizados pelo e CISTT nos territórios, porém apresenta baixo índice de porcentagem de ações voltadas à atenção básica, espaço esse onde precisa ser fortalecido constantemente.

A terceira questão disparadora, buscou entender e provocar as ações que contribuem para a participação de trabalhadores e trabalhadoras na Visat.

Com a tabulação das respostas, encontramos dois níveis de entendimento:

1) *Quais ações que contribuem para a participação de trabalhadores e trabalhadoras nas ações da Visat, que se referem à Capacitação, Divulgação, Educação Permanente, Implementação, Participação, Intersetorialidade e Comunicação.*

2) *Que se referem à Falta de Capacitação, Falta de Divulgação, Falta Educação Permanente, Erro de Implementação, Falta Participação, Falta Intersetorialidade, Falta Comunicação.*

No gráfico 10, a análise dos dados com maior destaque de ações que contribuem para a participação dos Trabalhadores e das Trabalhadoras na Visat são:

Na Região Centro-Oeste, Capacitação 26%, Divulgação e Intersetorialidade 16% respectivamente. Na Região Nordeste, Participação 29% seguido de Capacitação 19%. Na Região Norte, Capacitação 43% e Participação com 29% das respostas. Na Região Sudeste, Capacitação 38%, Participação e Intersetorialidade com 23% cada. Na Região Sul, Capacitação 35% e Participação 23%.

Os dados analisados por regiões do país corroboram com os dados totais analisados no Brasil, em que destacam a Capacitação 26% e a Participação 25%, como os principais motivos que contribuem para o envolvimento dos trabalhadores e trabalhadoras nas ações da VISAT.

Na análise do gráfico 11, sobre as ações que dificultam a participação de Trabalhadores e Trabalhadoras nas Ações da Visat, os multiplicadores indicaram:

- *Falta de Participação, Falta de Capacitação e Erro de Implementação respectivamente 21%, na Região Centro-Oeste.*
- *Falta de Participação 32%, seguida da Falta de Educação Permanente 20%, na Região Nordeste.*

Representação nos espaços instituídos

Diálogo com a sociedade

Ampliar o diálogo entre o Controle Social e as Câmaras Municipais

Fortalecer o território para as discussões na área da STT

A presença da CISTT no território

Fortalecer e ampliar o papel do Controle Social, através de capacitações "O poder emana do povo"

Os sindicatos tem um papel fundamental na interlocução da Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora

Conferências de Saúde

Reuniões virtuais devido a Pandemia

Fortalecer a participação de todos nos movimentos sindicais e do Controle Social

Há bastante diálogo entre CISTT Municipal e o Cerest, mas os Conselheiros se sentem frustrados perante os desafios

Representação nos espaços instituídos

Falta de diálogo com a sociedade

Dificuldade de retomar a CISTT Estadual

Falta conhecimento da população da importância dos CMS, CISTT, PNSTT e Visat

A interlocução com a sociedade ainda é um desafio. Precisamos resgatar o que é o controle social, falta esse entendimento de qual é o seu papel nos conselhos

Desconhecimento da Legislação do SUS, PNSTT e Visat

Os espaços de resistência estão sendo desarticulados

Não há interlocução com a sociedade, porque infelizmente falamos para nós mesmos

Dificuldades de acesso dos/as trabalhadores/as às Políticas Públicas

Pouca participação do CMS na sociedade

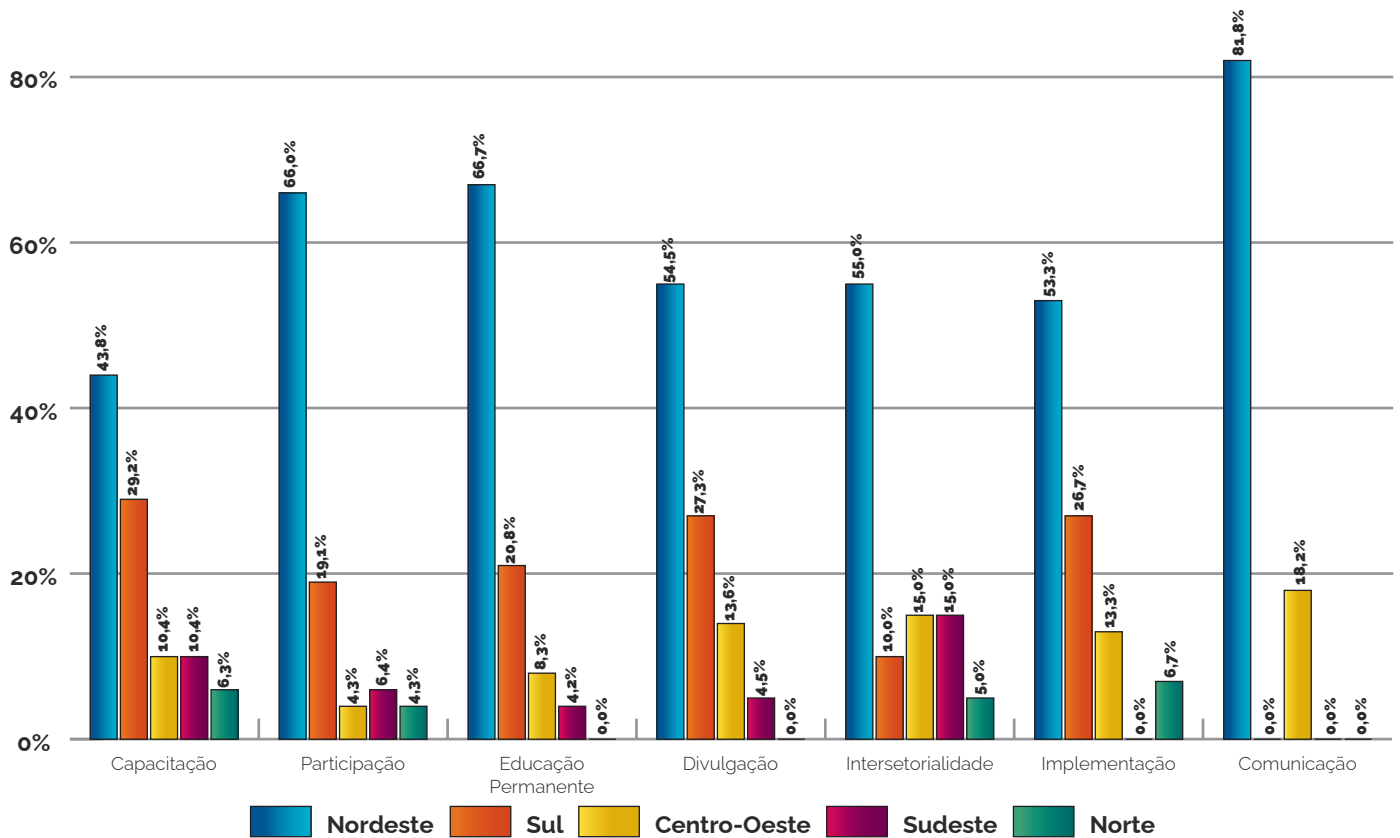
A pandemia contribuiu para esvaziar os espaços de debate, diminuindo a interlocução dos Conselhos com a sociedade

Falta tempo para o debate devido ao número de demandas que são apresentadas no CMS

Esvaziamento dos Conselhos devido a falta de conhecimento sobre o papel do Controle Social, legislação SUS, PNSTT e Visat

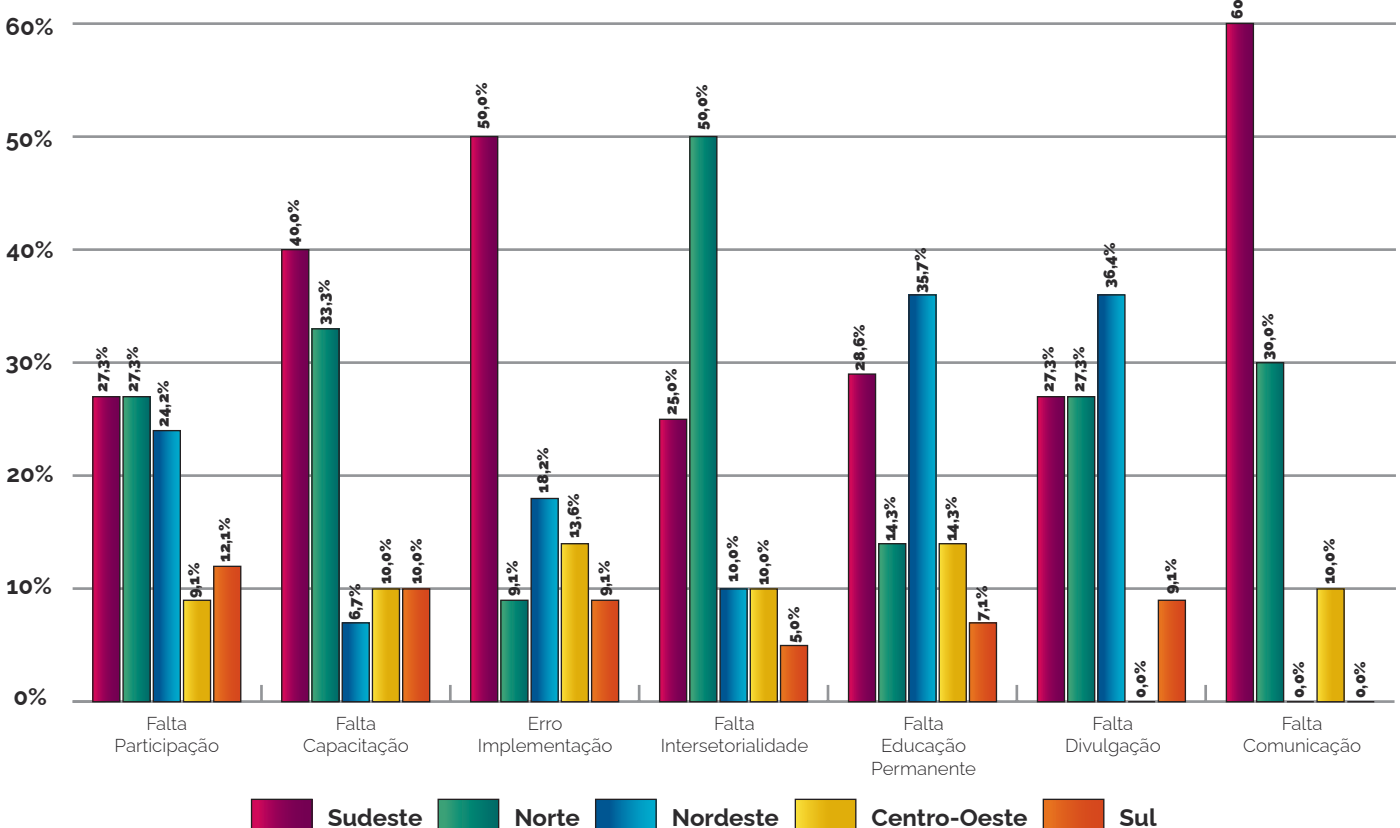
A Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora não é priorizada

Gráfico 10 - Ações que contribuem para a participação de Trabalhadores e Trabalhadoras nas Ações da Visat por Regiões



Fonte: Formulários de respostas dos trabalhos de grupos - 2021

Gráfico 11 - Ações que dificultam a participação de Trabalhadores e Trabalhadoras nas Ações da Visat por Regiões



Fonte: Formulários de respostas dos trabalhos de grupos - 2021

•*Falta de Capacitação e a Falta de Intersetorialidade representam 26% cada e Falta de Participação com 23%, na Região Norte.*

•*Falta de Capacitação 24% e Erro de Implementação 22%, na Região Sudeste.*

•*Falta de Participação 33% e a Falta de Capacitação 25%, na Região Sul.*

Os dados totais analisados no Brasil ressaltam que são respectivamente, a Falta de Participação 24%, a Falta de Capacitação 21% e o Erro de Implementação 16% que dificultam a participação dos Trabalhadores e Trabalhadoras nas ações da Visat.

O terceiro eixo temático intitulado "O Controle Social no SUS e na Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora", capítulo 3. Enfatizou o Art. 1º da Constituição Federal de 1988, que "Todo o poder emana do povo, que o exerce por meio de representantes eleitos ou diretamente".

Ressaltou que, as principais conquistas se deram por meio da luta social, resultando na criação do SUS como uma política pública universal, equânime e integral. Reforçou a necessidade de engajamento na defesa do SUS, pela classe trabalhadora e o despertar da juventude.

Abordou a importância das CISTT em cada território, como mecanismo da implementação da PNSTT e o fortalecimento das ações da Visat. Assim como, ser indutores das ações de promoção da saúde, visando desmistificar a atuação do SUS, para além dos atendimentos nos hospitais.

Enfatizou o papel do CEREST, como o principal componente da Renast, mas não limitando a atenção integral a Saúde dos Trabalhadores apenas em si, mas sendo necessário o atendimento dos demais componentes da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Para tanto, abordou a necessidade de apropriação dos instrumentos de gestão e plane-

jamento do SUS, para qualificar e atuar frente os espaços de controle social.

O eixo por sua vez, também atingiu os objetivos propostos através das respostas dos multiplicadores, trazendo até que ponto os espaços de participação social dialogam com a sociedade, os possíveis desinteresses da população na participação; o que fazer para ampliar a participação social e como as CISTT podem contribuir com a vigilância e a efetivação do direito à Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora.

A primeira questão disparadora do terceiro eixo, buscou entender e provocar a discussão sobre a interlocução entre os diversos espaços instituídos para atuação dos representantes do controle social.

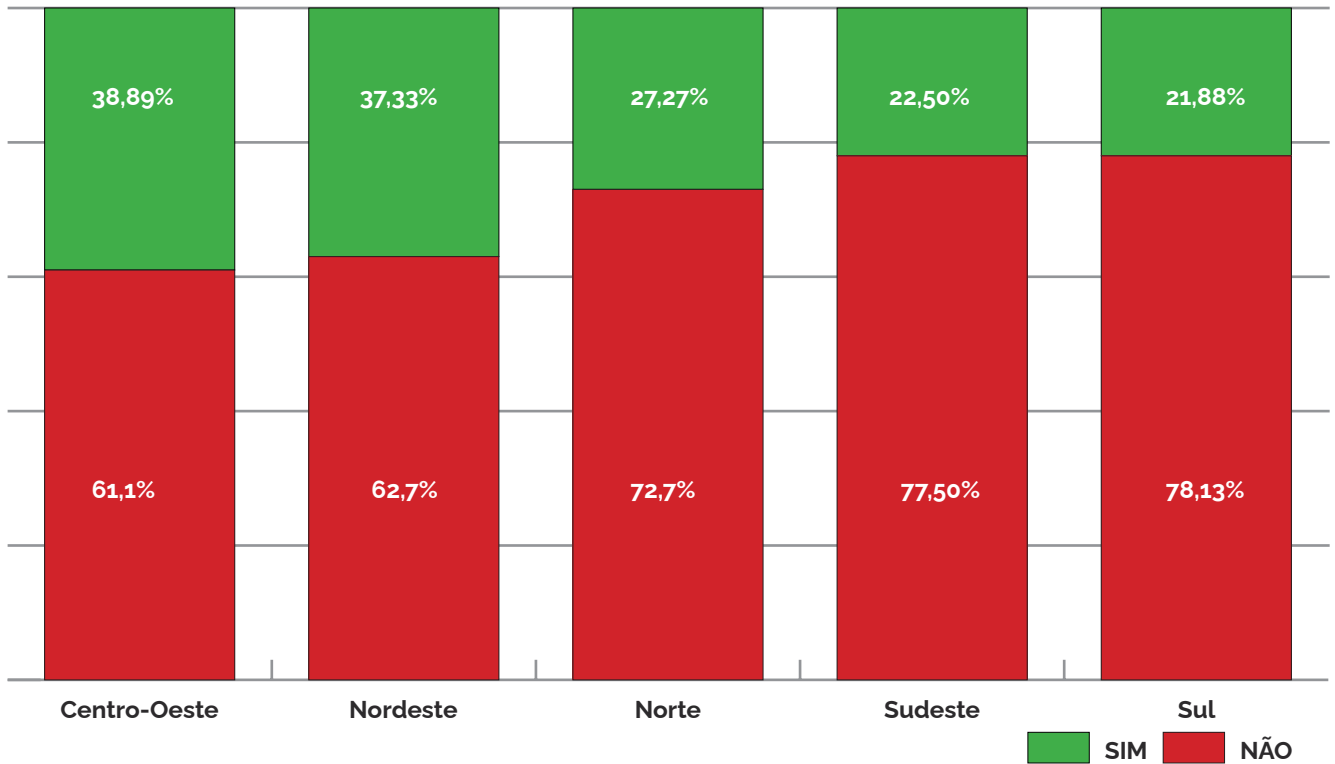
A análise, identificou 3 níveis de entendimento:

- 1) *A sociedade interlocutora com os espaços instituídos.*
- 2) *Quais fatores contribuíram ou impossibilitaram esta interlocução.*
- 3) *Fatores que dificultaram a interlocução entre a sociedade e os espaços instituídos.*

A análise do gráfico 12, aponta os níveis de interlocução da sociedade com os espaços instituídos; a Região de maior defasagem corresponde ao Sul com 78,1%, porém as demais Regiões não apresentam dados abaixo do 50%, o que nos remete a criar estratégias e iniciativas de aproximação para resolução dessa lacuna.

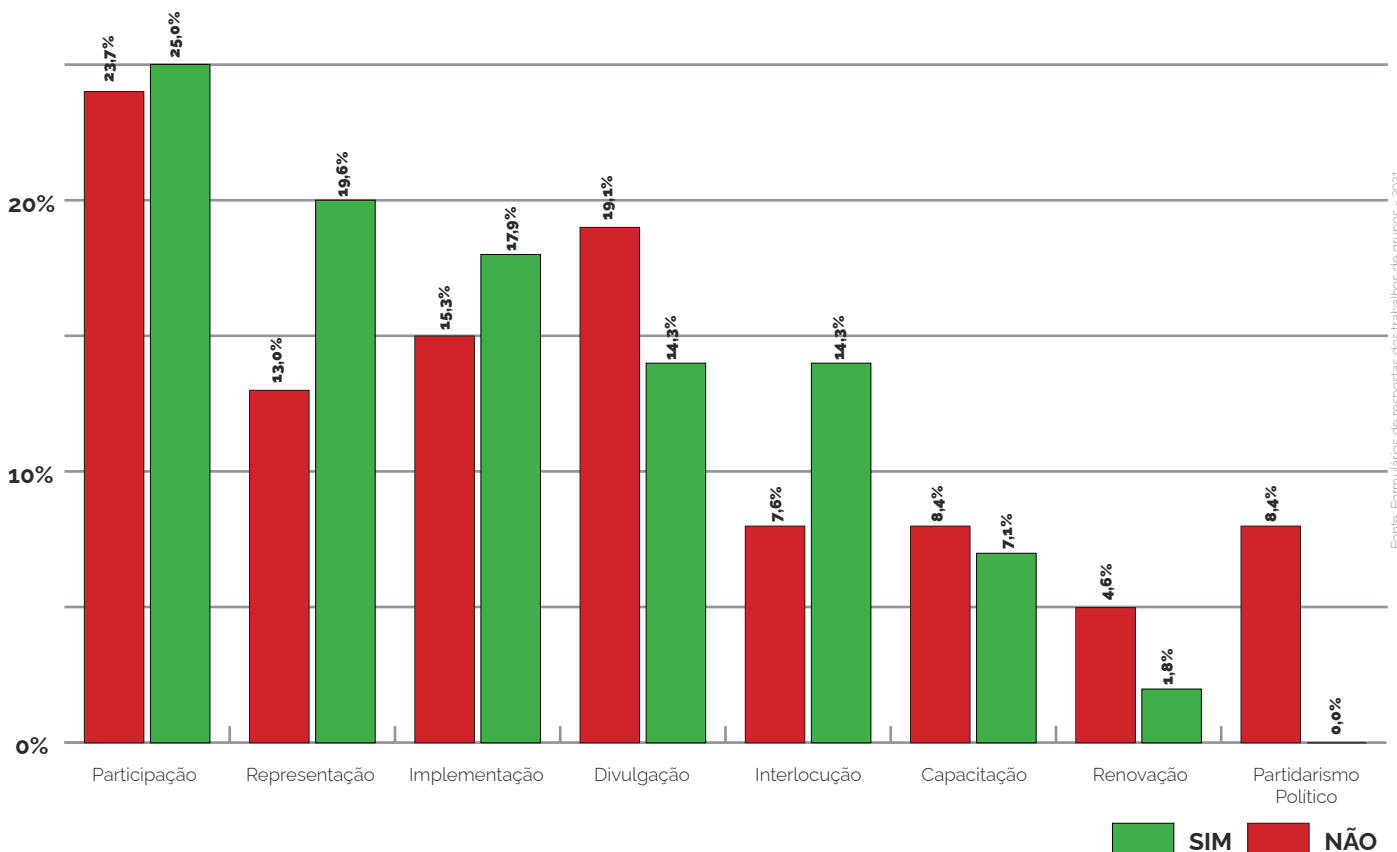
A análise do gráfico 13 sobre os fatores que contribuíram para a interlocução entre a sociedade e os espaços instituídos se dessem com efetividade e relevância foram: Participação com 25%, seguido de Representação 19,6%. Quanto aos fatores que dificultaram 23,66%, responderam Participação e 19,08% Divulgação.

Gráfico 12 - Entendimento, que a sociedade é de fato interlocutora com esses espaços instituídos, por Regiões



Fonte: Formulários de respostas dos trabalhos de grupos - 2021

Gráfico 13 - Fatores que contribuíram ou dificultaram a interlocução entre a sociedade e os espaços instituídos se dessem com efetividade e relevância



Fonte: Formulários de respostas dos trabalhos de grupos - 2021

É importante frisar que a participação, apareceu como um fator que tanto contribui como dificulta, a interlocução da sociedade com os espaços instituídos. Desta forma, o processo permanente de educação e formação, deve garantir a integração e a qualificação.

A segunda questão disparadora do Eixo 3, buscou entender e provocar quais os possíveis motivos para o decrescente interesse da população na participação social na saúde.

No gráfico 14, a análise dos dados aponta que os principais motivos para o decrescente interesse da população na participação social, na Região Centro-Oeste, são principalmente pela Falta de conhecimento 38%, seguido pela Falta de Participação 27%.

Na Região Nordeste, há predominância da Falta de Conhecimento 32% e da Falta de Participação e Divulgação, com percentual de 16% cada; na Região Norte, houve um grande destaque para a Falta de Participação 43% e para Falta de Conhecimento com 41% das respostas.

A Região Sudeste, aponta que a Falta de Participação 40% é um dos principais motivos para o decrescente interesse, seguido pela Falta de Conhecimento com 28% das análises; a Região Sul, observa que a Falta de Conhecimento 34% e a Falta de Participação 28%, também são os principais motivos.

Os resultados analisados por regiões do país vão de encontro, com os dados totais do Brasil, em que respectivamente, a Falta de Conhecimento 33% e a Falta de Participação 31%, são os principais motivos para o decrescente interesse na participação social.

A análise do gráfico 15, indica os principais seg-

mentos decrescentes pelo interesse da participação social. Na Região Norte, os Sindicatos correspondem a 50% dos responsáveis pela falta de interesse, seguindo da região Nordeste, o Controle Social com 35%. A Gestão da Política aparece com 13,3% na Região Nordeste, como decrescente interesse. Na Região Sul predomina, os Movimentos Sociais com 27,6%, Trabalhadores de Saúde com 17,2% e Escolas/Universidades com 6,9%.

O gráfico 16, demonstra quais são os possíveis motivos e/ou responsáveis por esse decrescente interesse da população na participação social e apontam que nos Sindicatos a Falta de Participação 43%, os Retrocessos 38% e a Falta de Conhecimento 28% são os principais motivos. Quanto ao Controle Social, observou-se que o Partidarismo Político, a Falta de Credibilidade, com 33% cada, a Falta de Conhecimento e a Falta de Divulgação com 29% cada, influenciam nesse decrescente interesse. Nos Movimentos Sociais, há destaque para a Falta de Tecnologias, com 38% das análises, seguidas pela Falta de Participação 25%. Na Gestão Pública, o Partidarismo Político 44% e a Falta de Credibilidade 39% são os principais motivos do decrescente interesse. Quanto aos Trabalhadores de Saúde, observam que os Retrocessos 24% e a Falta de Participação 8% são os principais fatores. Nas Escolas e Universidades a Falta de Divulgação 12% e a Falta de Conhecimento 8% sobre o tema são os principais motivos para o decrescente interesse.

A terceira questão disparadora do Eixo 3, buscou entender e provocar a discussão sobre o que fazer para ampliar e qualificar a participação e o controle social no SUS e na saúde do trabalhador e trabalhadora.

No gráfico 17, a análise dos dados apontam qual o tipo de ação (ampliação ou qualificação) foram mais citadas por região, na Região Nordeste houve predominância das respostas na ação de amplia-

Decrescente Interesse

Contexto de desemprego, de dificuldades afasta os trabalhadores do tema saúde	Fake news atrapalham o andamento das atividades
Desconhecimento por parte da gestão e da população sobre a CISTT e o Controle Social	Falta de comunicação e Promoção da Saúde, que não seja para promover gestor (a) e sim para esclarecer ao usuário toda estrutura do SUS
A não participação da população é por desconhecimento da CISTT, da descontinuidade de direitos e percas salariais	Falta de educação de base (nas escolas) e educação permanente
A Pandemia desmotivou a população em participar	Dificuldade em dedicar seu tempo, devido a precariedade no trabalho, focando em sua própria subsistência
Desconhecimento sobre a importância do Controle Social	Pouca divulgação dos Conselhos na sociedade
Falta suporte físico e tecnológico (computador, celular de boa qualidade e internet)	Falta a compreensão do SUS e seus pilares
Os profissionais de saúde sobrecarregados, o que dificulta a participação	Falta de compreensão do papel do Conselho Municipal de Saúde, CISTT e PNSTT
Desconhecimento por parte da sociedade sobre o SUS, Visat e sobre seus direitos	A dificuldade de participação por conta da não liberação do trabalho e ausência de recursos humanos
Ausência da participação dos Conselhos locais	Desconhecimento das legislação e da PNSTT
Dificuldade de deslocamento da população da área rural	A população está descrente, não vê resultados na prática e acaba não fortalecendo a luta dos/as trabalhadores (as)
Desconhecimento dos seus direitos; não conhece a história das lutas sociais, é preciso levar conhecimento a todos/as	Jornadas de trabalho exaustivas, sobrecarga de trabalho, falta tempo para participar das reuniões dos Conselhos e dos Sindicatos

Ampliar e qualificar a participação e o Controle Social no SUS e na STT

Ampliar a capacitação, utilizando diversas ferramentas de internet para divulgar o tema da STT

Participação e o Controle Social no SUS e na STT

Levar a comunidade para o Conselho para buscar as decisões no coletivo, de forma democrática

Precisamos nos reinventar, utilizar mais e melhor as redes sociais e fortalecer o debate sobre a participação social na Saúde, incluir a juventude nestes espaços

Sensibilizar a população sobre a importância e o papel do trabalho do controle social

Capacitação e formação dos Conselheiros, esclarecendo as ferramentas e instrumentos para participação social e o Controle Social

Capacitação sobre os instrumentos de gestão da saúde

Fortalecer a Educação Permanente de base sobre Visat, STT, CISTT e Controle Social

Importante o CMS mobilizar a participação, dos Conselheiros, da comunidade, para discussão do PMS

Fortalecer o Fórum Permanente de CISTTs

Garantir o caráter Intersetorial da CISTT, articular com o MPT, INSS, Cerest, Entidades sindicais, para compor e garantir essa diversidade na CISTT

Capacitar os atores sociais, pois o conhecimento é a base de tudo, sem conhecimento não se debate, não se cria e implanta projetos sobre a saúde no território

Fortalecer a Rede de Atenção Básica com enfoque na STT

Ampliar a divulgação, conscientizar e atrair a população para dentro do processo, reuniões do CMS, Conferências

Investir nos debates, Conferências, movimentos sociais, discussões com os trabalhadores

Processo de educação continuada (educação de base)

Incluir no Plano de Ação a capacitação dos membros da CISTT

Atuar na formação dos profissionais de saúde sobre controle social, na formação de Políticas Públicas como agentes de divulgação em defesa do SUS

Escolher fazer parte do CMS e trazer a comunidade para fazer parte, Conferências e espaços de debate

Ocupar os espaços dos Conselhos Locais, Associações de bairro, Escolas e Universidades

Levar as Políticas Públicas de qualidade para os trabalhadores em todo os locais, principalmente aos trabalhadores do campo

Ampliar a divulgação das reuniões dos Conselhos, das Conferências de Saúde através de TV web, rádio, redes sociais e plataformas para reuniões

Ampliar e fortalecer os conselhos locais para aumentar a diversidade de pessoas nos conselhos

Trabalhar junto aos sindicatos, movimentos sociais, nos bairros e nas escolas

Buscar conhecer o território, a realidade daquela comunidade e descentralizar as reuniões, levar para os bairros, para as comunidades do interior, buscar o povo

Articular parcerias entre o MPT, Universidades, Escola Nacional de Saúde Pública e Estaduais de Saúde Pública, Fiocruz, Cerest, Conselhos e CISTT

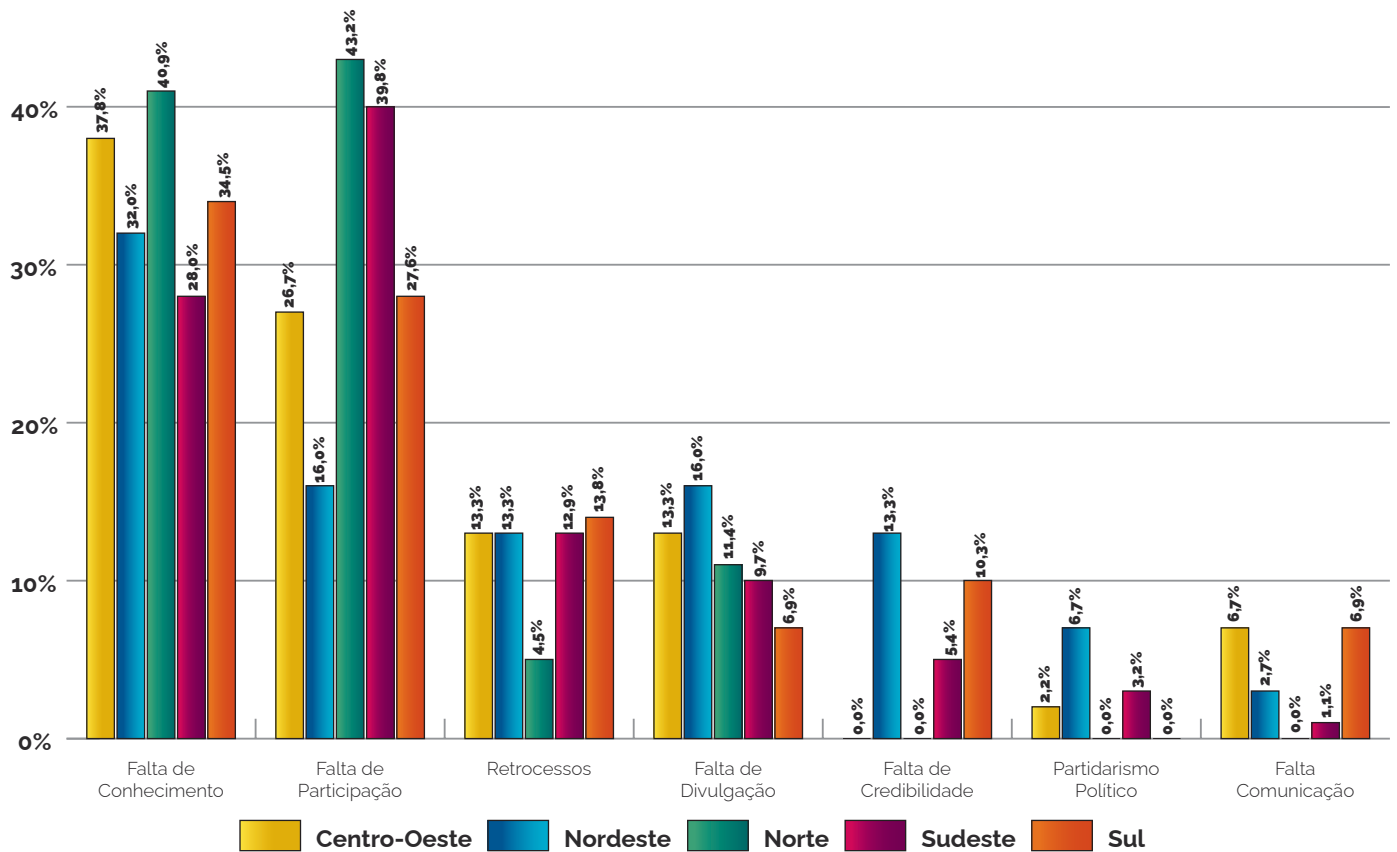
Conselheiros devem conhecer o ECA, a PNSTT e participar além das Conferências de Saúde

Divulgar as ações das CISTT's e dos Cerest's

Fortalecer e estimular a interlocução e a ampliação das redes de contato dentro dos Movimentos Sociais e Sindicatos

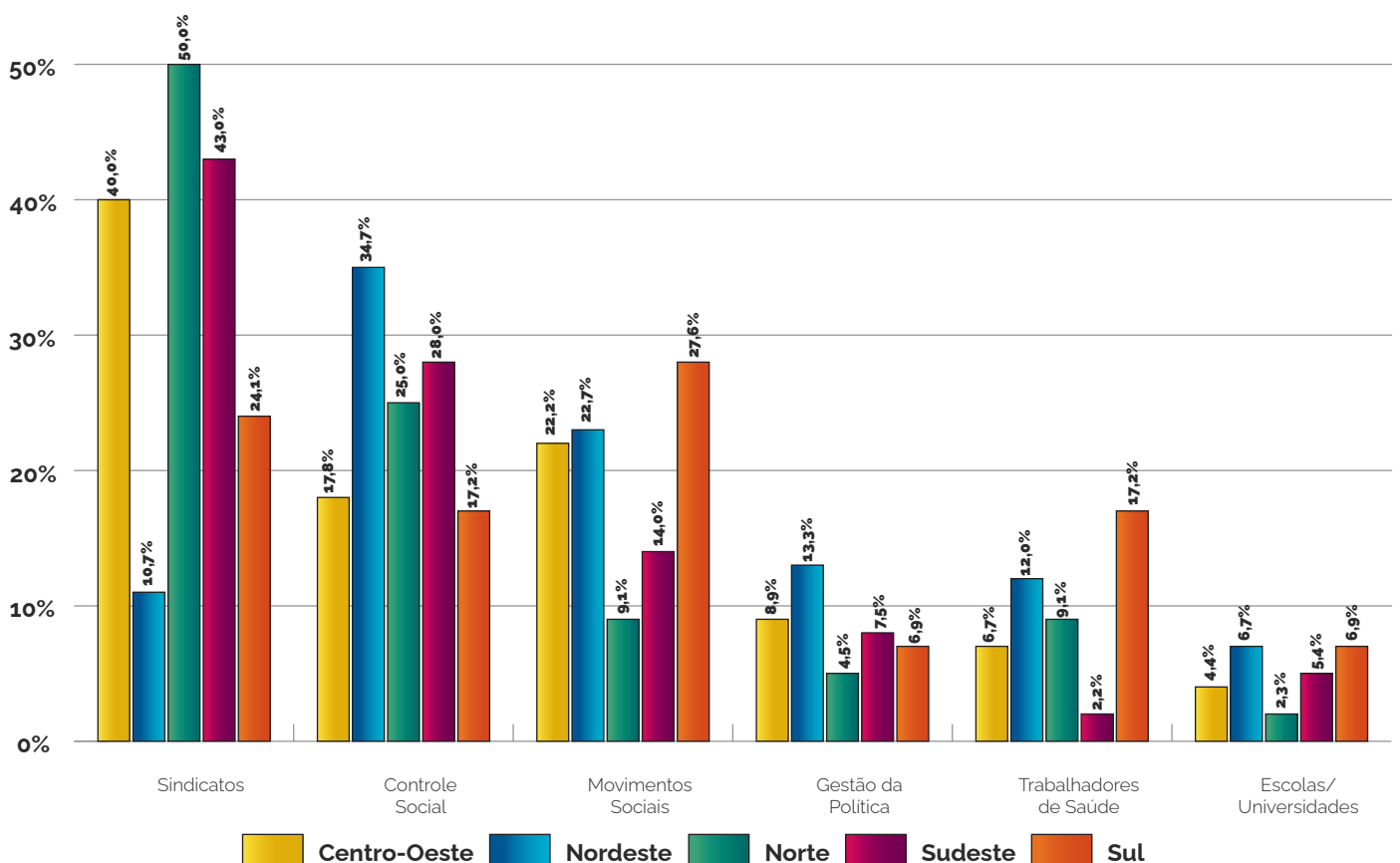
Realizar conferências participativas e mobilizações nas ruas

Gráfico 14 - Decrescente interesse da população por Região e Motivo



Fonte: Formulários de respostas dos trabalhos de grupos - 2021

Gráfico 15 - Decrescente interesse da população por Região e Segmentos



Fonte: Formulários de respostas dos trabalhos de grupos - 2021

ção com 62,3% já 37,7% optaram por qualificação, na Região Centro Oeste 57,9% escolheram ampliação e 42,1% qualificação, na Região Sudeste temos 52,4% das respostas na ação de ampliação e 47,6% em qualificação, na Região Norte prevaleceu qualificação com 56,0% já ampliação ficou com 44,0% na Região Sul, qualificação ficou com 59,% contra 40,6% de ampliação. Os dados analisados por regiões do país apontam que ampliação é a ação mais apontada como solução para aumentar em qualidade e quantidade a participação e o controle social no SUS e na Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora no País.

O gráfico 18, demonstra quais são as principais ações de ampliação por região a serem adotadas para ampliar a participação e o controle social no SUS e na saúde do trabalhador e trabalhadora, na Região Nordeste destacamos Divulgação com 45,5%, seguida por Diálogo para ampliação com 21,2%, temos também Sensibilização e Descentralização ambas com 12,1%, na Região Centro Oeste temos Divulgação com certo destaque com 45,5%, seguida por Sensibilização e Formar Parcerias com 18,2%, na Região Sudeste temos destaque para Divulgação com 45,5%, seguido por Sensibilização com 27,3% e Diálogo para ampliação com 18,2%, na Região Norte o Diálogo para ampliação teve destaque com 45,5%, seguida por Divulgação e Formar parcerias com 18,2%, na Região Sul Divulgação foi a mais apontada com 46,2%, seguida por Diálogo para ampliação com 38,5%. Os dados totais analisados no Brasil ressaltam que Divulgação com 42,2% e Diálogo para ampliação com 24,4% tem um destaque na opinião dos multiplicadores com relação a aumentar em quantidade a participação e o controle social no SUS e na Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora.

O gráfico 19, demonstra quais são as principais ações de qualificação por região a serem adotadas para qualificar a participação e o controle social

no SUS e na saúde do trabalhador e trabalhadora, na Região Nordeste destacamos Capacitação com 50,0%, seguida por Educação com 30,0%, na Região Centro Oeste temos um grande destaque para capacitação com 75,0% seguida por Educação e Conhecimento do território com 12,5%, na Região Sudeste temos Educação como a opção mais escolhida com 40,0% seguida por Capacitação com 35,0%, na Região Norte Educação foi bastante escolhida com 42,9% seguida por Capacitação e Conhecimento do Território com 28,6%, na Região Sul houve destaque e quase um empate com relação a capacitação com 38,8% e Educação com 31,6%. Os dados totais analisados no Brasil ressaltam que Capacitação com 42,0% e Educação com 33,3% tem um destaque na opinião dos multiplicadores.

A quarta questão disparadora do Eixo 3, buscou entender e provocar a discussão sobre as ações e o foco das ações, que contribuem para efetivação do Direito à Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora por Regiões do país.

No gráfico 20, a análise dos dados aponta as principais ações que contribuem para efetivação do direito à Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora por Regiões. Na Região Centro-Oeste, foi ressaltado Estimular a Educação com 26%, seguido por Aumentar a Articulação com 22%. Na Região Nordeste, a predominância é Aumentar a Articulação 25% e Promover a Participação 19%.

Na Região Norte, houve um grande destaque em Estimular a Educação 22%, seguido de Aumentar a Articulação, Planejar Ações e Integrar as Entidades com 17% das respostas respectivamente. A região Sudeste, aponta Estimular a Educação e Planejar Ações, com 23% cada das análises, seguindo de Promover a Participação 15%.

A Região Sul, se destaca em Aumentar a Articulação 29%, seguido de Aumentar a Divulgação com

Contribuições da CISTT com a Visat e a efetivação do direito a Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora

Capacitação

- Incentivar os jovens para participar do CMS.
- Buscar capacitações, para qualificar e ampliar os espaços de debate sobre PNSTT e Visat
- Promover oficinas com os trabalhadores (as) da ponta (rurais, ribeirinhos)☒
- Capacitar a Equipe multiprofissional nas ações em conjuntos de CISTT e Visat no território☒
- Ampliar o conhecimento sobre a legislação do SUS, PNSTT, Visat, CISTT, CMS e sobre a importância das Notificações e CAT☒
- Qualificar o entendimento sobre saúde preventiva e não somente sobre adoecimento, agravos e acidentes☒
- Conhecer os instrumentos de saúde do trabalhador/a, PNSTT, PPA, LDO, LOA e outros,
- Ampliar conhecimento da gestão no avanço de políticas públicas☒
- Provocar os territórios para a constituição de CISTTs☒

Educação Continuada

- Educação Popular, canais de comunicação junto aos Movimentos Sociais, devolutiva de informações aos territórios☒
- Ampliar as discussões sobre a STT para dentro dos Planos de Saúde☒
- Educação Permanente sobre a PNSTT nas escolas, Universidades☒
- Investir na Educação Popular em Saúde e formar grupos de estudos☒
- Ampliar o conhecimento sobre o papel do Controle Social e divulgar as Conferências de Saúde☒
- Fortalecer o papel da CISTT, nos processos de formação, na discussão dos PPAs☒
- Inserir no currículo acadêmico a temática do controle social☒
- Ampliar os canais de comunicação e explorar as tecnologias na divulgação das ações☒
- Promover a ampliação dos espaços de debate como os Fóruns de STT☒
- Fortalecer os espaços de controle social, através da participação popular nas reuniões dos Conselhos de Saúde☒
- Sensibilizar as bases, conhecer a realidade dos territórios☒
- Reforçar o papel da CISTT, junto aos CMS para provocar a atuação da Visat para efetivação do Direito à Saúde☒

Entidades

Resgatar os Sindicatos, Movimentos Sociais, trabalhadores (as) em suas diferentes ocupações, entidades, universidades, para participar da CISTT

Diagnóstico estratégico situacional participativo é imprescindível, para ouvir os/as trabalhadores (as)

Envolver os sindicatos, a sociedade civil, a câmara dos vereadores na temática STT

Provocar a realização da 5ª Conferência Nacional de STT e Conferências Regionais

Capacitar os sindicatos para se ter um avanço na informação quanto a STT, para os trabalhadores (a)

Conselhos Estaduais provocar os CMS para participar das ações de STT (impulsionar a criação de CISTTs)

Fortalecer o papel dos Conselhos Locais, associações de bairros, conhecer a realidade do território

Olhar para os trabalhadores/as que estão na informalidade

Articular as ações com os sindicatos

Ampliar o papel do Controle Social para outros espaços de debate, como Escolas, Universidades, Igrejas, espaços públicos e privados

Vigilância

As CISTTs precisam ser mais dinâmicas, com discussões estratégicas, de mobilização dos/as trabalhadores (as) e os Conselheiros (as) têm que ter mais compromisso com seu papel no Controle Social

A CISTT deve dialogar com os profissionais de Saúde, acompanhar e visitar os Cerest's

CISTT deve desenvolver ações nos territórios com o Cerest

A CISTT pode contribuir com os Sindicatos trazendo um diagnóstico saúde-doença dos/as trabalhadores (as) a nível de território e propor soluções conjuntas que fomentem as Políticas Públicas da Saúde integral dos/as trabalhadores (as)

A CISTT fortalece as ações do Cerest na vigilância em STT

Buscar conhecer e investigar o território, para conhecer as demandas dos/as trabalhadores (as)

Ampliar a divulgação sobre os trabalhos da Visat, pois contribui para a educação e prevenção de doenças nos territórios

Provocar a criação de um protocolo na APS para registro dos Acidentes e Agravos quando envolver a STT

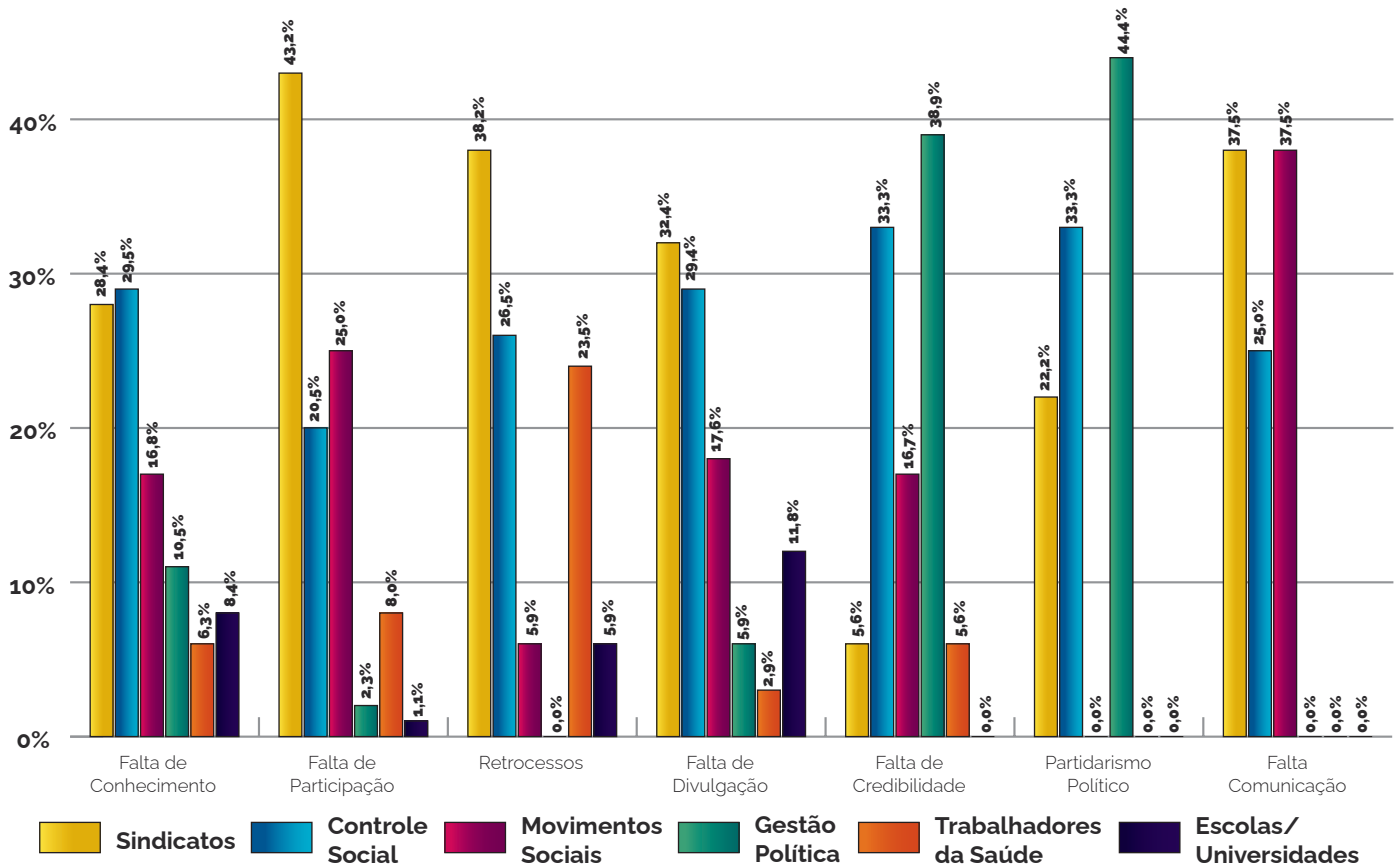
Diálogo, as pré-conferências, desmembramento nas periferias para escutar os/as usuários/as, os/as trabalhadores/as.

Sensibilizar a comunidade sobre o papel do controle social, PNSTT e Visat

Ampliar a visibilidade desta Comissão por meio das ferramentas de mídias sociais

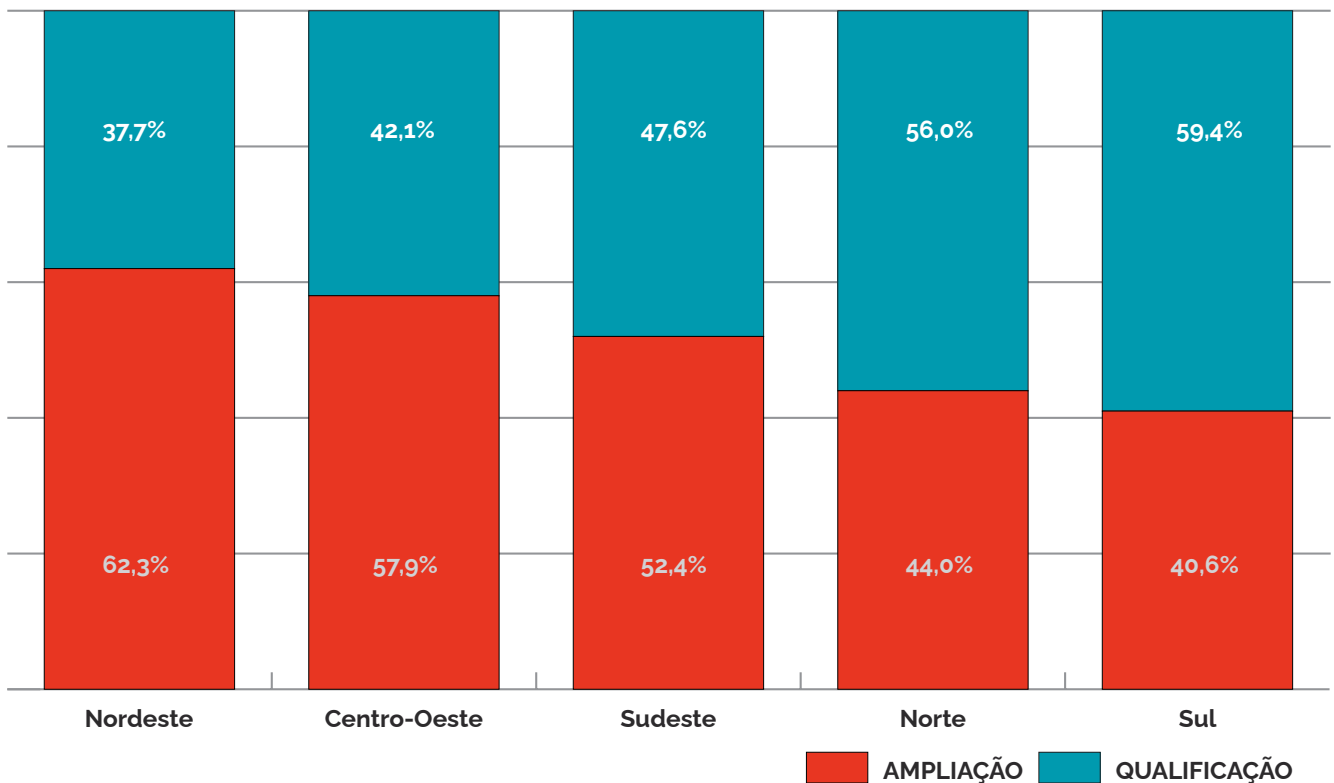
Acompanhar a prestação de contas junto ao CMS.

Gráfico 16 - Decrescente interesse da população por Responsável e Motivo



Fonte: Formulários de respostas dos trabalhos de grupos - 2021

Gráfico 17 - Tipo de ação para ampliar e qualificar a participação, por Região



Fonte: Formulários de respostas dos trabalhos de grupos - 2021

Gráfico 18 - Ações que possibilitam a ampliação da participação social, por Região

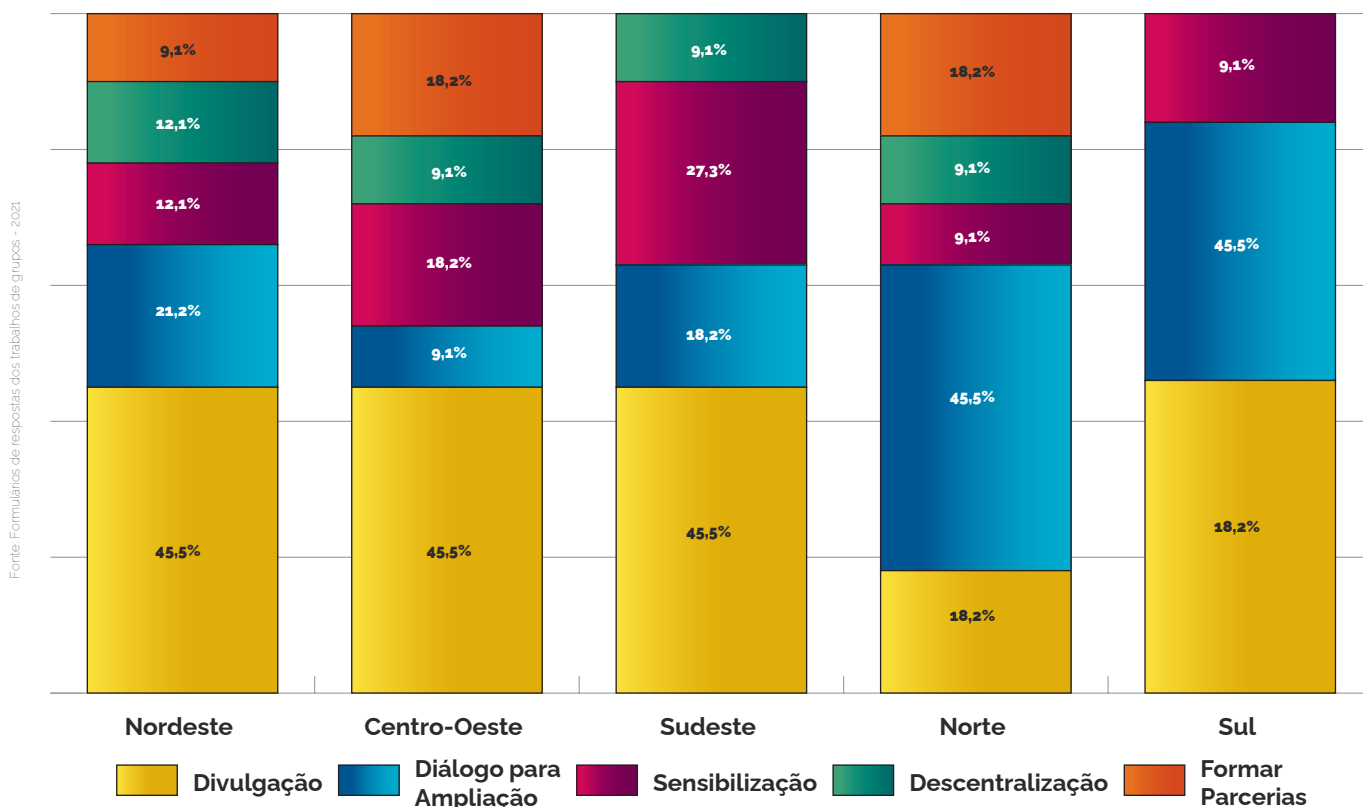


Gráfico 19 - Ações que buscam qualificar a participação social, por Região

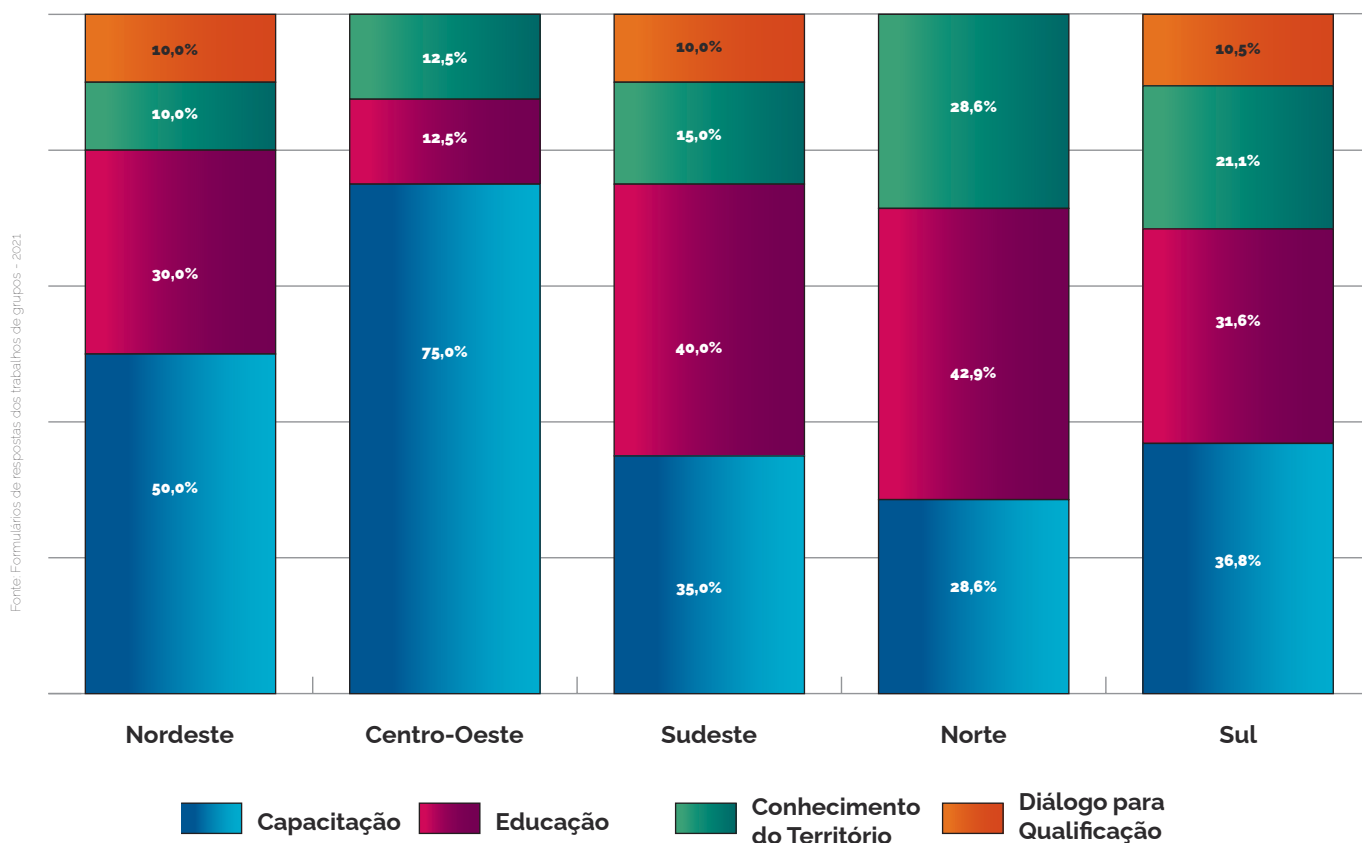


Gráfico 20 - Ações que contribuem para efetivação do direito à Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora por Regiões

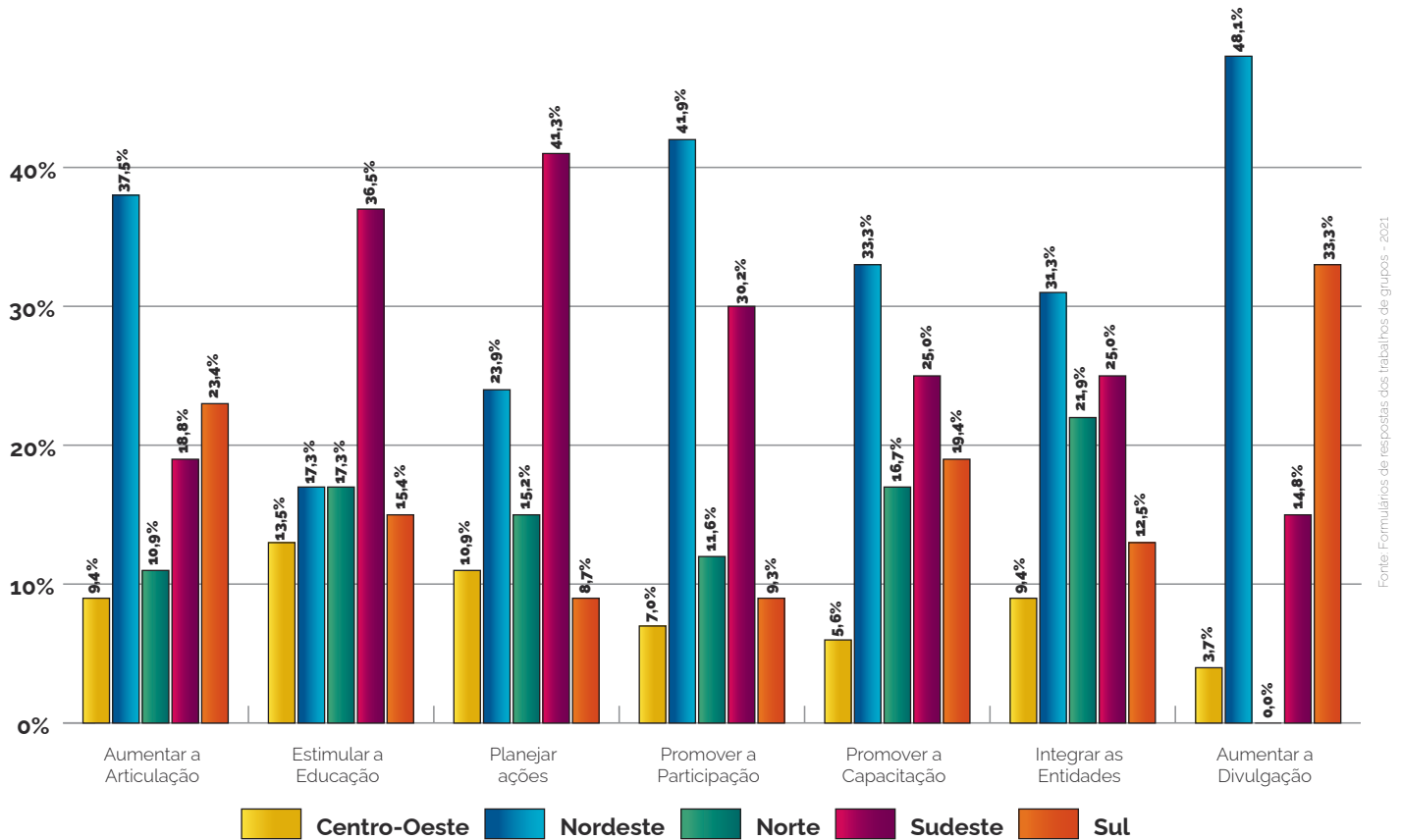
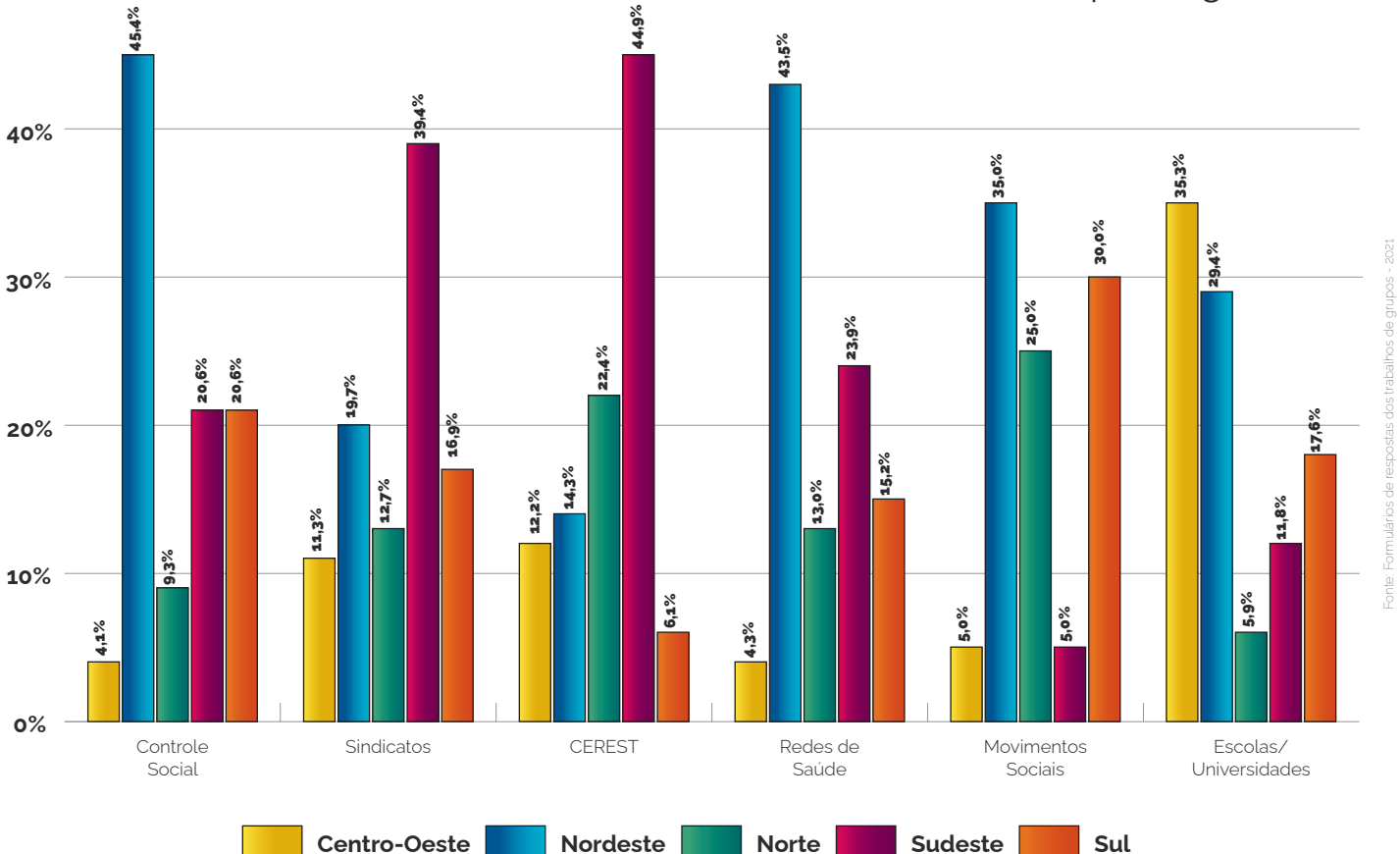


Gráfico 21 - Foco das Ações que contribuem para efetivação do direito à Saúde por Regiões



18% das respostas sobre as ações que contribuem para efetivação do Direito à Saúde do Trabalhador e Trabalhadora.

Os dados apresentados por regiões do país confirmam com os dados totais analisados no Brasil, em que destacam Aumentar a Articulação 21%. Estimular a Educação 17% e Planejar Ações 15% como fatores que favorecem as ações das CISTTs a contribuir com a Visat e a efetivação do direito à saúde de trabalhadores e trabalhadoras.

No gráfico 21, as análises indicam o principal foco das ações que contribuem para a efetivação do direito à Saúde. Na Região Centro-Oeste, destaca-se principalmente os Sindicatos com 30% das respostas, seguido de Escolas/Universidades com 22% cada. Na Região Nordeste, o Controle Social 45% e a Rede de Saúde 21%, foram os focos das ações mais apontadas.

Na Região Norte, 27% tiveram destaque e foram seguidos pelo Controle Social e Sindicatos com 22% das respostas cada um. Na Região Sudeste, os Sindicatos 33% e o 26% também foram os mais apontados; a Região Sul, mostrou que o Controle Social com 32% e os Sindicatos com 24% são os principais focos das ações que contribuem para efetivação do direito à Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora.

Os dados totais analisados no Brasil ressaltam que os principais focos das ações que contribuem para efetivação do direito à Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora são, respectivamente, o Controle Social 32%, o Sindicato 24% e 16% ratificando o que foi observado pelas Regiões do país.

Toda essa análise das regiões é o somatório dos dados de cada território que estarão disponíveis no site do DIESAT www.diesat.org.br/formacao/atores-multiplacadores/. Assim é possível consultar

as informações separadas por cada estado/distrito onde foram realizadas as Oficinas.

O QUE NOS FICA COMO DESAFIO?

Os resultados obtidos na etapa de 2021 possibilitou aos multiplicadores reflexões e análise situacional quanto ao entendimento sobre ambientes e processos de trabalho, facilitando a identificação das demandas e a troca de saberes para a elaboração de estratégias e o fortalecimento do SUS, do Controle Social e das ações voltadas à Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora nos territórios, de modo a respeitar as particularidades sobre cada realidade e a busca pelo envolvimento de novos atores sociais, ampliando os conhecimentos voltados a Vigilância Participativa em Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (VPSTT).

Todos os temas abordados durante os três dias de Oficina, contribuem para o fortalecimento das ações voltadas à Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora nos territórios, de modo a respeitar as particularidades de cada realidade local. Bem como, busca envolver novos atores sociais e ampliar seu conhecimento nas temáticas voltadas ao SUS, a PNSTT e a Visat.

Na análise do CNS/CISTT Nacional, do DIESAT, mas principalmente do Controle Social, a implementação desta formação alcançou todos os objetivos propostos. Entre eles dialogar e proceder na formação dos mais de 2.387 multiplicadores em 651 municípios em todo país, mesmo diante da pandemia do Covid-19. Estiveram presentes municípios de pequeno, médio e grande porte, com destaque ao município Santa Rosa de Lima no estado do Sergipe, com menor número de habitantes, com 2.151 pessoas, e o maior município, São Paulo/SP, com 12.396.372 habitantes.

Apesar dos desafios e dificuldades com relação ao



acesso às tecnologias digitais, internet entre outros problemas enfrentados, os multiplicadores dos territórios conseguiram participar e se comprometerem para ressignificar a atuação do Controle Social.

O perfil dos multiplicadores participantes das Oficinas de Formação, encontram-se vinculados aos Movimentos Sindicais, indicando 19,8% dos presentes, seguindo dos Movimentos Sociais 17,8% e os que participam em ambos os espaços com 13,6% e os que não participam de nenhum Movimento, correspondem a 24,6%. Quanto aos que não informaram, representaram 24,2%.

O número de multiplicadores segundo sexo, raça/etnia e escolaridade no Brasil, apontaram para maior participação do sexo feminino, representando 23,5% de brancas, seguindo de pardas com 19,7% e pretas 7,7%. O sexo masculino 9,6% eram brancos, 8,6% pardos e 3,9% pretos. Quanto a escolaridade, 0,4% até o ensino fundamental completo, 7,8% ensino médio completo ou incompleto, 27,4% superior completo ou incompleto e 40,2% pós-graduação completo e incompleto. Em relação aos não informados representaram 24,2%.

O número de multiplicadores segundo sexo e idade no Brasil, apresentam destaque para o sexo feminino na faixa de até 29 anos 5,1%, na faixa de 30 a 59 anos com 43,6% dos presentes e acima dos 60 anos 4,9%; do sexo masculino na faixa de até 29 anos 1,6%, na faixa de 30 a 59 anos 18,4% e acima de 60 anos 2,7% dos multiplicadores. E em relação aos não informados representaram 24,2%.

O perfil dos multiplicadores nos permite consolidar o entendimento de outrora ao que se remete o início da luta pela saúde pública no Brasil, tendo a participação majoritariamente de mulheres, mesmo diante de uma conjuntura com diferenças de interseccionalidades no mundo do trabalho, intrín-

seca na sociedade onde a mulher tem múltiplas tarefas (social, profissional e familiar), mas que ela assim não abre mão de lutar em defesa do SUS e da Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora.

A evolução da implementação de CISTTs no gráfico 22 reflete o quanto a formação ressignificou desde 2018. A mobilização dos atores sociais nos territórios é elemento fundamental para a continuidade desse processo, reforçando a importância da participação popular nos espaços democráticos e de representação junto a classe trabalhadora.

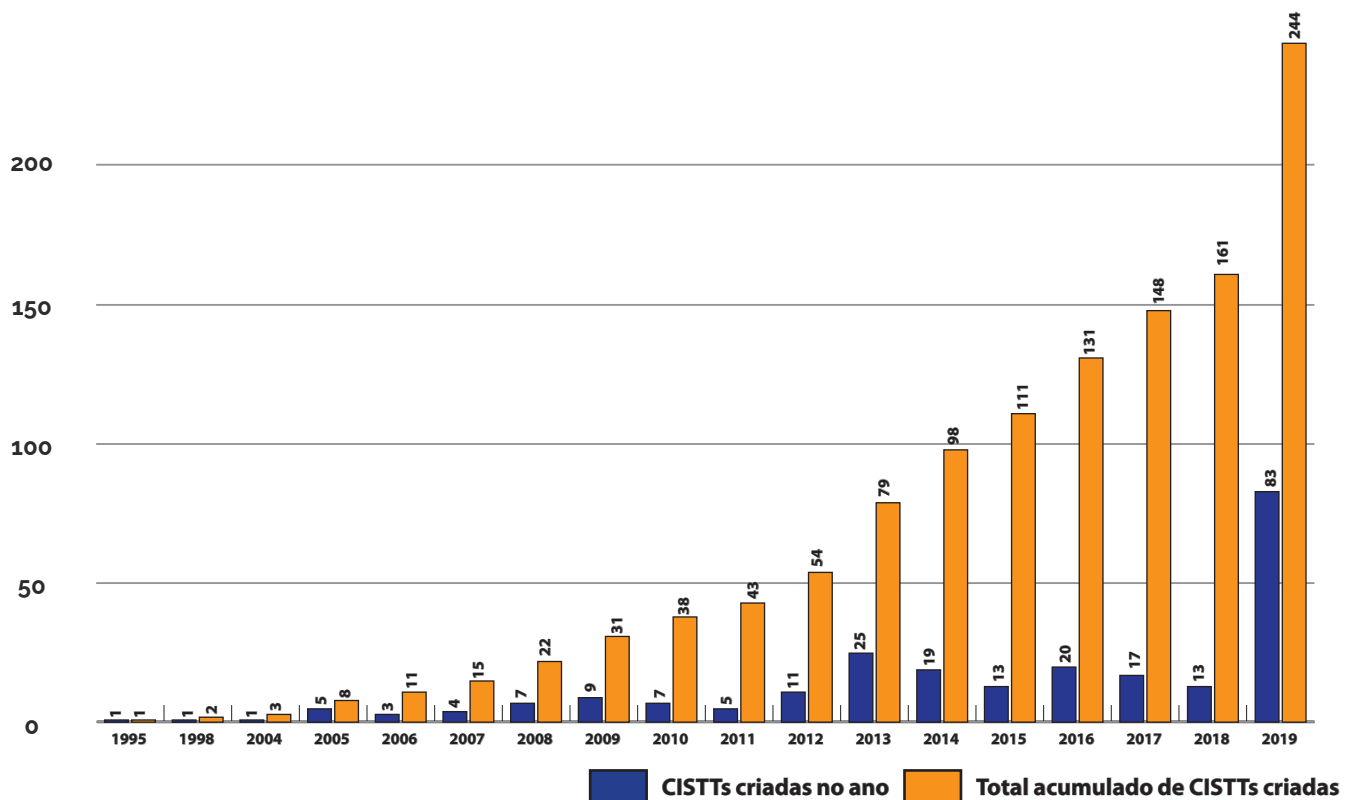
É notória a necessidade da continuidade desta Formação, para alcançar aqueles trabalhadores e trabalhadoras que ainda não conseguiram realizar o processo de formação, incluindo também a importância da atualização permanente em Políticas Públicas do nosso SUS.

Esse processo de formação nos proporcionou alcançar para além dos objetivos propostos, mas as pautas não se enceraram hoje, fica o desafio de envolver os atores que aqui não puderam estar, e o compromisso dos que estavam de compartilhar seus conhecimentos, fomentar o debate e somar estratégias na busca de implementar ações de atenção, cuidado e educação em saúde para os trabalhadores e trabalhadoras em seus territórios.

O momento diferenciado e ímpar durante o processo de aprendizagem foi a realização das oficinas de devolutivas por região do país, onde os multiplicadores puderam enxergar as demandas e especificidades dos seus territórios por meio dos resultados apresentados. Com isso, observaram os pontos principais que se apresentaram como desafios para a implementação das Políticas Públicas voltadas aos trabalhadores e trabalhadoras de cada localidade.

O Projeto foi vivenciado em tempos de grandes

Gráfico 22 - Evolução da Criação de novas CISTTs e do Total de CISTTs (municipais)



desafios, no contexto pandêmico, de forma virtual, no cenário de precarização e sobrecarga de trabalho. Com perdas de vidas, sonhos interrompidos e amores que infelizmente ficaram pelo caminho, resultando no adoecimento mental de trabalhadores e trabalhadoras.

Foi preciso nos reinventar, somar forças, ou melhor,

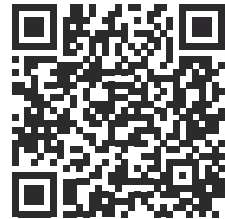
vozes, e como diz a canção de Gonzaguinha (1981) “Quando eu soltar a minha voz”, e foi assim, buscando unir vozes dos quatro cantos do Brasil, do Oiapoque ao Chuí, que tentamos ecoar um coro de esperança. Esperança do verbo esperar e não do verbo esperar, esperança de dias melhores, em que todos, todas e todes possam ter trabalho digno, além da subsistência.

“Esperança é se levantar, esperança é ir atrás, esperança é construir, esperança é não desistir! Esperança é levar adiante, esperança é juntar-se com outros para fazer de outro modo”

(FREIRE, 1992).

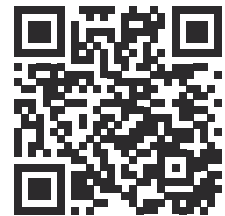
Material para Consulta

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



Lei 8.142/1990

Lei 8.080/1990



PNSTT - Política Nacional de Saúde
do Trabalhador e da Trabalhadora

PNSV - Política Nacional de Vigilância
em Saúde





O controle Social em Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora no Brasil: Práticas territoriais

1ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador



2ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador

3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador



4ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora

1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde



Referências

- 1 IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Desemprego. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/explica/desemprego.php>.
- 2 IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Diferença cai em sete anos, mas mulheres ainda ganham 20,5% menos que homens. Disponível em: <https://censo2021.ibge.gov.br/2012-agencia-de-noticias/noticias/23924-diferenca-cai-em-sete-anos-mas-mulheres-ainda-ganham-20-5-menos-que-homens.html>. Acessado em: 13/05/2021.
- 3 CNN Brasil. Mulheres ganham 77,7% do salário dos homens no Brasil, diz IBGE. Disponível em: <https://www.cnnbrasil.com.br/business/2021/03/04/mulheres-ganham-77-7-dos-salarios-dos-homens-no-brasil-diz-ibge>. Acessado em: 13/05/2021.
- 4 SEADE – Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados. Portal de Estatísticas do Estado de São Paulo. População Negra – desigualdades na inserção no mundo do trabalho. Disponível em: <https://www.seade.gov.br/mercado-trabalho/2019/11/estudo-especial-populacao-negra-desigualdades-na-insercao-no-mundo-do-trabalho/>. Acessado em: 14/05/2021.
- 5 Baqui P, Bica I, Marra V, Ercole A, van der Schar M. Ethnic and regional variations in hospital mortality from COVID-19 in Brazil: a cross-sectional observational study. *Lancet Glob Health*. 8(8):e1018–e1026. 2020.
- 6 Ribeiro H, Lima VM, Waldman EA. In the COVID-19 pandemic in Brazil, do brown lives matter? *Lancet Global Health*. 8(8):e976–e977. 2020.
- 7 CDC - Centers for Disease Control and Prevention. Risk for COVID-19 Infection, Hospitalization, and Death By Race/Ethnicity. Disponível em: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/covid-data/investigations-discovery/hospitalization-death-by-race-ethnicity.html>. Acessado em: 14/05/2021.
- 8 SANTOS, S.A. Política Nacional de Saúde para a Erradicação do Trabalho Infantil e Proteção ao Adolescente Trabalhador. BEPA;10(114):5-16, 2013.
- 9 BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego - MTE. O impacto do trabalho precoce na vida de crianças e adolescentes: aspectos da saúde física e mental, cultural e econômico. Brasília: Ministério do Trabalho e Emprego, 2002.
- 10 IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Investigações Experimentais: Pnad Continua. Trabalho de crianças e adolescentes de 5 a 17 anos de idade 2016-2019. 2020.
- 11 BRASIL, Decreto no 6.481, de 12 de junho de 2008. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2008/decreto/d6481.htm.
- 12 Carneiro FF, Rigotto RM, Augusto LGS, Friedrich K, Búrigo AC (Org.) Dossiê ABRASCO: um alerta sobre os impactos dos agrotóxicos na saúde: agrotóxicos, saúde, ambiente e sustentabilidade. São Paulo: Expressão Popular, 2015
- 13 BRASIL. Ministério da Saúde. Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde. Brasília: Ministério da Saúde do Brasil, 2001.
- 14 MPT – Ministério Público do Trabalho. Nota Pública: GT Nacional COVID-19. Revogação da Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho (LDRT). Disponível em: https://mpt.mp.br/pgt/noticias/portaria-ldr_final.pdf.
- 15 BRASIL. Ministério da Saúde e Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos. Consequências do Trabalho Infantil: Os acidentes registrados nos Sistemas de Informação em Saúde. Brasília/DF, 2020.
- 16 Lacaz, Francisco Antônio de Castro. Construção do campo saúde do trabalhador na área de saúde coletiva. Disponível em: http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt_107826829.pdf
- 17 DIESAT - Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde e dos Ambientes de Trabalho. História: A importância da existência e do fortalecimento da Saúde do Trabalhador. Disponível em: <https://diesat.org.br/diesat/historia/>. Acessado em: 15/05/2021.
- 18 BRASIL. Constituição Federal. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm
- 19 BRASIL. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm
- 20 BRASIL. LEI nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm
- 21 DIAS, EC; HOEFEL, MG. O desafio de implementar as ações de saúde do trabalhador no SUS: a estratégia da Renast. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 817-828, 2005.
- 22 BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.908, de 30 de outubro de 1998. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt3908_30_10_1998.html.
- 23 BRASIL. Ministério da Saúde. Doenças relacio-

nadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde. Brasília: Ministério da Saúde do Brasil, 2001.

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

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

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

27 BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1823, de 23 de agosto de 2012. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823_23_08_2012.html

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

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

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

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

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

33 DENEN – Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina. Coordenação de Políticas de Saúde 2015. Controle Social. Disponível em: <https://www.denem.org.br/wp-content/uploads/2017/01/Cartilha-Controle-Social-CPS.pdf>

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

35 BRASIL. Conselho Nacional de Saúde e Mi-

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

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

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

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

39 BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1823, de 23 de agosto de 2012. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823_23_08_2012.html

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

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

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

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

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

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

ISBN: 978-65-992606-2-9

BR



9 786599 260629

OPAS



Organização
Pan-Americana
da Saúde



Organização
Mundial da Saúde
ESPECIAL PARA AS
AMÉRICAS



Conselho Nacional
de Saúde



Diesat
Desde 1980



CGSAT

MINISTÉRIO DA
SAÚDE