Fotografia: Mariza Almeida

Saúde do Trabalhador no Brasil nos anos 1990 e 2000, do período da audácia ao desbrio

Workers Health in Brazil in the 1990s and 2000s, since the period of audacity to unmeet

Fatima Sueli Neto Ribeiro*, Luís Henrique da Costa Leão, Sandra Regina Alves Coutinho*****

Resumo- Saberes e práticas da área de Saúde do Trabalhador no Brasil são analisados considerando aspectos históricos, institucionais e políticos. O objeto central da investigação é a inserção da Saúde do Trabalhador na dinâmica pública e institucional do Estado brasileiro, em especial no âmbito do Sistema Único de Saúde no período de 1990 e 2000. A partir de uma abordagem foucaultiana, o texto aborda avanços e limites na área, à luz dos cenários políticos, sociais e econômicos, considerando como eixos de problematização: política de Saúde do Trabalhador, controle social, criação e implementação da Rede Nacional de Saúde do Trabalhador, o financiamento, produção de suporte teórico entre outros. Destacam-se desafios ainda por superar pela área até cumprir sua missão de conduzir políticas econômicas e sociais que promovam a vida plena e saudável da população.
Palavras chave: política de saúde; controle social; Saúde do Trabalhador; Sistema Único de Saúde.

Abstract- Knowledge and practices in Workers' Health field in Brazil are analyzed considering historical, institutional and political aspects. The central object of research is the inclusion of Workers' Health in public and institutional dynamic of the Brazilian state, especially within the Unified Health System of the 1990s until 2013. From a foucauldian approach, the text reviews the main achievements in the area, in light of political, social and economic scenarios, considering these problematic axes: Workers' Health policy, social control, creation and implementation the National Network of Workers' Health, funding, production of theoretical support among other. Also important are challenges still to overcome the area to fulfill its mission to drive economic and social policies that promote full and healthy life for the population.
Keywords: health policy; social control; Workers' Health; Health System.

*Doutora em Epidemiologia pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP), professora e pesquisadora do Instituto de Nutrição da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). *Correspondência*: Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Nutrição/ Grupo de Ensino e Pesquisa em Epidemiologia da Câncer - Rua São Francisco Xavier 524 sala 1207, Bloco D - Maracanã - RJ – CEP: 20550-090. E-mail: <fatsue@uerj.br>

** Doutorando em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ), professor e pesquisador do Núcleo de Estudos Ambientais e Saúde do Trabalhador (NEAST) do Instituto de Saúde Coletiva da UFMT. *Correspondência*: Universidade Federal de Mato Grosso - Instituto de Saúde Coletiva - Av. Fernando Corrêa da Costa, nº 2367 - Bairro Boa Esperança - Cuiabá 3013 - MT - CEP: 78060-900. E-mail: <luisleao@ufmt.br>.

*** Mestre em Nutrição Humana, pela Faculdade de Saúde Pública da USP e pesquisadora do Grupo de Estudo e Ensino em Epidemiologia do Câncer (GEPEC). *Correspondência*: Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Nutrição / Grupo de Ensino e Pesquisa em Epidemiologia do Câncer. Rua São Francisco Xavier 524 sala 1207, Bloco D - Maracanã - RJ – CEP: 20550-090. E-mail: <sandra.coutinho66@hotmail.com>.

Introdução

Este artigo desenvolve uma análise crítica da institucionalização de saberes e práticas em Saúde do Trabalhador no Brasil, considerando aspectos históricos, institucionais e políticos. O objeto central da investigação é a inserção da área de Saúde do Trabalhador na dinâmica pública e institucional do Estado brasileiro, em especial no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

A problematização aqui empreendida sobre a emergência desse campo de conhecimentos e práticas, com destaque sobre seus elementos teóricos centrais e suas propostas político-institucionais, considera todo um acúmulo dos últimos 25 anos no Brasil.

Nessa análise, a ênfase recai na Saúde do Trabalhador enquanto área do Sistema Único de Saúde, ressaltando fragmentos históricos, políticos e institucionais compreendendo o período de 1990 a 2013. Nessa trajetória, são constantes os embates para seu reconhecimento público, marcantes as controvérsias relativas à sua incorporação como política pública e bem presentes os dilemas na esfera de sua institucionalidade. A intenção, neste texto, é trazer ao debate os paradoxos ao lado dos pontos críticos desse percurso.

Foi adotada uma orientação foucaultiana, no sentido de discutir fragmentos históricos, sem pretender descrever a história da ideia ou do conceito de Saúde do Trabalhador, nem delinear sua trajetória nesse período, a partir de uma visão linear da história. Conforme a arqueologia do saber e a genealogia do poder foucaultianas (FOUCAULT, 1979; MACHADO, 1988), não se trata aqui de buscar uma origem, um movimento fundador, originário e essencial da Saúde do Trabalhador no Brasil.

Foi organizada uma série de documentos públicos, relatos de pesquisas acadêmicas e institucionais, literatura da área, vivências profissionais e contatos com personalidades históricas para o campo, a fim de deixar emergir alguns fragmentos históricos das duas últimas décadas. A intenção dessa análise é contribuir para a composição do mosaico da rica história dos saberes e práticas em Saúde do Trabalhador no Brasil.

Aspectos centrais do "campo" da Saúde do Trabalhador

O "campo" da Saúde do Trabalhador se constituiu como um conjunto de conhecimentos e práticas interdisciplinares, multiprofissionais e interinstitucionais, no momento da redemocratização do Brasil, período das décadas 1970/1980. Inseriu-se no espaço da Saúde Coletiva, no sentido de construir um novo modo de olhar a relação saúde-trabalho e implementar novas práticas, distinguindo-os das hegemônicas áreas da Medicina do Trabalho e Saúde Ocupacional. Um fator fundamental para esse paradigma é o entendimento do trabalhador como sujeito coletivo ativo nos processos.

A Constituição Federal brasileira, de 1988, propiciou a legitimação do tema (e do paradigma) da Saúde do Trabalhador. Esse marco repercutiu como tema de consenso, agregando atores diferenciados, como as centrais sindicais de linha ideológica distintas, técnicos de diversos serviços públicos, pesquisadores e universidades públicas e privadas.

A área conseguiu avanços consideráveis em três dimensões: teórica (avanços conceituais e metodológicos), legal (possui um corpo de legislações de referência) e político-institucional – financiamento próprio, criação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST), entre outros –, gerando um complexo e heterogêneo processo histórico em que diferentes lugares expressam dinâmicas institucionais muito distintas.

Nesse sentido, algumas experiências, acontecimentos e práticas são tomados como exemplos paradigmáticos que influenciaram, por exemplo, o modelo de vigilância no país.

Apesar de todo patrimônio conquistado nos campos acadêmicos, no movimento social e nas esferas executivas do Estado, principalmente no setor Saúde, permanecem incompreensões entre os diversos atores sociais e instituições, com sobreposição de ideias e de práticas com a Medicina do Trabalho e a Engenharia de Segurança, o que indica a falta de clareza sobre a especificidade do campo coloca em questão o avanço histórico na institucionalização desse conjunto de conhecimentos e atuações em saúde.

Uma análise histórica das políticas e práticas em Saúde do Trabalhador, na perspectiva de sua institucionalização, permite visualizar problemas crônicos e conquistas fundamentais. É nessa direção que foi problematizado, neste artigo, alguns avanços e limites em determinados contextos, à luz dos cenários políticos, sociais e econômicos entre 1990 e 2013.

Os cenários

O contexto da década de 1990 foi desafiador para a inserção e implementação de uma nova lógica no campo da Saúde no Brasil, rompendo com o modelo hospitalocêntrico, centralizado, verticalizado e excludente vigente nas décadas anteriores. Nesta década ficou evidente o aumento da esperança de vida brasileira em relação aos anos anteriores, o menor número de filhos e o aumento de óbito por doenças crônicas, como acidente vascular e câncer em detrimento das doenças infecciosas dos anos 1970. (BARROS; PIOLA; VIANNA, 1996).

O cenário de um mercado de trabalho sem o problema do desemprego, nas proporções em que era vislumbrado no final da década de 1980, foi modificado e a baixa evolução da ocupação, nos anos 1990, é, em grande medida, revertida a partir de 1999. A precarização da estrutura ocupacional sofreu forte reversão a partir de 1999. Após este período a ampliação das oportunidades de trabalho e a retração do crescimento da

população economicamente ativa interromperam a trajetória de elevação do desemprego que marcou a década de 1990 (SCHNEIDER, RODARTE, 2006). Todavia, a redução na "qualidade" dos postos de trabalho suscita estudos que contextualizam o desemprego com a qualidade das ocupações fortemente impactadas pela precarização do trabalho. Durante a primeira metade da década de 2000, a taxa de desemprego ainda permanecia elevada e sob a aceleração da economia em 2005, o desemprego volta a diminuir e, em 2009, como consequência da crise financeira internacional, a taxa se eleva. Em 2011, foi revertida a trajetória e a taxa declinou para 6,0%. (GUIMARÃES, 2012).

O acidente de trabalho, segundo a Previdência Social, nos anos 1980 apresentou uma taxa média de 5.389 por 100 mil, nos anos 1990 foi de 1.999 e nos anos 2000 foi de 1.525 por 100 mil trabalhadores. No mesmo período, a taxa de letalidade média foi de 42 por 10 mil nos anos 1980; 85 por 10 mil nos anos 1990 e de 59 por 10 mil nos anos 2000 (BRASIL, 2012).

O gasto do Brasil em Saúde, seguindo orientações do modelo neoliberal, é reduzido de 80,30 dólares por habitante/ano em 1987 para 57,90 em 1994 (ELIAS, 2001). E se expressa nos gastos federais com Saúde que reduzem 58,4% entre 1987 e 1992. Uma inversão, com aumento dos gastos, foi observada entre 1993 e 1995 e uma forte queda entre 1995 e 1996 (DATASUS). Os gastos federais com Saúde de 1,8% do PIB, observado em 1995, só retornam a este patamar no ano de 2008.

Os Programas de Saúde do Trabalhador

A origem dos Programas de Saúde do Trabalhador no SUS é identificada por Lacaz (1997) no documento da Organização Panamericana de Saúde, "*Programa de Acción en la Salud de los Trabajadores*" (1983), e encontra na Convenção nº 161 e na Recomendação nº 171 da Organização Internacional do Trabalho, de 1985, as diretrizes para a implantação de programas de saúde na rede pública com ampla participação dos trabalhadores, atuação em equipes multiprofissionais e implementação a partir de políticas públicas.

A eleição para governadores de 1983, delineou a possibilidade para a Saúde Pública assumir papel ativo na condução de um movimento político-ideológico que ficaria conhecido como os "Programas de Saúde dos Trabalhadores" (PST), com experiências baseadas na Reforma Sanitária Italiana, desenvolvidos particularmente nos estados de São Paulo, Minas Gerais, Rio de Janeiro, Bahia e Rio Grande do Sul.

Em 1988, o resultado das eleições para os governos municipais possibilitou que diversas cidades no sudeste do Brasil criassem os Centros de Referência em Saúde dos Trabalhadores (CEREST) – sob uma confor-

mação distinta da RENAST atual - aprofundando a participação sindical, a articulação interinstitucional e o funcionamento de conselhos gestores (LACAZ, 1997). No estado do Rio de Janeiro emerge sob a denominação de Coordenação de Saúde do Trabalhador e Meio Ambiente (RIO DE JANEIRO, 1988).

Os PST em São Paulo emergem em resposta à insuficiência das intervenções estatais, ao ressurgimento do movimento sindical no ABC paulista (final dos anos 1970), ao arrocho salarial do período militar, ao agravamento das condições de saúde em geral e dos trabalhadores em particular e se coaduna com o debate da Reforma Sanitária (MEDEIROS et al, 2013). A peculiaridade destes PST reside no fato de terem sido gerados por demanda dos próprios trabalhadores em convergência com os pleitos da mobilização sindical e como móvel de sustentação política, antecedendo o controle social proposto pelo SUS em 1990, e mudando a antiga Comissão Sindical para Conselho Gestor (MEDEIROS et al, 2013). Este modelo de PST recebe reforço da assessoria técnica do Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde e dos Ambientes de Trabalho (DIESAT) (LACAZ,1996) e as unidades municipais ou estadual se constituem com seus respectivos Conselhos Gestores.

O Projeto de Cooperação Técnica Brasil-Itália, desenvolvido entre 1993 e 2000, norteou a capacitação de muitos técnicos em São Paulo e na Bahia, especialmente no campo da higiene e toxicologia, criou um Centro de Documentação, proveu equipamentos, assegurou o protagonismo dos trabalhadores e iniciou a proposta de ação em rede de serviços (COMISSÃO ORGANIZADORA DO SEMINÁRIO INTERNACIONAL BRASIL-ITÁLIA, 1998; MAENO; CARMO, 2005). Ainda que a abrangência do projeto fosse circunscrita aos PST de São Paulo, a qualidade da capacitação e a articulação entre os estados propiciaram que outros programas se alimentassem desta experiência para aprimorar as próprias práticas.

Na contramão do modelo brasileiro do SUS, entre 1993 e 2000, o município de São Paulo implantou o Plano de Assistência à Saúde da Prefeitura de São Paulo (PAS). Elaborado com base nas teorias neoliberais (CRAVEIRO, 1998), impactou a rede municipal de saúde (KEINERT, 1997) com experiências privatizantes e transferência da gestão pública para a iniciativa privada, sob a forma enganadora de cooperativas de trabalho. Justamente, pelo modelo articulado com os sindicatos dos trabalhadores, foi possível que os Cerest configurassem um nicho de resistência ao modelo anti-SUS (PLENÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR/SP, 2003).

Alguns resultados da efervescência social dos anos 1990 configuraram importante contribuição para a legislação da área e continuam atuais. Assim se deu com a Instrução Normativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador (Portaria/MS n. 3.120, de 01/07/98) e a Norma Operacional de Saúde do Trabalhador (Portaria/ MS nº 3.908, de 30/10/98). (BRASIL, 1998a/b).

A implementação da Saúde do Trabalhador no SUS enfrentou diversas dificuldades, tais como: falta de condições de trabalho para as equipes, ausência de pessoal qualificado com vínculos estáveis para o exercício das funções, entre outras. Muitas instâncias de Saúde do Trabalhador se viam sufocadas por impedimentos políticos para a efetivação de suas ações, devido à sua não priorização na agenda da gestão, e o "uso" do campo da saúde em função de interesses particulares (LEÃO; CASTRO, 2013).

Política Nacional de Saúde do Trabalhador

A Política de Saúde do Trabalhador vigente na década de 1990 é analisada por Oliveira e Vasconcellos (1992) que ressaltam as dificuldades com as informações dos agravos, subnotificados pela Previdência Social e pelo SUS e ignorados pelo Ministério do Trabalho; a fragmentação das responsabilidades institucionais entre os três ministérios (Saúde, Trabalho e Previdência) com ações complementares, mas sob paradigmas distintos.

Vasconcellos e Silva (2004) consideram o ano de 1990 um divisor de águas entre as práticas voluntaristas e periféricas ao sistema de saúde e a necessidade de respostas aos princípios legais norteadores nele previstos, de modo legítimo e não "clandestino". Nesse período, a marca se dá na audácia de tornar realidade as conquistas legais.

O primeiro documento para a Política Nacional de Saúde do Trabalhador foi elaborado entre 1999 e 2000 sob a iniciativa do Ministério da Saúde em conjunto com um grupo de trabalho interinstitucional. No início de 2002, a proposta foi discutida em seminário público na Câmara de Deputados, mas não foi encaminhada para publicação (NOBRE, 2011).

A Saúde do Trabalhador, como esfera da saúde pública, em sua missão constitucional deve "garantir a saúde por meio de políticas econômicas e sociais que reduzam o risco de doenças". Contudo, a dimensão macroeconômica e as políticas de incentivo à produção e desenvolvimento econômico no Brasil nunca foram privilegiadas nesta direção e, conforme assinala Porto (2013, p. 183) "uma política integral e intersetorial de saúde do trabalhador está longe de ser uma prioridade do modelo" de desenvolvimento adotado no Brasil.

Nesse sentido, uma possibilidade para o campo pode estar na publicação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, Portaria/MS nº 1.823, de 01/07/12, cuja tônica está na Vigilância (BRASIL, 2012). No ano anterior foi publicada a Política Nacional de Saúde e Segurança do Trabalho, através pelo decreto PR nº 7.602 de 7/11/11, de forma conjunta pelos Ministérios do Trabalho, da Saúde e da Previdência Social. (BRASIL, 2011). Vasconcellos (2013, p. 180), de modo crítico, aponta

que "ao erigir duas políticas de saúde do trabalhador, o Estado brasileiro assumiu sua intenção de ter *nenhuma* política de Estado para a área".

O controle social

No plano nacional, após a instalação do Conselho Nacional de Saúde, o controle social para a Saúde do Trabalhador foi configurado como Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador (CIST) e foi um dos primeiros a ser formado, porém com o objetivo de assessorar o Conselho Nacional sem poder deliberativo ou resolutivo.

A CIST nacional foi instituída pela Resolução CNS nº 011/1991, reestruturada em 1996 e em 1999. Atualmente, a sua composição tripartite contempla 17 membros tendo como coordenador os conselheiros nacionais (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2014). No entanto, a possibilidade de formulação política da CIST nacional enfrenta dificuldades quanto a influir na política nacional. Embora a CIST se configure como um espaço rico de reflexão política, está restrita à abrangência de sua representatividade, tanto pela baixa repercussão de suas deliberações quanto pela dificuldade de debate e representação real a partir de suas bases (VASCONCELLOS; RIBEIRO, 2011). Destaque-se que isto não se aplica apenas aos sindicatos. Ao longo dos anos, este espaço tem representado mais um "fórum de ciência" para as proposições do Ministério da Saúde do que propositivo a seus membros e ao Conselho Nacional de Saúde.

A relação formal e hierárquica com o Conselho dificulta, inclusive, a transparência dos debates travados. No período analisado apenas nos anos em que a presidência da CIST foi exercida pela CUT as atas foram divulgadas de forma pró-ativa para a sociedade. Ainda hoje, no site que abriga a CIST constam apenas as resoluções de sua composição e o plano de trabalho que data de 2009 (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2014).

Nessa perspectiva, Vasconcellos (2007) analisa que o controle social em Saúde do Trabalhador carece de mecanismos mais representativos e mais articulados com outras estruturas públicas e com as suas instâncias estaduais e municipais.

Uma crítica crescente ao formato de Conselhos, adotado no SUS, refere que a instância de controle social vem sendo considerada como parte do processo de burocratização do governo. Essa passagem de movimentos reivindicatórios a instâncias burocráticas de participação consultiva ligada aos Conselhos de Saúde e às Conferências tem reflexos importantes para o desenvolvimento de ações contundentes em todos os níveis de ação.

Outra instância social criada pela necessidade de romper com a fragmentação e estabelecer integração entre os Ministério da Saúde, Trabalho e Previdência Social foi o Grupo Executivo Interministerial de Saúde do Trabalhador (GEISAT), criado por portaria interministerial em 1993. Suas atividade-

des, todavia, não geraram expressão política e concretamente, "superpõe-se à Cist, compreendendo as mesmas representações, inclusive pessoais, e não possui capacidade decisória para operacionalizar mudanças de nível ministerial, consoante sua motivação original" (VASCONCELLOS, 2007, p. 221).

Na esfera do Ministério do Trabalho e Emprego foi criada a Comissão Tripartite Paritária Permanente (CTPP) em 1996, tomando por base o modelo tripartite paritário de regulamentações na esfera das relações de trabalho, preconizado pela OIT. E, neste modelo, uma Comissão bem sucedida foi a Comissão Nacional Permanente do Benzeno (CNPBz), composta por representantes do governo, dos trabalhadores e dos empregadores com o objetivo de acompanhar a implementação do "Acordo Nacional do Benzeno" firmado e regulamentado através da Portaria SSST n.º 14 de 20 de dezembro de 1995 (BRASIL, 2014). Com suas ações fortemente influenciadas pela lógica do SUS, a Comissão ultrapassou os fóruns institucionais e foram organizadas comissões estaduais e a nacional. Como marcos de avanço, Machado et al (2003) e Costa (2009) destacam: 1. A proibição do uso do benzeno na produção de álcool anidro; 2. O estabelecimento de indicador biológico de exposição ao benzeno em substituição ao fenol urinário; 3. Agenda para diminuição da porcentagem de benzeno em produto acabado 4. Norma de Vigilância da Saúde dos Trabalhadores Expostos ao Benzeno e, 5. Alteração da normativa do "limite de tolerância" do Benzeno para "Valor de Referência Tecnológico". Este conceito representa que o Brasil assume a perspectiva do princípio de "precaução" de que não existe exposição segura para o benzeno.

Conferências e novos fóruns

A II Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador (II CNST), realizada em 1994, buscava a construção e a consolidação do SUS abarcando a totalidade das ações de Saúde do Trabalhador, que se encontravam distribuídas em diversos ministérios. Vasconcellos (2007) a considera o clímax de uma grande mobilização de representantes institucionais e sindicais, no esforço de provocar ações concretas, no âmbito do SUS. Mas essa mobilização não resultou na definição de uma política e as consequências foram discutíveis, pois não se observou iniciativas para operacionalização de suas recomendações e depois de 11 anos, a III CNST retoma o tema e o toma como inédito (VASCONCELLOS, 2007).

Lacaz (1994) destaca, na II CNST, a ausência de reflexões e propostas orgânicas dos "setores populares". Relaciona a resistência do Ministério do Trabalho e Emprego à unificação no SUS de todas as ações de Saúde do Trabalhador – principal resolução da II CNST – às alterações na Norma Reguladora da Portaria MTb 3.214/78 que ampliou a exigência de Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional e Programa de Pro-

teção a Riscos Ambientais a todo local onde haja trabalhador. Essas medidas abriram o mercado a profissionais e estabeleceram alianças das corporações com o MTE, que passou a fazer frente à competência do SUS no controle dos ambientes de trabalho (LACAZ, 1994).

Em 1999, o Encontro Nacional de Saúde do Trabalhador, convocado pela área de Saúde do Trabalhador na Secretaria de Política de Saúde reuniu: PST, sindicatos, centrais sindicais, representantes de Confederação das Indústrias, do Comércio, etc. e representou a única oportunidade de debater o estado das práticas da área após uma década no SUS. Dentre os entraves para a incorporação da área na rede de serviços foi destacada a falta de capacitação maciça; a inclusão de variáveis nos sistemas de informação e a necessidade do desenho de um modelo sistêmico no âmbito do SUS (VASCONCELLOS; SILVA, 2004).

No ano de 2005 ocorreu a III CNST que resultou em 362 resoluções, envolvendo aproximadamente 100 mil pessoas em todo o processo e cujo resultado desta conferência foi considerado um retrocesso porque diversas resoluções remontam aos pressupostos da Saúde Ocupacional, afastando-se dos pilares do campo da Saúde do Trabalhador (LACAZ, 2007; FREIRE, 2010). Ela ainda abandou a ênfase na política de Saúde do Trabalhador, orientando a sua ênfase no "adoecer não", já presente no tema geral. Essa ênfase, inclusive, mostra indícios de uma medicalização do binômio saúde-doença, de caráter antagônico ao campo da Saúde do Trabalhador. (VASCONCELLOS, 2007).

A inovação dessa Conferência foi o processo de devolução realizada durante os anos de 2006 e 2007 pelo Ministério da Saúde em 23 estados (TÁVORA et al, 2009). A conclusão desse processo foi a necessidade de criação e o fortalecimento de espaços de diálogo e negociação, entre o setor público e o controle social, ou seja, das CIST locais.

Encontros sistemáticos da RENAST nacional vêm sendo promovidos pelo Ministério da Saúde e até 2013 ocorreram sete encontros. Da mesma forma são promovidos Encontros das CIST. Em ambos os casos os objetivos não são claros e nenhum impacto se faz notar na política ou nas práticas dos serviços ou do controle social.

Dois importantes movimentos sociais na década de 1990

Duas experiências de movimentos sociais na conjuntura local foram emblemáticas durante a década de 1990: o Conselho Estadual de Saúde do Trabalhador, no estado do Rio de Janeiro, e a Plenária de Saúde do Trabalhador, no município de São Paulo.

No estado do Rio de Janeiro, liderado pelo Programa Estadual de Saúde do Trabalhador do SUS, o lócus de articulação se deu com a criação do Conselho Estadual de Saúde do Trabalhador do Rio de Janeiro (CON-

SEST-RJ) sob a Resolução SES/RJ nº 605 de 27/12/90. O CONSEST foi criado antes mesmo da institucionalização do Conselho Estadual de Saúde do Estado do Rio de Janeiro e sua formação e atribuições foram regulamentadas pela Resolução SES/RJ nº676/1991 (RIO DE JANEIRO, 1991a/b). Inicialmente foi composto por várias instâncias do poder público estadual e municipais, tais como Secretaria Estadual de Saúde, Delegacia Regional do Trabalho, Secretaria Estadual de Ação Social, Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), várias universidades, DIESAT, sindicatos e centrais sindicais com a finalidade de "elaborar, acompanhar a execução e avaliar a política de saúde do trabalhador, estabelecendo as estratégias das ações de vigilância sanitária, epidemiológica e de atenção integral aos trabalhadores para o estado do Rio de Janeiro" (RIO DE JANEIRO, 1991a, artigo 1). Foi constituído com atribuições específicas de traçar diretrizes, acompanhar a execução e avaliação das ações no campo da Saúde do Trabalhador, por dentro da máquina pública de saúde, definindo a política para o campo (MACHADO; BARCELLOS, 1993).

O CONSEST pode ser considerado uma experiência singular pelo protagonismo deste colegiado interinstitucional e intersindical no Brasil (VASCONCELLOS, 2007), mas também pela sua composição assumidamente bipartite: poder público e representantes dos trabalhadores, contrariando a lógica internacional de "equilíbrio" através de estruturas que preveem o Estado, o movimento sindical e as empresas. A lógica dessa decisão se prende à tônica de suas atividades ligadas às ações de vigilância e destinava à representação das empresas no momento dos acordos. A este argumento, desenvolvido por Vasconcellos (2007), soma-se o exercício do controle social sobre as ações do poder público quando o CONSEST propicia a visibilidade das ações técnicas e assim garante a sua real isenção.

A organização das ações de um amplo colegiado se deu através de Câmaras Técnicas (CT), instituídas formalmente através da Resolução SES nº 932/1994, e organizadas por temas específicos constituíram fóruns coletivos de discussão e sustentação técnica, oferecendo respaldo operacional para as ações do conselho. Costa (2009) registra que na CT de municipalização participaram representantes de vários municípios de diferentes regiões do estado e as dificuldades relatadas se situavam na coleta de dados do perfil produtivo, qualificação profissional, intensificação de ações de vigilância, limitados recursos financeiros, fraca articulação interinstitucional e baixa adesão das representações sindicais.

O dimensionamento das atividades do CONSEST pode ser avaliado pelo registro de Costa (2009) que refere no ano de 1997, a atuação de 12 CT, em vários setores de trabalho, que subsidiaram 38 visitas e inspeções a diversas empresas do estado do Rio de Janeiro.

A clareza dos princípios da área de Saúde do Trabalhador conduzia as ações de atuação nos determinantes dos problemas. Assim, o objetivo final de ações de vigilância, muitas vezes, levou a assinaturas de

Termos de Compromisso cuja meta era a mudança tecnológica, com destaque para a Empresa Pan-Americana (MELO,1993). Outro exemplo de mudança paradigmática ocorreu com o desfecho da situação da silicose na indústria naval do Rio de Janeiro, entre 1988 e 1996, cuja recusa empresarial em assinar Termos de Compromisso resultou na primeira lei brasileira proibindo um processo tecnológico por causar problemas à saúde dos trabalhadores: a Lei Estadual nº 1979, de 23/03/1992, que proibiu a operação de jateamento com areia seca na indústria naval. (LIMA, 1997).

Entre as muitas dificuldades cabe citar que não havia nenhuma dotação orçamentária para o CONSEST, nem para o Programa de Saúde do Trabalhador. As diferenças na orientação institucional também se expressavam nos fóruns. Costa (2009) registra a dificuldade de participação do Ministério do Trabalho e Emprego nesse processo.

Ações do CONSEST nos diversos setores econômicos são discutidas em Melo (1993); Machado (1996); Vasconcellos (2007); Lima (1997); Ribeiro et al (2002); Costa (2009). A articulação junto aos municípios na perspectiva de criar programas locais foi discutida por Vasconcellos (2007), as estratégias metodológicas e as limitações do instrumental por Ribeiro e Vasconcellos (1995) e Vasconcellos e Ribeiro (1997).

Em 1998 durante o seminário de avaliação realizado pelo CONSEST foram observados os entraves para conduzir ações de controle social, tais como: a deficiente divulgação das ações do Conselho; o esvaziamento das CT e a redução na dinâmica política dos sindicatos com as questões de Saúde. Na ocasião, apenas cinco CT estavam em funcionamento, mas as ações coordenadas pelos programas municipais encontrava-se em franca atividade no Rio de Janeiro – em particular nos municípios de: Volta Redonda, Quatis, Resende, Barra do Piraí, Piraí, Campos dos Goytacazes, Cabo Frio e Cantagalo.

Em sua estreita relação com o SUS, o CONSEST induzia um novo modelo de contratação social, cujo horizonte promissor previa as tão requeridas transformações nos processos produtivos (VASCONCELLOS, 2007, p. 325). Essas transformações tomaram corpo em legislações estaduais ou nacional, como a Lei Estadual, que proibiu o jateamento de areia no estado do Rio de Janeiro, foi replicada no Paraná e no Espírito Santo. Resulta dessa experiência ampliada a Portaria SIS/MTE nº 99 de 19/10/2004 que proibiu o processo de jateamento com areia seca ou úmida como abrasivo em todo o país. (BRASIL, 2004).

A descontinuidade do CONSEST é analisada por Freire (2010) que a atribui ao retraimento progressivo dos sindicatos, ao esvaziamento de profissionais no PST e ao dissenso entre integrantes do controle social a partir de 2005. Vasconcellos (2007) refere-se às mudanças dos sucessivos governos, à incompreensão da gestão com o trabalho como categoria central da ação em saúde, à saída de vários técnicos do PST/RJ, à ausência de articulação intrassetorial com as vigilâncias, ao esvaziamento da participação

sindical e, principalmente, à ausência de uma política de Estado mais perene, tendo a negociação como um de seus mecanismos mais estratégicos no teatro de operações. A saída de técnicos possui estreita relação com a desvalorização do funcionalismo público estadual à época, com drástica redução salarial. Outro ponto que explica a retração sindical a partir de 2003 foi a tomada de postos públicos no governo do Partido dos Trabalhadores, justamente as lideranças com luta pela saúde que não formaram nos quadros sindicais outros representantes.

A III Conferência Estadual de Saúde do Trabalhador do Rio de Janeiro, em 2006, realizada sob forte crise de organização, de lideranças e disputas variadas resultou no enfraquecimento do modelo e a substituição do CONSEST pela CIST estadual nos moldes propostos pela RENAST – qual seja tripartite e vinculada hierarquicamente ao Conselho Estadual de Saúde. Desde então, o protagonismo do Estado do Rio de Janeiro desapareceu, imerso em dificuldades internas.

Outra rica experiência se deu na década de 1990 no município de São Paulo. No período de vigência do PAS a forte presença do movimento sindical organizado em um Fórum Inter Sindical, na década de 1980, agregaram os Conselhos Gestores dos PST, e passou a se chamar Plenária dos Conselhos Gestores e a se organizar em conjunto com técnicos dos CEREST e grupos interessados na área. Esta instância de controle social garantiu a continuidade do PST na vigência do PAS, durante os governos Maluf/Pitta, de 1993 a 2000 (PLENÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR/SP, 2003).

A Plenária de Conselho Gestores realizou a I Conferência Municipal em Saúde do Trabalhador em 1997 e diversas outras iniciativas de abrangência nacional como o Fórum Nacional contra a Privatização do Seguro Acidente de Trabalho. Em 1999 organizaram a II Conferência Municipal em Saúde do Trabalhador, e, neste processo, mudam o nome para Plenária Municipal em Saúde do Trabalhador/SP (PLENÁRIA DE SAÚDE DO TRABALHADOR DE SÃO PAULO, 2003). A característica principal dessa instância é a completa independência do poder público, seja em financiamento ou na recusa de sua inserção nas estruturas formais, ainda que prevista pelo SUS.

Ciente das contradições capitalistas e dos "avanços danosos" do neoliberalismo na América Latina, a Plenária percebe a necessidade de repensar o papel que havia sido reservado ao Estado e se lança numa nova superestrutura.

> Ao deixar de ser uma instância que agrega os Conselhos Gestores para se transformar em um Movimento voltado, não só para as ações de saúde, mas também para esse trabalho amplo de reunir toda a sociedade civil em projetos e políticas públicas para garantir os direitos dos trabalhadores [...]. Distingue-se dos Conselhos Gestores locais, pois a estes cabe o papel fundamental de implementar a descentra-

> lização conforme os princípios do SUS. Na comunidade e, na macropolítica, este papel caberá à Plenária, onde, consequentemente, esses conselhos terão assento assim como diversas outras entidades comprometidas com o desenvolvimento da justiça, da liberdade e da igualdade entre os homens (PLENÁRIA DE SAÚDE DO TRABALHADOR DE SÃO PAULO, 2003, p.5).

A legitimidade dessa Plenária se estende a todas as ações nacionais que demandem participação social. Com momentos de altos e baixos de todo movimento social, ainda permanece atuante e mantém a estrutura audaciosa e ímpar de atuação por fora das instâncias do poder público em atividades de verdadeiro controle social do Estado brasileiro.

A criação e implementação da RENAST

Em detrimento às experiências de vigilância e de controle social do estado do Rio de Janeiro, de São Paulo e de outros estados, a conjuntura na área, em fins da década de 1990, indicava uma mudança de ênfase. A área se afastava de princípios sanitaristas e voltava-se para orientações assistenciais, evidenciadas pelo processo de criação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST).

A RENAST foi concebida pela Coordenação de Saúde do Trabalhador (COSAT), à época situada na Secretaria de Políticas de Saúde (SPS), do Ministério da Saúde. Foi lançada em Brasília, no ano 2000, em um encontro no qual participaram inúmeros coordenadores e técnicos de programas e da COSAT (LEÃO; VASCONCELLOS, 2011). Em 2002, refletindo a fragmentação dentro do próprio Ministério da Saúde, a área de Saúde do Trabalhador da Secretaria de Assistência à Saúde (SAS) formulou a RENAST e a instituiu pela Portaria MS 1.679, de 19/09/2002 (LEÃO; VASCONCELLOS, 2011), em conjunto com alguns estados que possuíam um modelo de atenção baseado na lógica da assistência ao agravo.

A nova proposta vislumbrava uma rede de abrangência nacional como ferramenta estratégica para disseminar princípios e práticas em Saúde do Trabalhador no SUS, em todos os níveis de atenção. Isso porque, o SUS, em sua missão *sistêmica*, não incorporou a centralidade do trabalho enquanto categoria fundamental na determinação social do processo saúde-doença da população (VASCONCELLOS, 2007).

A RENAST contaria com uma rede de informações e práticas de saúde organizada para realizar ações assistenciais, de vigilância e de promoção da saúde; compreendendo os CEREST's, estaduais, regionais e municipais, as unidades sentinelas de notificação, os núcleos de saúde do trabalhador e demais serviços do SUS voltados para esse campo de atuação em saúde (BRASIL, 2002)

Esse processo histórico foi permeado por embates e controvérsias, em que prevaleceu a proposta criada por técnicos da SAS, com forte viés assistencial. Apesar dessa iniciativa ter sido reconhecida como uma oportunidade de institucionalização e fortalecimento da Saúde do Trabalhador no SUS e apoiada por alguns profissionais e técnicos dos CEREST e de determinados setores do movimento dos trabalhadores (DIAS; HOEFEL, 2005), a ausência da efetiva participação da sociedade nesse processo de elaboração suscitou várias críticas.

Vasconcellos (2007) revela que entre as críticas à RENAST destacam-se aquelas advindas de setores como da própria COSAT (SPS) do Ministério da Saúde, do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde e da CUT, sobre o processo de elaboração, em que ficou patente a desarticulação das áreas de política e assistência do Ministério da Saúde e as divergências entre elas sobre o modelo da rede.

Os CEREST, então, pouco integraram a rede básica, não se tornaram referência e o SUS ficou alheio à problemática saúde/trabalho, à medida que se privilegiou a assistência (MINAYO-GOMEZ; LACAZ, 2005). Verificaram-se refluxos nas ações, restrição do escopo das atividades e pouco impacto na intervenção sobre os processos de trabalho.

Segundo Costa et al (2013) há um atraso na implantação de uma política efetiva para a Saúde do Trabalhador nos últimos 25 anos e, apesar do aumento de CEREST, estes apresentam uma série de problemas estruturais, recursos materiais, profissionais e salariais.

Sem dúvida, esse é um paradoxo para a área expresso nos anos 2000: a institucionalização dos CEREST e a ampliação para 210 serviços até 2013, acompanhados, contraditoriamente, de um enfraquecimento da missão sanitarista no campo da Saúde do Trabalhador, somados à ausência de uma política nacional para a área.

Boa parte das ações em Saúde do Trabalhador no SUS passou a focalizar a atenção às patologias da população. No entanto, o esforço da Saúde do Trabalhador parte de outro paradigma, não-hospitalocêntrico e medicalizante, com ênfase na vigilância, compreendida como um modelo de análise e intervenção sobre os determinantes da saúde.

No tocante às equipes para compor os CEREST, Dias et al (2011) comentam que as portarias, apesar de proporem equipes, não deixam claro as ações e as responsabilidades que esses desempenhariam, o que dificulta a sua composição e os processos de capacitação. Muitas equipes de CEREST tenderam a funcionar como instâncias de atendimento, informação e encaminhamento de trabalhadores adoecidos. Ainda que a importância dessas ações seja inquestionável, dada a quantidade de casos de adoecimentos relacionados ao trabalho não reconhecidos pelo Estado brasileiro; ao mesmo tempo, significa um reflexo nítido de que a missão dos CEREST de se constituírem como centro de inteligência e articulação em Saúde do Trabalhador não se efetivou.

A RENAST vem passando por atualizações e ampliação no número de CEREST considerando critérios populacionais e enfatizando ações de vigilância (DIAS et al 2011; SANTANA; SILVA, 2009). Serviços voltados ao trabalho rural, CEREST Rural, foram implementados a partir de 2011 pela Portaria MS 2.978/2011 (BRASIL, 2011). Mesmo não mencionando os critérios para sua implantação, a região Centro-Oeste já conta com cinco serviços e a região Sudeste com um.

Atualizações na gestão do SUS trouxeram reforço para a institucionalização da área. A Portaria n. 399/GM/2006 criou o Pacto pela Saúde em seus três componentes: Pacto pela Vida, Pacto de Gestão e Pacto em Defesa do SUS (BRASIL, 2006). O Pacto pela Vida definiu objetivos e metas em torno de prioridades que apresentam impacto sobre a situação de saúde da população brasileira. No conjunto das metas municipais e estaduais, a Portaria n 325/GM de 21/02/2008 consagrou, na prioridade VII, o indicador 23 e 23A, que estabelece a meta de aumento na notificação de agravos relacionados ao trabalho no Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN) em 15%, para o ano de 2010 e, em 30%, para 2011, a contar do ano base de 2008 (BRASIL, 2008). Este novo direcionamento da gestão do SUS motivou a publicação da nova Portaria nº 2.728, de 11/11/2009 (BRASIL, 2009).

O balanço das metas por estado demonstra que, de modo geral, os estados cumpriram as metas, exceção para Amapá, Rio de Janeiro e Distrito Federal (DATASUS, 2014). Ribeiro (2012) analisou a situação da região sudeste no que se refere ao cumprimento das metas do Pacto pela Vida no SUS e verificou três situações distintas: os estados de Espírito Santo e Minas Gerais, que alcançaram a meta para os dois anos; São Paulo, que alcançou a meta estipulada apenas em 2011; e o estado do Rio de Janeiro, que não cumpriu o pactuado em nenhum dos anos do biênio. Foi o estado com os piores resultados do país, com uma queda de 6,17% nas notificações em 2011 (RIBEIRO, 2012).

A questão do financiamento

O financiamento sempre foi considerado um dos empecilhos históricos para a área. Na década de 1990, os recursos destinados à área foram absolutamente inexpressivos. Recursos esporádicos, conseguidos por empenho da coordenação nacional eram alocados em projetos pontuais, sem discussão pública e sem prestação de contas. Vasconcellos e Silva (2004) relatam que recursos disponíveis nos Planos Plurianuais de Governo, entre 1990 e 2000, perfizeram R$ 7.096.000,00 para 18 Estados.

A partir de 2002, os CEREST passavam a contar com financiamento próprio, através de repasses fundo a fundo que variavam de R$ 14.000,00 mensais, para os CEREST regionais e R$ 40.000,00 para o CEREST Estadual. A Portaria GM 2437/2005 majorou o valor dos recursos para R$ 30.000,00

e R$ 40.000,00 mensais respectivamente para os regionais e os estaduais, além do incentivo único de R$ 50.000,00 para a sua instalação. (BRASIL, 2005).

Se antes da RENAST o financiamento era um empecilho, a partir da habilitação a dificuldade estaria, agora, na utilização dos recursos. Todos os estados passam a receber os recursos, sistematicamente, a partir de 2008. Entretanto, vários estados acumularam altas somas de recursos financeiros devido a problemas burocráticos e da gestão municipal ou estadual da saúde. No ano de 2010, o valor repassado para os CEREST foi da ordem de R$ 74.840 milhões (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013). A contar de 2002, quando os primeiros recursos da RENAST foram repassados aos estados, a área já conta em 2013 com montante de recursos apenas para os CEREST de 533.870 milhões de reais.

Produção de suporte teórico e protocolos

Dentre os agravos com reconhecida relação com o trabalho e demanda social pelo seu enfrentamento, a silicose acumula publicações e iniciativas de prevenção desde a década de 1970. Nesse contexto, o primeiro protocolo de doenças específicas inicia, justamente, com as pneumoconioses. No Ministério da Saúde, a Coordenação Nacional de Pneumologia Sanitária e a Coordenação de Saúde do Trabalhador publicam, em 1997, o Manual de Normas para o Controle das Pneumoconioses (SOUZA et al, 1997). Esse protocolo subsidiou a iniciativa nacional de promover a notificação da pneumoconiose no âmbito do SINAN. Essas notificações já se constituíam em vários estados, como no Rio de Janeiro, desde 1989, e Rio Grande do Sul.

Evocando a Lei nº 8.080/90, foi publicada pelo Ministério da Saúde, através da Portaria 1.339/1999, a revisão da listagem oficial de doenças originadas no processo de trabalho. A lista contém cerca de 200 entidades nosológicas, organizadas em um sistema de dupla entrada: por doença e por agente etiológico ou fator de risco de natureza ocupacional. Sua importância e orientação geral de aplicação estão descrito no Manual de Procedimentos para os Serviços de Saúde publicado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2001).

Durante os anos seguintes, diversos serviços elaboram seus próprios protocolos e, em 2007, o Ministério da Saúde inicia a produção de onze protocolos voltados para a atuação dos CEREST na atenção à saúde dos trabalhadores (LER/DORT, Trabalho Infantil, Benzeno, entre outros). Além dos protocolos, o financiamento de cursos de mestrado profissional e especialização em Saúde do Trabalhador, voltados para os técnicos do SUS, em vá-rias regiões do Brasil, constituem ações voltadas à implementação da RENAST.

Informação e Comunicação em Saúde do Trabalhador

No processo de implementação das ações em Saúde do Trabalhador diversos problemas têm sido enfrentados, alguns dos quais suscitaram a própria criação da RENAST, como a ausência de uma concepção de integralidade e a falta de mecanismos de comunicação e articulação entre os CEREST (LEÃO; VASCONCELLOS, 2011).

No âmbito do SUS, em 2004, a Portaria 777/GM, atualizada pela Portaria GM 104 de 2011 (BRASIL, 2011), regulamentou os procedimentos técnicos para a notificação compulsória de 11 agravos à saúde dos trabalhadores em rede de serviços sentinela específica no SUS. Os resultados iniciais dessa portaria, aliadas às demais inciativas do Ministério da Saúde, resultaram no aumento significativo das notificações. De modo geral, entre 2007 e 2012, as notificações no SINAN aumentaram de, aproximadamente, 41 mil casos, em 2007, para 109 mil, em 2012 (SINAN, 2014). O instrumento do SINAN se constitui no melhor modelo para registro do histórico de ocupação e de exposição do trabalhador.

A falta de acesso às informações da Previdência Social ou em outras bases de dados, por muito tempo foi tida e havida como um impedimento às ações da área. O Instituto de Saúde Coletiva da UFBA, na qualidade de Centro Colaborador do Ministério da Saúde, desde 2008, disponibiliza ferramentas para as estimativas de medidas epidemiológicas, Boletins etc. (CC-VISAT, 2014). E pode-se destacar que mais uma dificuldade do campo foi superada.

Em 2007, a Previdência Social adotou uma nova percepção do acidente de trabalho com o Decreto PR 6.042/2007, que implantou o Nexo Técnico Epidemiológico (NTEP) e o Fator Acidentário Previdenciário (FAP). O FAP é um fator que altera as alíquotas de contribuição do seguro acidente de trabalho, a partir de índices identificados no NTEP. Este resulta da associação entre a atividade da empresa e um conjunto de agravos com nexo de exposição ocupacional assumida e expressa em uma série histórica de cinco anos. Em resumo, o NTEP presume como ocupacional o benefício por incapacidade requerido, desde que o agravo possua relação estabelecida com a atividade econômica da empresa empregadora.

A inovação desse modelo é considerar o risco a partir do nexo presumido da ocupação, o que representa, por parte do Estado, o reconhecimento de que a atividade econômica é danosa à saúde e caberá à empresa o ônus de provar que o agravo não foi decorrente da atividade ocupacional. Essa mudança representa um avanço no modelo previdenciário de reconhecimento do dano à saúde no trabalho.

Alguns autores têm atribuído a esta legislação o aumento no registro de acidentes de trabalho, no período de 2006 e 2008, de 45,9%, e um incremento de 152% na concessão de benefícios auxílio-doença-previ-

denciários (SILVA-JÚNIOR et al, 2012; OLIVEIRA, 2008). Mas, Santana (2005) recomenda a avaliação contínua da repercussão e do impacto do FAP.

Na direção da ampliação do acesso à informação na área, cabe destacar a criação do Observatório de Saúde do Trabalhador, em parceria com a OPAS, em 2003 e a RENAST *Online,* um projeto independente, mas que tem se constituído em uma importante plataforma de divulgação de informações. O desenvolvimento do Painel de Informações de Vigilância Ambiental e Saúde do Trabalhador (PISAST), no site do Ministério da Saúde, com recursos disponíveis para a sociedade, potencializa o acesso a informações relevantes. Cabe, ainda, destacar a publicação do Mapa da Exposição à Sílica (RIBEIRO, 2010), que descreve e localiza no Brasil os trabalhadores expostos e estabelece metas para a notificação por estado.

Alguns desafios

No plano da gestão da RENAST, ao seguir a tendência do SUS, qual seja a identificação de doenças e acidentes (Pacto pela Vida) e a implantação de serviços, prevista no Contrato Organizativo da Ação Pública de Saúde (COAP), em ambos os indicadores pactuados expressa o objeto da área e a determinação dos agravos está ausente, levando mais uma vez a RENAST à retornar o caráter assistencial.

O processo maciço de capacitação não se expressa na qualidade dos encontros nacionais ou nas propostas de atuação. Isto pode estar relacionado à rotatividade dos técnicos nos CEREST ou à inadequação programática da formação para o serviço.

A ausência do controle social nas ações dos CEREST pode também ser analisado a partir das diferenças entre a expectativa de participação sindical dos técnicos e as demandas do movimento social. Esse abismo é chamado de "*monocultura do saber*" por Boaventura Santos (2010), que leva o CEREST a "escutar" apenas demandas de saúde sob os critérios estabelecidos pela ciência de saúde hegemônica. Superar essas perspectivas é ultrapassar um abismo que deve ter, por parte dos técnicos, o primeiro passo.

Ainda não está claro que os processos de trabalho dos CEREST pressupõem compreender social e historicamente o cenário do mapa produtivo da região e contextualizar os perigos advindos destes e das perspectivas futuras do modelo econômico. Poucos serviços se apropriaram dos instrumentos de gestão do SUS, em particular da legislação que sustenta a área.

Além dos desafios com o próprio SUS, a possibilidade de articulação com os Ministérios do Trabalho e Emprego e do Meio Ambiente, talvez nunca se consolide na instância nacional, como modelo ideal, posto que a saúde integral ainda não é uma política de Estado, mas é objeto apenas da legislação em Saúde.

Nos anos 2000 todos os fatores identificados como impeditivos para a área foram atendidos, desde a capacitação, os recursos financeiros e a publicação da política nacional. Mesmo em condições tão favoráveis a área de Saúde do Trabalhador ainda desencanta quando não envereda pelo caminho da intervenção nos determinantes do adoecimento coletivo decorrente do trabalho.

Dentre muitos desencantamentos, o paradoxo do Brasil na economia internacional contrasta com a dificuldade de proibir o uso, comercialização e exploração do amianto, um agente cancerígeno já banido de 60 países. Além desse, a posição brasileira de maior consumidor de agrotóxicos do mundo desde 2008 é outro exemplo de que processos produtivos danosos ainda encontram no Brasil um espaço para promover o incremento de danos ambientais e humanos sem resistência social, política e institucional relevante. Muitos outros podem ser lembrados, mas a essência da despolitização da área e a inércia frente ao desafio de tornar o tema uma questão de Estado e um indicador para o modelo de desenvolvimento econômico pode estar levando a Saúde do Trabalhador ao modelo da Medicina do Trabalho em um retrocesso sem precedentes.

Referências

BARROS, M.E.; PIOLA, S.F.; VIANNA, S. M. Política de saúde no Brasil: diagnóstico e perspectivas. *Texto para Discussão*, nº 401. Brasília: IPEA, fev. 1996. Disponível em: <http://www.unisc.br/portal/upload/com_arquivo/1349872031.pdf>. Acesso em: 09 dez. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 3.120 de 01 de julho de 1998. Dispõe sobre Instrução Normativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador. *Diário Oficial da União.* Brasília, 01 jul., 1998a.

_____. Ministério da Saúde. Portaria MS nº 3.908, de 30 de outubro de 1998. Dispõe sobre a Norma Operacional de Saúde do Trabalhador. *Diário Oficial da União.* Brasília, 30 out., 1998b.

_____. Ministério da Saúde. *Doenças relacionadas ao trabalho*: manual de procedimentos para os serviços de saúde. Brasília: Ministério da Saúde do Brasil, Organização Pan-Americana da Saúde no Brasil, 2001. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/02_0388_M1.pdf>. Acesso em: 12 dez. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.679, de 19 de setembro de 2002. Dispõe sobre a estruturação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador no SUS e dá outras providências. *Diário Oficial da União.* Brasília, 19 set. 2002.

_____. Portaria nº 99, de 19 de outubro de 2004. Fica proibido o processo de trabalho de jateamento que utilize areia seca ou úmida como abrasivo. *Diário Oficial da União*. Brasília, 21/10/04, Seção 1, p. 68.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.437, de 7 de dezembro de 2005. Dispõe sobre a ampliação e o fortalecimento da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador - RENAST no Sistema Único de Saúde – SUS. *Diário Oficial da União.* Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/GM/GM-2437.htm>. Acesso em: 10 nov. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006: Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do referido pacto. *Diário Oficial da União*, Brasília, 22 fev. 2006.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 325/GM, de 21 de fevereiro de 2008. Estabelece prioridades, objetivos e metas do Pacto pela Vida para 2008, os indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde e as orientações, prazos e diretrizes para a sua pactuação. *Diário Oficial da União.* Disponível em: <http://www2.saude.al.gov.br/files/Portaria_325_ de_210208.pdf>. Acesso em: 10 dez. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.728, de 11 de novembro de 2009. Dispõe sobre a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador

(RENAST) e dá outras providências. *Diário Oficial da União.* Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2728_11_11_2009_comp.html>. Acesso em: 09 dez. 2013.

BRASIL. Portaria nº 104, de 25 de janeiro de 2011, Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelece fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde. *Diário Oficial da União.* Brasília, 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0104_25_01_2011.html>. Acesso em: 10 dez. 2013

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.978, de 15 de dezembro de 2011. Amplia para 210 (duzentos e dez) a quantidade de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) passíveis de implantação no território nacional. *Diário Oficial da União.* Brasília, 2011. Disponível em: <ftp://ftp.saude.sp.gov.br/ftpsessp/bibliote/informe_eletronico/2011/iels.dez.11/Iels236/U_PT-MS-GM-2978_151211.pdf>. Acesso em: 09 dez. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823_23_08_2012.html>. Acesso em: 18 nov. 2013.

_____. Ministério da Previdência Social (MPS). Instituto Nacional do Seguro Social. Empresa de Tecnologia e Informações da Previdência Social *Anuário estatístico da previdência social*: Suplemento Histórico (1980 a 2011). Brasília: MPS/DATAPREV, 2012. Disponível em: <http://www.previdencia. gov.br/arquivos/office/27_130924-151222-748.pdf>. Acesso em: 9 dez. 2013.

_____. Ministério do Trabalho e Emprego. *O que é a Comissão Nacional Permanente do Benzeno (CNPBz).* Disponível em: <http://portal.mte.gov.br/seg_sau/o-que-e-a-comissao-nacional-permanente-do-benzeno-cnpbz.htm>. Acesso em: 10 dez 2013.

_____. Ministério da Saúde. *II Inventário de Saúde do Trabalhador*: acompanhamento da Rede Nacional de Atenção Integral em Saúde do Trabalhador, 2010-2011. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <http://www.renastonline.org/sites/default/files/arquivos/recursos/Inventario%20RENAST%202010-2011.pdf**>.** Acesso em: 17 nov. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Pacto pela Saúde -2010/2011- Dados preliminares. Disponível em<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/dh.exe?pacto/2010/cnv/pactbr.def>. Acesso em: 10 dez 2013.

CCVISAT. Centro Colaborador Vigilância dos Acidentes de Trabalho. Disponível em <http://www.ccvisat.ufba.br/> Acesso em: 09 dez. 2013

COMISSÃO ORGANIZADORA DO SEMINÁRIO INTERNACIONAL BRASIL-ITÁLIA. Projeto de Cooperação Técnica Brasil-Itália (PCTBI). Proteção à

saúde nos ambientes de trabalho. *Revista Rede.* Ed. Especial. São Paulo, Ano III, 1998.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. *Comissões CNS*: Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador (CIST). Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/Web_comissoes/cist/index.html>. Acesso em: 16 de nov 2013.

COSTA, D.F. *Prevenção da exposição ao benzeno no Brasil*. Tese de Doutorado. São Paulo. Faculdade de Medicina, USP, 2009.

COSTA, D. et al. Saúde do trabalhador no SUS: desafios para uma política pública. *Rev. bras. Saúde ocup*. São Paulo, vol. 38, n. 127, p. 11-30, 2013.

COSTA, K.C.F. *Análise da trajetória do controle social em saúde do trabalhador no estado do Rio de Janeiro***.** Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2009.

CRAVEIRO, S. Análise do PAS: Plano de Assistência à Saúde da Prefeitura de São Paulo -novas tendências de gestão pública na área de saúde. *Relatório.* São Paulo. São Paulo: PIBIC/ FGV, 1998. Disponível em:<http: / gvpesquisa.fgv.br /sites/gvpesquisa.fgv.br/files/publicações/analise_do_pas.pdf>. Acesso em: 10 dez. 2013.

DIAS, E. C.; HOEFEL, M.G. O desafio de implementar as ações de saúde do trabalhador no SUS: a estratégia da RENAST. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 10, n. 4, p. 817-828, 2005.

DIAS, E. C. et al. Desenvolvimento de ações de saúde do trabalhador no SUS: a estratégia da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST). In: MINAYO-GOMEZ, C.; MACHADO, J.M.H.; PENA, P.G.L. *Saúde do trabalhador na sociedade brasileira contemporânea*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.

ELIAS; P.E. Estrutura e organização da atenção à saúde no Brasil. In: COHN, A.; ELIAS, P.E. *Saúde no Brasil*: políticas e organização de serviços. 4ª. ed. São Paulo: Cortez, 2001, p. 59-120.

FREIRE, L.M.B. Movimentos sociais e controle social em saúde do trabalhador: inflexões, dissensos e assessoria do Serviço Social. *Serv. Soc. Soc.*, n.102, 2010, p. 289-313.

FOUCAULT, M. Nietzsche, a genealogia e a história. In: *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1979, p. 15-38.

GUIMARÃES, J.R.S. *Perfil do trabalho decente no Brasil*: um olhar sobre as unidades da federação. Brasília: OIT, 2012.

KEINERT, M. Política pública de saúde inovação e o plano de atendimento a saúde do município de São Paulo. *Revista de Administração de Empresas* (RAE), São Paulo, v. 37, n. 3, p. 78-85, jul./set. 1997.

LACAZ, F. Reforma sanitária e saúde do trabalhador: *Saúde e Sociedade*. v.3. n1.p.41-59, 1994.

LACAZ, F. *Saúde do trabalhador*: um estudo sobre as formações discursivas da academia, dos serviços e do movimento sindical. Tese de Doutorado, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas; Campinas. 1996.

LACAZ, Francisco Antonio de Castro. Saúde dos trabalhadores: cenário e desafios**.** *Cad. Saúde Pública*, v.13, suppl.2, S07-S19,1997.

LACAZ, F.A.C. O campo saúde do trabalhador: resgatando conhecimentos e práticas sobre as relações trabalho-saúde. *Cad. Saúde Pública*, v. 23, n.4, pp. 757-766, 2007.

LEÃO, L.H.C.; VASCONCELLOS, L.C.F. Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast): uma rede que não enreda. In: VASCONCELOS, L.C.F; OLIVEIRA, M. H. B. *Saúde, trabalho e direito*: uma trajetória crítica e a crítica de uma trajetória. Rio de Janeiro: EDUCAM, 2011.

LEÃO, L.H.C.; CASTRO, A.C. Políticas públicas de saúde do trabalhador: análise da implantação de dispositivos de institucionalização em uma cidade brasileira. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 18, n. 3, p. 769-778, 2013.

LIMA, L.Q. *Alternativas tecnológicas ao jateamento de areia seca*: a busca da incorporação de novos elementos na avaliação das exposições. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) –Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 1997.

MACHADO, R. *Foucault, a ciência e o saber*. Rio de Janeiro: Zahar, 1988.

MACHADO, J.M.H; BARCELLOS C. Vigilância em saúde do Trabalhador. *II Conferência Estadual de Saúde do Trabalhador do Rio de Janeiro: Texto básico de discussão*. 1993.5 p.

MACHADO, J.M.H. *Alternativas e processos de vigilância em saúde do trabalhador*: a heterogeneidade da intervenção. Tese de Doutorado, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1996.

MACHADO, J.M.H.; COSTA, D.F.; CARDOSO, L.M.; ARCURI, A. Alternativas e processos de vigilância em saúde do trabalhador relacionados à exposição ao benzeno no Brasil. *Ciênc. Saúde Coletiva*, v.8, n.4, p. 913-921, 2003.

MAENO, M.; CARMO, J.C. *Saúde do trabalhador no SUS:* aprender com o passado, trabalhar o presente, construir o futuro. São Paulo: Hucitec. 2005.

MEDEIROS, M. et al. Política de saúde do trabalhador: revisitando o caso do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador de Campinas. *Rev.Bras. Saúde Ocup*. v.38, n.127, 2013.

MELO, A.I.S.C. *Contracena de diferentes*: a saúde do trabalhador como prática social e a percepção dos trabalhadores. Dissertação (Mestrado em

Serviço Social) – Departamento de Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica, Rio de Janeiro, 1993.

MINAYO-GOMEZ, C.; LACAZ, F.A.C. Saúde do trabalhador: novas-velhas questões. *Ciênc. saúde coletiva*. v.10, n.4, p. 797-807, 2005.

NOBRE, L.C.C. A política de saúde do trabalhador no Brasil e na Bahia. In: NOBRE, L.; PENA, G.L.P.; BAPTISTA, R. (Org.). *A saúde do trabalhador na Bahia*: história, conquistas e desafios. Salvador: EDUFBA; SESAB; CESAT, 2011. p. 23-92.

OLIVEIRA, M.H.B.; VASCONCELLOS, L.C.F. Política de saúde do trabalhador no Brasil: muitas questões sem respostas. *Cad. de Saúde Pública*,8(2):150-156, 1992.

OLIVEIRA, P.J.A. *Técnico Epidemiológico – NTEP e o Fator Acidentário de Prevenção – FAT*: um novo olhar sobre a Saúde do Trabalhador. 2008. Tese (Doutorado) – Faculdade de Ciências da Saúde. Universidade de Brasília, Brasília.

PLENÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE DOS TRABALHADORES. São Paulo. *A-nais*...São Paulo: a saúde do trabalhador no SUS, mar. 2003. 10 p., 2003.

PORTO, M.F. Saúde do trabalhador e modelo de desenvolvimento: aprofundando as origens e as contradições dos entraves. *Rev. bras. Saúde Ocup.* São Paulo, 38(128): 182-186, 2013.

RIBEIRO, F.S.N. Saúde do trabalhador no Pacto pela Saúde: análise da região sudeste do Brasil. In: *Anais... 10º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva*, 2012. Porto Alegre. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2012.

RIBEIRO, F.S.N. (Coord.) *O mapa da exposição à sílica no Brasil*. Rio de Ja-neiro / Brasília: UERJ / Ministério da Saúde, 2010.

RIBEIRO, F.S.N.; VASCONCELLOS, L.C.F. Controle social em saúde do traba-lhador: a prática do discurso na prática. In: *I Congresso Brasileiro de Ciên-cias Sociais em Saúde*, Curitiba, 1995.

RIBEIRO, F.S.N. et al. Trabalho e risco para trabalhadores de indústrias de cimento. *Cad. de Saúde Pública*, 18(5):1243-1250, 2002.

RIO DE JANEIRO. Resolução 441. Cria a Coordenação de Saúde do Trabalhador e Meio Ambiente. Diário Oficial (do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro. Imprensa Oficial, (Atos do Poder Executivo), Ano XIV, 1988.

_____. Resolução 605, Institui o Conselho Estadual de Saúde do Trabalhador. *Diário Oficial* (do Estado do Rio de Janeiro). Rio de Janeiro. Imprensa Oficial, (Atos do Poder Executivo), Ano XVII, 159, parte I, n. 1, 02 jan.1991a.

_____. Resolução 676, Constitui o Conselho Estadual de Saúde do Trabalhador. *Diário Oficial* (do Estado do Rio de Janeiro). Rio de Janeiro. Imprensa Oficial. (Atos do Poder Executivo), Ano XVII, 1, parte I, n.159, 20 ago.1991b.

SANTANA, V.S. Bases epidemiológicas do Fator Acidentário Previdenciário. *Rev. bras. epidemiol.* São Paulo, v.8, n. 4, p. 440-453, dez. 2005.

SANTANA V.S.; SILVA J.M. Os 20 anos da saúde do trabalhador no Sistema Único de Saúde do Brasil: limites, avanços e desafios. In: BRASIL. *Saúde Brasil 2008*: 20 anos de Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2009, p.175-204.

SANTOS, B.; MENESES, M.P. *Epistemologias do Sul*. São Paulo: Cortez, 2010.

SCHNEIDER, E.M.; RODARTE, M.M.S. Evolução do mercado de trabalho metropolitano entre meados da década de 1990 e 2000. *São Paulo em Perspectiva*, v. 20, n. 4, p. 74-102, out./dez. 2006

SILVA-JÚNIOR, J.S.; ALMEIDA, F.S.S.; MORRONE L.C. Discussão dos impactos do nexo técnico epidemiológico previdenciário. *Rev Bras Med Trab.*, v. 10, n. 2, p.72-79, 2012.

SOUZA, J. et al. M*anual de normas para o controle das pneumoconioses*: silicose, pneumoconiose dos trabalhadores de carvão e pneumoconiose por poeiras mistas. Brasília: Ministério da Saúde/ Fundação Nacional de Saúde, 1997. p.36.

TÁVORA, T.; MERTENS, F.; HOEFEL, M.G.L. A participação social no processo de devolução das deliberações da III Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador. In: *Anais... XI Congreso Latinoamericano de medicina social y salud colectiva*, Bogotá, 2009.

VASCONCELLOS, L. C. *Saúde, trabalho e desenvolvimento sustentável*: apontamentos para uma política de Estado. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; Rio de Janeiro, 2007.

VASCONCELLOS, L. C. F. Duas políticas, duas vigilâncias, duas caras. *Rev. Bras. Saúde Ocup.* São Paulo, 38 (128): 179-182, 2013.

_____; RIBEIRO, F. S. N. Investigação epidemiológica e intervenção sanitária em saúde do trabalhador: o planejamento segundo bases operacionais. *Cad. de Saúde Pública*, 13(2): 269-275, 1997.

_____; RIBEIRO, F. S. N. A construção e a institucionalização da saúde do trabalhador no Sistema Único de Saúde. In: VASCONCELLOS, L. C. F; OLIVEIRA, M. H. B. de (Org.). *Saúde, trabalho e direito*: uma trajetória crítica e a crítica de uma trajetória. Rio de Janeiro: EDUCAM, 2011. p. 423-452.

VASCONCELLOS, L; SILVA, J. Uma década de saúde do trabalhador no setor saúde: Tempo de construção, avanços e desafios. *Rev. Saúde em debate*. Rio de Janeiro: v. 28, n. 68; set/dez., 2004.