

***“Análise Situacional das Comissões Intersetoriais de Saúde do
Trabalhador de Âmbito Estadual e Nacional (2012-2013)”***

por

Olga de Oliveira Rios

*Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de Mestre
Modalidade Profissional em Saúde Pública*

Orientador: Prof. Dr. Carlos Minayo Gómez

Rio de Janeiro, maio de 2014.

Esta dissertação, intitulada

***“Análise Situacional das Comissões Intersetoriais de Saúde do
Trabalhador de Âmbito Estadual e Nacional (2012-2013)”***

apresentada por

Olga de Oliveira Rios

foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof.^a Dr.^a Elizabeth Costa Dias

Prof. Dr. Jorge Mesquita Huet Machado

Prof. Dr. Carlos Minayo Gómez – Orientador

Dissertação defendida e aprovada em 13 de maio de 2014.

Catálogo na fonte
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica
Biblioteca de Saúde Pública

R586 Rios, Olga de Oliveira
Análise situacional das comissões intersetoriais de saúde
do trabalhador de âmbito estadual e nacional (2012-2013). /
Olga de Oliveira Rios. -- 2014.
76 f. : tab. ; mapas

Orientador: Minayo Gómez, Carlos
Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde
Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2014.

1. Saúde do Trabalhador. 2. Ação Intersetorial.
3. Políticas de Controle Social. 4. Condições de Trabalho.
5. Vigilância em Saúde do Trabalhador. I. Título.

CDD - 22.ed. – 363.11

DEDICATÓRIA

À minha mãe Catarina, que, acometida de um câncer, descoberto no início das aulas, faleceu sete dias antes da defesa deste mestrado. Foram momentos muito difíceis para minha família e para mim, mas Deus, em sua grande misericórdia e graça, nos ajudou e nos confortou em todos os momentos.

À minha família!

AGRADECIMENTOS

Em especial, ao meu orientador, Prof. Dr. Carlos Minayo Gómez.

À Prof.^a Dr.^a Elizabeth Costa Dias.

Ao Prof. Dr. Jorge Mesquita Huet Machado, meu maior incentivador.

Às Coordenadoras e Professoras do Curso Ana Maria Braga e Jussara Brito, mulheres desbravadoras.

Carlos Augusto Vaz de Souza, Coordenador da CGST no período e atual Diretor do Departamento de Vigilância Ambiental e Saúde do Trabalhador.

Ao Dr. Guilherme Franco Netto, que no período era o Diretor de Vigilância Ambiental e Saúde do Trabalhador.

A um grupo de pessoas sensacionais: Heloiza Helena, Erlany Campus, Jader Rosário, Magda Leite, Giseli Carneiro, Luiz Belino, Luciana Peniche, Ricardo Penta, Margarete Prata, Pastora Jurema, Irmã Elizete, Dulci Souza, Marli Souza, Alcimara Martins e Roque Veiga.

À grande amiga Terezinha Reis, companheira de vários momentos.

Ao meu marido Manuel Messias e meu ao meu lindo filho João Manuel!

À DEUS, TODA HONRA E GLÓRIA!

Todo aquele que está em Mim que não dá fruto, é lapidado e transformado para que dê frutos, muitos frutos.

João, 15.2

RESUMO

Neste estudo se realiza uma análise das atividades desenvolvidas pelas Comissões Intersetoriais de Saúde do Trabalhador estaduais e nacional, com vistas à melhoria das condições de trabalho e saúde dos trabalhadores, particularmente no que se refere à sua contribuição para a implementação de ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador. Além disso, o estudo vai ao encontro de uma carência de conhecimento sistematizado sobre a efetividade das ações dessas instâncias do controle social da Saúde do Trabalhador. Para tanto, identificaram-se as Comissões Intersetoriais de Saúde do Trabalhador constituídas e formalizadas e o perfil dos representantes de instituições públicas e de organizações da sociedade civil organizada que fazem parte dessas comissões. Realizou-se também um levantamento dos temas discutidos nas reuniões registradas nas suas atas, a fim de coletar informações sobre as questões abordadas, as propostas acertadas e os encaminhamentos realizados.

Palavras-chave: Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador; Saúde do Trabalhador; Controle Social.

ABSTRACT

This study performs an analysis of the activities performed by the Intersectoral Committees of Health state and national worker, with a view to improving the working conditions and health of workers, particularly with regard to its contribution to the implementation of the Surveillance in Occupational Health. Furthermore, the study meets a lack of systematic knowledge about the effectiveness of the actions of these instances of this instance of social control Occupational Health. To do so, we identified the Intersectoral Committees constituted Occupational Health and formalized and the profile of the representatives of public institutions and civil society organizations that are part of these commissions organizations. Also conducted a survey of the topics discussed in the meetings recorded in its minutes, in order to gather information on the issues discussed, the proposed match and referrals made.

Key words: Intersectoral Commission on Occupational Health; Occupational Health; Social Control.

TABELAS

Tabela 1:	Ano de criação e número de CISTs Estaduais.....	31
Tabela 2:	Tipos e números de documentos das constituições e homologações das CISTs Estaduais.....	31
Tabela 3:	Ano de habilitação dos CERESTs e de criação das CISTs Estaduais.....	32
Tabela 4:	Número de membros na composição das CISTs Estaduais.....	33
Tabela 5:	Categorias de trabalhadores representadas na composição das CISTs Estaduais.....	40
Tabela 6:	Quantitativo de reuniões das CISTs Estaduais em 2012.....	56
Tabela 7:	Quantitativo de reuniões das CISTs Estaduais em 2013.....	56

LISTA DE SIGLAS

ABRASCO	Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
CAT	Comunicação de Acidente de Trabalho
CEREST	Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
CES	Conselho Estadual de Saúde
CFESS	Conselho Federal de Serviço Social
CFFa	Conselho Federal de Fonoaudiologia
CGTB	Central Geral dos Trabalhadores do Brasil
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIST	Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador
CIPA	Comissão Interna de Prevenção de Acidentes
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CMP	Central de Movimentos Populares
CNA	Confederação da Agricultura e Pecuária do Brasil
CNC	Confederação Nacional do Comércio de Bens, Serviços e Turismo
CNF	Confederação Nacional das Instituições Financeiras
CNI	Confederação Nacional da Indústria
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CNST	Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador
CNSTT	Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora
CNTS	Confederação Nacional dos Trabalhadores na Saúde
COFETAM	Confederação dos Trabalhadores no Serviço Público Municipal
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional dos Secretários de Saúde
COSEMS	Colegiado de Secretários Municipais de Saúde
CONTACS	Confederação Nacional dos Trabalhadores do Ramo do Comércio e Serviços
CONTAG	Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura
CTSST	Comissão Tripartite de Saúde e Segurança no Trabalho
CUT	Central Única dos Trabalhadores
DENEM	Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina
DORT	Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho

DIESAT	Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde e dos Ambientes de Trabalho
DST	Doenças sexualmente transmissíveis
FASUBRA	Federação de Sindicatos de Trabalhadores das Universidades Brasileiras
FENAS	Federação Nacional dos Assistentes Sociais
FENAFITO	Federação Nacional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional
FENTAC	Federação Nacional dos Trabalhadores em Aviação Civil
FENTAS	Fórum de Entidades dos Trabalhadores na Área da Saúde
FIO	Federação Interestadual dos Odontologistas
FNE	Federação Nacional dos Enfermeiros
FNMN	Fórum Nacional de Mulheres Negras
FNU	Federação Nacional dos Urbanitários
FS	Força Sindical
FUNDACENTRO	Fundação Jorge Duprat de Figueiredo de Segurança e Medicina do Trabalho
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INSS	Instituto Nacional do Seguro Social
INST	Instituto Nacional de Saúde no Trabalho
LACEN	Laboratório Central de Saúde Pública
LER	Lesões por esforço repetitivo
MAPA	Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento
MCTI	Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação
MDIC	Ministério do Desenvolvimento, Indústria e Comércio Exterior
MMA	Ministério do Meio Ambiente
MOPS	Movimento Popular de Saúde
MST	Movimentos dos Trabalhadores Rurais Sem Terra
MPS	Ministério da Previdência Social
MTE	Ministério do Trabalho e Emprego
NR	Normas regulamentadoras
ONG	Organização não governamental
OSS	Organizações sociais de saúde
PAC	Programa de Aceleração do Crescimento
PCMSO	Programa de Controle Médico e Saúde Ocupacional

PLANSAT	Plano Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho
PNSST	Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho
PNST	Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora
PPRA	Programa de Prevenção de Riscos Ambientais
PVP	Projeto Vidas Paralelas
REC	Rede Escola Continental em Saúde do Trabalhador
RENAST	Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador
SEPM	Secretaria de Políticas para as Mulheres
SEPIR	Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SESMAT	Semana de Saúde do Trabalhador
SESMT	Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho
SRTE	Superintendências Regionais do Trabalho e Emprego
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SINTAPI	Sindicato Nacional dos Trabalhadores Aposentados, Pensionistas e Idosos
SISOP	Saúde Ocupacional do Servidor Público Civil da União
SOMA	Saúde Ocupacional e Meio Ambiente
SUS	Sistema Único de Saúde
UBM	União Brasileira de Mulheres
UF	Unidade Federativa
VISAT	Vigilância em Saúde do Trabalhador

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1	13
Objeto de Estudo	
Trajetória da Participação Social na Área de Saúde.....	15
CAPÍTULO 2	21
Constituições e Formalizações das CISTs de Âmbito Estadual	
CAPÍTULO 3	41
Temáticas Abordadas nas Atas das CISTs de Âmbito Estadual	
Região Norte.....	41
Região Nordeste.....	44
Região Centro-Oeste.....	49
Região Sul.....	52
Região Sudeste.....	53
Considerações gerais sobre os resultados da análise das atas das atas das CISTs de âmbito estadual.....	54
CAPÍTULO 4	57
Constituição e Formalização da CIST de Âmbito Nacional	
Composição.....	57
Das Temáticas Abordadas na CIST de Âmbito Nacional, nos anos de 2012 e 2013.....	60
Considerações gerais sobre os resultados da análise das atas da CIST Nacional.....	67
CONSIDERAÇÕES FINAIS	68
REFERÊNCIAS	71
ANEXO	75
Mapa das Comissões Intersectoriais de Saúde do Trabalhador no Brasil. Brasil, 2013	

OBJETO DE ESTUDO

Este estudo tem como objetivo realizar uma análise das atividades desenvolvidas pelas Comissões Intersetoriais de Saúde do Trabalhador (CIST), nos âmbitos estaduais e nacional, para melhoria das ações de saúde dos trabalhadores, particularmente no que refere às suas contribuições para a implementação de ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT). Com esse intuito, identificaram-se as Comissões Intersetoriais de Saúde do Trabalhador constituídas e formalizadas e o perfil dos representantes de instituições públicas e de organizações da sociedade civil organizada integrantes dessas comissões. Realizou-se também um levantamento dos temas discutidos nas reuniões registradas nas suas atas, a fim de coletar informações sobre as questões abordadas, as propostas acertadas e os encaminhamentos realizados. Tendo como base as informações obtidas, interpretaram-se as contribuições havidas na sua atuação, sobretudo no que diz respeito às etapas de planejamento, realização, acompanhamento e avaliação das ações de vigilância desenvolvidas pelos Centros de Referência de Saúde do Trabalhador (CERESTs) nas Unidades Federativas (UFs).

Esta análise busca propiciar a elaboração de um diagnóstico da atuação das CISTs enquanto principais instâncias do controle social em saúde do trabalhador, com vistas a melhorar o desempenho na implementação das ações de VISAT. Além disso, o estudo vai ao encontro de uma carência de conhecimento sistematizado sobre a efetividade das ações dessas instâncias de participação social. Como observam Hoefel, Dias e Silva¹, o controle social na área da saúde do trabalhador está fragilizado, em decorrência das mudanças na organização sindical e do grande número de trabalhadores inseridos no mercado de trabalho informal que ainda não se organizaram suficientemente para ter uma representação significativa nas diversas instâncias de participação no sistema de saúde. Da mesma forma, Minayo-Gómez e Lacaz² afirmam, inclusive, que os instrumentos criados para o exercício de cidadania não vêm se mostrando eficazes no que se refere ao real enfrentamento da atual situação da saúde no mundo do trabalho. Para os autores, é necessária uma revisão profunda dos fundamentos conceituais, políticos e sociais que deram origem à própria expressão “controle social” e à institucionalização dessa instância, para que tenham mais efetividade.

Este estudo iniciou-se com uma busca ativa para localizar as resoluções, as portarias ou os documentos de formalização da criação das CISTs nos portais dos Conselhos Estaduais de Saúde e do Conselho Nacional de Saúde³⁻²⁸.

Foram analisadas as atas das reuniões realizadas pelas CISTs nos anos de 2012 e 2013 a que este estudo teve acesso, após solicitação aos Conselhos de Saúde e aos coordenadores das CISTs. Na análise das informações, identificaram-se os participantes das reuniões, as temáticas discutidas, as decisões tomadas, as ações implementadas, bem como os avanços conseguidos, as fragilidades e limitações para tornar efetivas as ações propostas e os principais desafios.

Também foram analisados os dados inseridos pelos CERESTs Estaduais no Inventário da RENAST¹ de 2013 sobre a participação das CISTs, o que permitiu a este estudo confrontar as informações com os dados fornecidos pelos Conselhos Estaduais de Saúde e os dados obtidos nos diários oficiais.

O Inventário da RENAST é um instrumento de avaliação das ações desenvolvidas pelos CERESTs no país, realizado pela Coordenação-Geral de Saúde do Trabalhador do Ministério da Saúde, e tem como objetivo avaliar as ações de saúde do trabalhador no Brasil.

Neste conjunto de documentos, foi possível observar a efetividade do exercício democrático do controle social e as formas como vem ocorrendo esse processo participativo, a começar pela própria representatividade dos membros que compõem essas instâncias, ou seja, quais setores de trabalhadores e instituições têm representantes.

Neste sentido, foi feito o levantamento do que tem sido a atuação de cada CIST em relação a: (1) demandas recebidas; (2) condições de saúde dos trabalhadores de diversas categorias; (3) participação nas ações realizadas pelos CERESTs; (4) preparação, acompanhamento e avaliação de ações de VISAT em ambientes e processos de trabalho; (5) fiscalização e acompanhamento das ações e recursos públicos destinados às ações de saúde do trabalhador nos CERESTs; (6) articulação intra e intersetorial das ações de saúde do trabalhador; (7) promoção e prevenção de acidentes de trabalho; (8) eventos; e (9) capacitação.

Os atores do controle social da Saúde do Trabalhador são de diversas representações, com atuação importante para inserções da Saúde do Trabalhador no âmbito da saúde pública do Brasil. Historicamente, a militância da sociedade civil organizada, as centrais sindicais, as

¹Fonte: CGSAT. 2º Inventário 2012. Disponível em:
<<http://www.renastonline.org/sites/default/files/arquivos/recursos/Inventario%20RENAST%202010-2011.pdf>>.

confederações dos trabalhadores, federações de trabalhadores, sindicatos, Organizações não Governamentais (ONGs), associações e a academia foram e continuam sendo fundamentais para o fortalecimento dessas ações.

Ressalte-se que, devido à falta de publicações especificamente sobre as atuações das CISTs, este estudo visa contribuir para a visibilidade das ações, o que será um marco para os futuros estudos. Infelizmente, a opção pelo período de 2012 e 2013 justifica-se pela não existência de subsídios mais completos anteriormente.

Trajetória da participação social na área de saúde

O envolvimento dos trabalhadores na luta pela saúde tem um marco na década de 1970, no bojo do dinamismo dos movimentos sociais da época, quando trabalhadores italianos organizados, profissionais de saúde, técnicos de serviços de saúde e pesquisadores trouxeram à cena discussões sobre as condições de trabalho geradoras de doenças e agravos e algumas estratégias para modificá-las²⁹. Sob a premissa metodológica de que os próprios trabalhadores são depositários de um saber emanado da experiência e sujeitos essenciais quando se visa a uma ação transformadora, foi construído o denominado "Modelo Operário Italiano"³⁰. Neste modelo, o foco particular era a mudança e o controle das condições de trabalho nas unidades produtivas, sendo os pressupostos básicos a não delegação, expressa pela recusa em transferir para técnicos ou representantes sindicais a tarefa de sistematizar o conhecimento obtido pelos grupos submetidos às mesmas condições de trabalho – grupos homogêneos de risco –, bem como a validação consensual, resultante da discussão coletiva das avaliações que pautariam os processos reivindicatórios. Inspirar-se em sua essência era um caminho fértil, desde que estabelecidos elos de complementaridade entre o saber procedente da prática cotidiana e a produção teórica gerada em outros espaços em que se reflete sobre o mundo do trabalho.

Esse movimento disseminou-se no Brasil em meados dos anos 1980, no momento histórico do processo de reorganização social, do fim da ditadura militar e do início da redemocratização. Contou com o apoio dos trabalhadores, em particular das organizações sintonizadas com as premissas do “novo sindicalismo”, e as formulações teórico-conceituais produzidas pela Epidemiologia Social, que incluíam as questões de saúde do trabalhador.

As organizações sindicais mais mobilizadas pelas questões da saúde relacionadas ao trabalho pressionavam para que fossem implantados programas de saúde do trabalhador na

rede pública de saúde, cuja conquista contribuiu para a institucionalização da Saúde do Trabalhador no país³¹.

A criação, em 1980, do Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde e dos Ambientes de Trabalho (DIESAT), pelos sindicatos e federações de trabalhadores – que realizaram, em São Paulo, a I Semana de Saúde do Trabalhador (SEMSAT), com o lema *Saúde não se troca por dinheiro* –, é uma grande referência histórica. Teve um papel fundamental na luta pela melhoria das condições de trabalho, como foi o caso do apoio à greve conduzida com sucesso pelo Sindicato dos Trabalhadores Químicos do ABC em 1984, a primeira ocorrida no país por questões relacionadas à insalubridade das condições de trabalho³².

Neste processo de redemocratização do país, acompanhado de grandes mobilizações que buscavam ampliar os mecanismos de diálogo entre o Estado e os cidadãos³³, começou a tomar forma o controle social enquanto mecanismo de participação do cidadão na gestão pública, indispensável no monitoramento e fiscalização das ações da administração pública. A Constituição de 1988 inova a forma pela qual o Estado estabelece relações com a sociedade, tendo como base a participação de organizações da sociedade na formulação e pactuação de propostas institucionais, perante as demandas da comunidade.

No âmbito da Saúde Pública, desde a promulgação da Lei nº 8.080/90³⁴, denominada de Lei Orgânica da Saúde, o Brasil tem investido na construção democrática das decisões, e atribuído aos representantes da sociedade o direito e o dever de fiscalizar e controlar os gestores nas três esferas de governo. Nesse cenário, as principais formas de participação social no Sistema Único de Saúde (SUS) se dão por meio dos Conselhos de Saúde e das Conferências de Saúde, no nível municipal, estadual e federal, com o objetivo de fomentar a inserção da sociedade nas definições de políticas públicas de saúde, no controle da qualidade dos serviços públicos e na fiscalização dos recursos financeiros destinados à saúde.

No momento em que se fortaleceu o movimento democrático, a relação entre saúde e democracia esteve no centro do debate político. Tal compreensão acentuou-se nas discussões ocorridas durante a VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, na qual se definiram princípios e linhas de atuação do projeto da Reforma Sanitária que viria orientar a proposta do movimento sanitário no processo constituinte de 1988³⁵.

Nesse contexto histórico, a Saúde do Trabalhador torna-se um direito constitucional e universal, no Art. 200 da Constituição Federal, que estabelece, como competências do SUS,

executar ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de *saúde do trabalhador*, e colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho³⁶. Esta determinação foi firmada na Lei Orgânica da Saúde no Art. 6º, que define a Saúde do Trabalhador como integrante do campo de atuação do SUS e regulamenta os dispositivos constitucionais sobre a Saúde do Trabalhador. Compõe essa área um conjunto de atividades que se destinam – através das ações de assistência, vigilância epidemiológica e vigilância sanitária – à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visam à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos a riscos e agravos advindos das condições de trabalho. Sob essa perspectiva, foi instituída, em 2002, no âmbito do SUS, a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador, a ser implantada, de forma articulada, entre o Ministério da Saúde, Secretarias de Saúde dos Estados, Distrito Federal e Municípios, executores de ações relacionadas com a Saúde do Trabalhador, além de instituições colaboradoras nessa área. Entre seus componentes, inclui-se a rede de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador, cujo objetivo é dar subsídio técnico para o SUS nas ações de promoção, prevenção, vigilância, diagnóstico, tratamento e reabilitação em saúde do trabalhador³⁷.

No que se refere ao controle social na área da saúde do trabalhador institucionalizado, foram criadas as Comissões Intersetoriais de Saúde do Trabalhador (CISTs), vinculadas aos conselhos de saúde, que têm como objetivo assessorar no acompanhamento dos temas relativos à saúde do trabalhador, cuja execução envolva áreas compreendidas no âmbito do SUS. Essa instância de participação tem um papel fundamental na construção e desenvolvimento das ações de saúde do trabalhador e na consolidação da RENAST pelo país.

Quanto à expressão “controle social”, do ponto de vista sociológico, é entendida como “o conjunto de métodos pelos quais a sociedade influencia o comportamento humano, tendo em vista manter determinada ordem”³⁸. Para Carvalho³⁹, “controle social é expressão de uso recente e corresponde a uma moderna compreensão de relação Estado-sociedade”, cabendo a esta “estabelecer práticas de vigilância e controle sobre aquele”.

Segundo Minayo-Gómez⁴⁰, o controle social, tal como concebido na política pública brasileira, é um instrumento de vigilância, de ação e de intervenção por parte dos segmentos organizados da sociedade civil sobre as ações do Estado. Representa um novo tipo de relacionamento entre o Estado e a sociedade. É uma expressão do processo de democratização das relações da sociedade com o Estado na história das políticas sociais no país.

No decorrer dos anos, o controle social passou a ser compreendido como a participação e a fiscalização da sociedade sobre as ações do Estado e a aplicação dos recursos públicos colocados à sua disposição. Como afirma Dahl⁴¹, não existe uma democracia completa sem a participação de todos os cidadãos. Para Machado⁴², aquele foi um grande momento vivido pelo controle social no país, enquanto um dos princípios alimentadores da reformulação, sobretudo, do sistema nacional de saúde e como via imprescindível para a sua democratização.

A institucionalização da participação social na Lei nº 8.142/90⁴³ se dá, entre outras formas, por meio dos conselhos de saúde e das conferências. As conferências são realizadas a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde nos níveis correspondentes e propor diretrizes para a formulação da política de saúde. São convocadas pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, pelo conselho de saúde, que tem caráter permanente e deliberativo. Esse órgão colegiado é composto por representantes do governo, prestadores de serviços, profissionais de saúde e usuários. Atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde nas diversas instâncias, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, sendo as decisões homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo.

Os conselhos de saúde e a realização periódica das conferências contribuíram para a inclusão de milhares de novos atores sociais em esferas de interlocução entre a sociedade civil e o poder político, o que tem favorecido o avanço da democracia participativa no Brasil. Porém é importante lembrar que os conselhos de saúde constituem uma arena de disputa e, como tal, são permeados por contradições e interesses distintos, sendo aprovadas as propostas dos segmentos com maior poder de persuasão⁴⁴. Dessa forma, tanto podem favorecer processos de transformação como servir à manutenção do *status quo*. Isso vai depender da correlação de forças entre os segmentos presentes, uma vez que nesse espaço se refletem a heterogeneidade e as contradições da sociedade, bem como a conjuntura macropolítica, podendo representar avanços ou encontrar grandes obstáculos para o aprofundamento da democracia participativa⁴⁵.

As CISTs foram fomentadas nas normas de Saúde do Trabalhador, a partir da Instrução Normativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador, Portaria 3.120/98⁴⁶, Item 5.2:

Recomenda-se a criação de comissão, subordinada aos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, com a finalidade de assessorá-lo na definição de políticas, no estabelecimento de diretrizes e prioridades, e no

acompanhamento e avaliação da execução das ações de saúde do trabalhador.

Na Norma Operacional de Saúde do Trabalhador, Portaria nº 3.908/98⁴⁷, no seu Art. 10º, recomenda-se a instituição da

Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador, com a participação de entidades que tenham interfaces com a área de saúde do trabalhador, subordinada aos Conselhos Estadual e Municipal de Saúde, com a finalidade de assessorá-los na definição das políticas, no estabelecimento de prioridades e no acompanhamento e na avaliação das ações de saúde do trabalhador.

Na Portaria da criação da RENAST e dos CERESTs, nº 1.679/02, o Art. 7º dispõe: “O controle social da RENAST – por meio da participação das organizações de trabalhadores urbanos e rurais – se dará por intermédio das instâncias de controle social do SUS, conforme estabelecido na legislação vigente”.

Na Portaria de ampliação da RENAST e dos CERESTs, nº 2.728/09⁴⁸, o Art. 8º estabelece:

O controle social nos serviços que compõem a RENAST, com a participação de organizações de trabalhadores e empregadores, [deve se dar] (...) por intermédio das Conferências de Saúde e dos Conselhos de Saúde, previstos na Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, bem como por meio das Comissões Intersetoriais de Saúde do Trabalhador – CIST vinculadas aos respectivos Conselhos.

E, na Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNST), Portaria nº 1.823/12⁴⁹, ressalta-se a necessidade de fortalecer e a ampliar a participação da comunidade, dos trabalhadores e do controle social na formulação, no planejamento, na gestão e no desenvolvimento das políticas e das ações em saúde do trabalhador. Devem ser consideradas as configurações atuais do mundo do trabalho, as mudanças nos processos produtivos e na estrutura sindical e o crescimento das relações informais e precárias de trabalho. Dessa forma, além dos trabalhadores inseridos no mercado formal de trabalho e suas organizações sindicais, sugerem-se esforços que equacionem a participação de outras representações sociais, como trabalhadores de setores da economia informal, da produção agrícola, da pesca, das comunidades tradicionais, dos trabalhadores rurais sem-terra, dos quilombolas, dos trabalhadores autônomos e outros.

A Lei nº 8.142/90 e a Resolução nº 453/12⁵⁰ estabelecem que os conselhos de saúde são instâncias colegiadas, deliberativas e permanentes no Sistema Único de Saúde em cada esfera de governo. Sua organização e normas de funcionamento são definidas em regimento

próprio, e aprovadas pelo respectivo conselho. Assim, o conselho de saúde tem autonomia para criar suas respectivas comissões de acordo com as necessidades locais, e a Comissão Intersertorial de Saúde do Trabalhador deve ser uma delas.

A Resolução nº 453/2012 determina que o Conselho de Saúde manifeste-se por meio de resoluções, recomendações, moções e atos deliberativos. As resoluções serão obrigatoriamente homologadas pelo gestor do Poder Executivo em cada esfera de governo, dando-se a elas publicidade oficial em um prazo trinta dias. Compreende-se, então, que a formalização da criação da CIST deve ser por meio de uma resolução, por tratar-se de um ato deliberativo e de caráter normativo.

CONSTITUIÇÕES E FORMALIZAÇÕES DAS CISTs DE ÂMBITO ESTADUAL

De acordo com o levantamento empreendido pela análise documental realizada, existiam no Brasil, até final do ano de 2013, 25 CISTs constituídas e homologadas nas seguintes Unidades Federativas (UFs): Alagoas, Amazonas, Amapá, Bahia, Ceará, Distrito Federal, Espírito Santo, Goiás, Maranhão, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Minas Gerais, Pará, Paraíba, Paraná, Pernambuco, Piauí, Rio de Janeiro, Rio Grande do Norte, Rio Grande do Sul, Rondônia, Roraima, Santa Catarina, São Paulo e Tocantins.

Nos dados analisados no Inventário da RENAST de 2013, existiam CISTs estaduais no Amazonas, Ceará, Distrito Federal, Espírito Santo, Goiás, Mato Grosso do Sul, Mato Grosso, Paraíba, Rio de Janeiro, Rio Grande do Norte, Rio Grande do Sul, Rondônia, Santa Catarina e São Paulo. Quanto às demais UFs, não houve o preenchimento deste dado.

Cabe destacar que, durante a coleta de dados, constatou-se que, em alguns estados, as documentações apresentadas pelos conselhos estaduais de saúde como sendo de formalização e constituição das suas respectivas CISTs, na verdade eram apenas de publicação da atual composição. Assim, foi necessário para este estudo recorrer aos Diários Oficiais, a fim de se identificar quando de fato as CISTs foram criadas, informação fundamental para a construção da história deste importante instrumento do controle social.

Identificou-se que as CISTs de Rondônia, Roraima, Paraíba e Santa Catarina, devidamente formalizadas, não funcionaram durante o período de 2012 e 2013. No que concerne às CISTs dos estados do Acre e de Sergipe, não foram localizados documentos de constituição e formalização, dessa forma sendo estas consideradas “inexistentes”. Tal informação também foi retratada pelo Inventário da RENAST 2013.

Observou-se que 23 CISTs, enquanto instâncias formais de participação do controle social, foram criadas após o ano de 2002, coincidentemente após o surgimento da RENAST. No entanto, isso não significa que a criação das CISTs acompanhou a mesma agenda de habilitação dos CERESTs nos estados, um processo tardio olhando pela ótica da necessidade de um acompanhamento das ações de Saúde do Trabalhador, sendo provável que a não existência dos CERESTs levaria os trabalhadores a ficarem sem assistência.

Na região Norte, foram criadas duas CISTs em 2004, duas em 2007, e uma em 2008. Surgiram após um ano, em 2003, da habilitação dos primeiros CERESTs estaduais da região, no Acre, Amazonas, Pará, Rondônia e Tocantins.

A CIST Estadual do Amazonas foi constituída pela Resolução de nº 026, de 27 de novembro de 2007, e homologada pelo gestor no Diário Oficial de 13 de dezembro de 2007.

A CIST Estadual de Amapá foi constituída pela Resolução de nº 020, de 25 de outubro de 2004, e homologada pelo gestor no Diário Oficial de 16 de novembro de 2004.

De 2007 a 2012, a CIST Estadual do Pará funcionava dentro do CEREST Estadual, e não tinha reconhecimento do Conselho Estadual de Saúde (CES), por não haver sido criada por ele. Após conhecimento da CIST Nacional deste equívoco de papéis, buscou-se articulação para que a CIST do Pará fosse efetivada dentro do seu espaço de controle social, resultando em sua constituição pelo Conselho Estadual de Saúde pela Resolução de nº 052, de 24 de setembro de 2012, e homologação pelo gestor no Diário Oficial de 3 de dezembro de 2012. Atualmente, funciona dentro do Conselho Estadual de Saúde.

Cabe mencionar que as legislações e normativas que estabelecem a criação e gestão dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador não identificam que constam entre suas responsabilidades a criação de CISTs.

A CIST Estadual de Rondônia foi constituída pela Resolução de nº 003, de 3 de abril de 2008, e homologada pelo gestor na mesma data, mas não tem registro publicado em Diário Oficial. Segundo informações do próprio Conselho Estadual, a CIST foi criada, mas não teve funcionamento devido à falta de quórum. Está sendo reestruturada pela gestão atual do Conselho de Saúde, com previsão de funcionamento para 2014.

A CIST Estadual do Roraima foi constituída pela Resolução de nº 014, de 25 de novembro de 2004, e homologada pelo gestor no Diário Oficial de 30 de novembro de 2004. Todavia, teve atuação efetiva até 2006, ficando inativa do período de 2007 a 2013, segundo informações do Conselho Estadual de Saúde.

A CIST Estadual de Tocantins foi constituída pela Resolução de nº 034, de 12 de julho de 2007, e homologada pelo gestor no Diário Oficial de 3 de agosto de 2007. Esteve desativada de 2009 até meados de 2013. Foi reativada pela Resolução de nº 404, de 17 de outubro de 2013, e homologada novamente pelo gestor no Diário Oficial de 1º de novembro de 2013.

Identificou-se que as composições das CISTs em funcionamento nesta região não são formadas paritariamente, obedecem ao caráter intersetorial, não contemplam a participação da vigilância em saúde, do Ministério Público, do Ministério Público do Trabalho, da representação de empregadores ou de demais áreas da saúde além dos CERESTs.

Conta com a participação da representação local do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE) e da Previdência apenas no estado do Amapá, que são inexistentes nos estados do Amazonas e de Tocantins. A CIST do estado do Pará contempla apenas a participação da Previdência Social.

A participação do CEREST Estadual não consta na composição da CIST de Tocantins, e identificou-se a participação da academia nas CISTs dos estados do Amapá e do Pará.

Observou-se que as representações dos trabalhadores da saúde são unânimes e em maior quantidade nas composições das CISTs dessa região, ficando em segundo a representação dos demais servidores públicos.

As centrais sindicais só são contempladas na composição das CISTs dos estados do Amapá e do Pará.

No estado do Acre, não foi constatada a existência de CIST.

As CISTs da região Nordeste foram criadas nos anos de 1994, 1995, 2004, 2005, 2008 e 2012. Nessa região, aparecem as primeiras CISTs do país, antes mesmo da criação da RENAST. Na Bahia, o primeiro CEREST foi habilitado após sete anos de criação de sua CIST, e em Pernambuco, após 12 anos.

A CIST Estadual de Alagoas foi constituída pela Resolução de nº 84, de 17 de dezembro de 2003, e homologada pelo gestor por meio da Portaria de nº 70, de 10 de fevereiro de 2004.

A CIST Estadual da Bahia foi constituída pela Portaria da Secretaria Estadual de Saúde (SES) de nº 3.973, de 22 de novembro de 1995, e publicada no Diário Oficial de 22 de novembro de 1995.

A CIST Estadual do Ceará foi constituída pela Resolução de nº 03, de 12 de maio de 2008, e homologada pelo gestor no Diário Oficial de 13 de junho de 2008.

A CIST Estadual do Maranhão foi constituída pela Portaria da Secretaria Estadual de Saúde (SES) de nº 86, de 13 de junho de 2005, e publicada no Diário Oficial de 27 de junho

do mesmo ano². Recebeu naquela época o nome de Comissão Interinstitucional de Saúde do Trabalhador, e só se tornou Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador a partir da Portaria da SES de nº 86, de 23 de fevereiro de 2010, publicada no Diário Oficial em 1º de março de 2010.

A CIST Estadual da Paraíba foi constituída pela Resolução de nº 16, de 27 de maio de 2008, e homologada pelo gestor no Diário Oficial de 3 de junho daquele ano, mas está sem funcionamento desde 2011.

A CIST Estadual de Pernambuco foi constituída pela Portaria da SES de nº 942, de 12 de dezembro de 1994, e publicada no Diário Oficial de 15 de dezembro de 2012, sendo chamada de Comissão Interinstitucional de Saúde do Trabalhador, permanecendo até o momento com esta denominação. Entretanto, em vários documentos consta o nome de Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador do Estado de Pernambuco.

A CIST Estadual do Piauí foi constituída pela Resolução de nº 35, de 28 de novembro de 2012, e não foi homologada pelo gestor no Diário Oficial.

A CIST Estadual do Rio Grande do Norte foi constituída pela Portaria SES nº 299, de 6 de outubro de 2004, publicada no Diário Oficial de 9 de outubro de 2004. Criada equivocadamente no âmbito do CEREST Estadual, recebe o nome de Comissão Interinstitucional de Saúde, Ambiente e Trabalho.

Identificou-se que as composições das CISTs em funcionamento na região não contemplam a participação da vigilância em saúde ou de demais áreas da saúde além dos CERESTs.

Cabe registrar que as CISTs dos estados do Maranhão e do Ceará são formadas paritariamente. Contemplam a participação de instituições de ensino, do Ministério Público e do Ministério Público do Trabalho as CISTs dos estados de Alagoas e Pernambuco.

Contam com a participação da representação local do MTE e da Previdência as CISTs da Bahia, de Alagoas e do Ceará, o que não ocorre nos estados do Maranhão e do Piauí. A CIST do estado do Rio Grande do Norte contempla apenas a participação da Previdência Social, e a de Pernambuco, do MTE.

Este estudo ressalta que as CISTs dos estados de Alagoas, Ceará, Maranhão e Rio Grande do Norte contemplam a participação de outras áreas da saúde além da saúde do

² Disponível em: <<http://www.jusbrasil.com.br/diarios/6481136/pg-24-executivo-diario-oficial-do-estado-do-maranhao-doema-de-27-06-2005>>.

trabalhador, possibilitando as ações intrassetoriais – ações entre diversos setores da mesma Secretaria de Saúde em prol da saúde do trabalhador.

Observou-se que, nas representações dos trabalhadores, se encontra em primeiro lugar a representação da categoria dos rurais, seguida da dos trabalhadores da indústria e da saúde.

Os trabalhadores rurais têm três representantes na CIST do Ceará e dois na CIST de Alagoas. Os trabalhadores da indústria têm participação nas CISTs dos estados de Alagoas, Bahia, Rio Grande do Norte e Maranhão – inclusive, no Maranhão há três membros.

Os representantes das centrais sindicais estão presentes nas CISTs dos estados do Ceará, Maranhão, Pernambuco e Rio Grande do Norte.

No estado de Sergipe, não foi constatada a existência de CIST.

As CISTs da região Centro-Oeste foram criadas nos anos de 2003, 2006, 2009 e 2013, com um intervalo dez anos entre a CIST do Mato Grosso e a de Goiás.

A CIST do Distrito Federal foi constituída pela Resolução nº 16, de 17 de maio de 2005, que, de acordo com a ordem de serviço nº 01/2012, passou a ser a Resolução nº 71, homologada pelo gestor no Diário Oficial de 20 de abril de 2012. Mas, segundo informações levantadas no Diário Oficial de 27 de julho de 2006, a CIST funcionava desde 2006³, estando paralisada apenas nos anos de 2011 e 2012. Foi reconstituída, através da Portaria s/n, de 2 de maio de 2013, homologada pelo gestor no Diário Oficial de 13 de maio de 2013.

A CIST Estadual de Goiás foi constituída pela Resolução de nº 005, de 3 de setembro de 2013, e homologada pelo gestor no Diário Oficial de 4 de setembro de 2013. Anteriormente havia um grupo de várias entidades envolvidas na discussão dos problemas de saúde do trabalhador que se intitulava como CIST Estadual, mas não foi encontrada nenhuma documentação que comprovasse a sua constituição e homologação.

Após a homologação, a CIST realizou um seminário, no qual participaram, além de membros titulares e suplentes da comissão, outros técnicos de diversas áreas fora do âmbito da saúde. O seminário teve como objetivos oficializar a abertura dos trabalhos da CIST, capacitar os membros sobre qual seria a atuação da CIST e levantar elementos para a construção do Plano de Trabalho, a partir das contribuições dos participantes.

A CIST Estadual de Mato Grosso foi constituída pela Resolução de nº 15, de agosto de 2009, e homologada pelo gestor no Diário Oficial de 9 de setembro de 2009, mas infelizmente o próprio Conselho Estadual de Saúde não a reconhece nem dá espaço para incluir na sua

³Disponível em: <<http://www.jusbrasil.com.br/diarios/6803533/pg-14-secao-01-diario-oficial-do-distrito-federal-dodf-de-27-07-2006>>. Acesso em 11/12/2013, às 19h50.

pauta as questões de saúde do trabalhador. Lembremos que o Conselho de Saúde deve garantir a condição necessária para o seu pleno funcionamento, tanto do ponto de vista político como de infraestrutura para realização das reuniões, assim como a comissão deve discutir e submeter à aprovação do pleno do Conselho de Saúde o seu calendário de reuniões, o plano de ação e suas recomendações.

A CIST Estadual de Mato Grosso do Sul foi constituída pela Deliberação de nº 163, de 15 de agosto de 2003, e homologada pelo gestor no Diário Oficial de 16 de agosto de 2003.

Identificou-se que as composições das CISTs em funcionamento nesta região não são formadas paritariamente; obedecem ao caráter intersetorial; todas contemplam a participação do CEREST Estadual; e em Goiás também é contemplada a participação do CEREST Regional da capital.

Importante registrar que a CIST do estado do Mato Grosso é a única no país que contempla a participação da Vigilância em Saúde do Trabalhador não realizada pelo CEREST, tem uma área específica, e é a única da sua região que tem a participação do Ministério Público ou do Ministério Público do Trabalho. A CIST do estado do Mato Grosso do Sul tem a participação da Vigilância em Saúde Ambiental e outra área da saúde não específica de saúde do trabalhador. Estas CISTs contemplam a participação de representantes de instituições de ensino. Os representantes das instituições de ensino também aparecem na CIST do Distrito Federal.

A participação dos representantes locais do Ministério do Trabalho e Emprego não aparece apenas na CIST de Goiás, e da Previdência Social na CIST do Distrito Federal.

Observou-se que as representações de trabalhadores da saúde, da indústria e da educação estão em primeiro lugar, vindo em seguida as dos trabalhadores rurais e do transporte.

Cabe ressaltar que apenas a CIST do estado do Mato Grosso contempla a participação de representante de central sindical.

As CISTs da região Sul foram criadas nos anos de 2004, 2006 e 2008, com dois anos de intervalo entre cada uma.

A CIST Estadual do Paraná foi constituída através da Resolução de nº 006/2008, em consequência de várias reuniões havidas no ano de 2007, e homologada pelo gestor no Diário Oficial de 29 de abril de 2008.

A CIST Estadual do Rio Grande do Sul foi constituída pela Resolução de nº 01, de 18 de março de 2004, e homologada pelo gestor no Diário Oficial de 1º de abril do mesmo ano.

A CIST Estadual de Santa Catarina foi constituída pela Resolução de nº 009, de 30 de agosto de 2006, não foi homologada pelo gestor e está sem funcionamento desde o ano de 2011.

Identificou-se que as composições das CISTs em funcionamento nesta região não são formadas paritariamente, obedecem ao caráter intersetorial, e todas contemplam a participação de outras áreas da saúde, além do CEREST Estadual. Não contemplam a participação das vigilâncias em saúde, da representação local do Ministério do Trabalho e Emprego e da Previdência Social, das instituições de ensino e nem do Ministério Público ou do Ministério Público do Trabalho.

Cabe ressaltar que só a CIST do estado do Rio Grande do Sul tem a participação dos representantes dos empregadores.

Observou-se que as representações de trabalhadores da saúde são maioria nesta região. Chega a ter três representações na mesma a do estado do Paraná.

Importante registrar que todas as CISTs desta região contemplam a participação de representantes de centrais sindicais.

As da região Sudeste foram criadas nos anos de 2007, 2010, 2012 e 2013. Surpreendentemente, o estado de Minas Gerais só criou sua CIST Estadual no final do ano de 2013, na região que conta com a maior força de trabalho do país. Portanto, a última CIST criada foi a de Minas Gerais.

A CIST Estadual do Espírito Santo foi constituída pela Resolução de nº 755, de 21 de junho de 2012, e homologada pelo gestor no Diário Oficial de 12 de julho de 2012.

A CIST Estadual de Minas Gerais foi constituída pela Deliberação de nº 005, de 2 de dezembro de 2013, e homologada pelo gestor no Diário Oficial de 4 de dezembro de 2013. Segundo informações do Conselho Estadual de Saúde, anteriormente à criação da CIST, o conselho contava com a assessoria de uma Câmara Técnica específica para a temática de Saúde do Trabalhador.

A CIST Estadual de São Paulo foi constituída pela Deliberação de nº 05, de 19 de outubro de 2007, homologada pelo gestor no Diário Oficial de 31 de outubro de 2007, conforme deliberado na 5ª Conferência Estadual de Saúde de São Paulo.

A CIST Estadual do Rio de Janeiro foi constituída pela Deliberação de nº 62, de 26 de julho de 2010, e homologada pelo gestor no Diário Oficial de 30 de agosto de 2010. Porém, recebe um nome nunca utilizado em lugar nenhum no Brasil: Comissão Intersectorial de Segurança e Saúde do Trabalhador. Cabe indagar os motivos que levaram a se adotar essa denominação num estado com longa história de participação de representantes dos trabalhadores e de outros setores e instituição em numerosas ações de saúde do trabalhador, particularmente na vigilância de ambientes e processos de trabalho.

Identificou-se que as composições das CISTs em funcionamento nesta região não contemplam a participação das vigilâncias, e apenas a CIST do estado de São Paulo é formada paritariamente.

Cabe ressaltar que a CIST do estado do Espírito Santo é a única em sua região que tem a participação local do Ministério do Trabalho e Emprego, da Previdência, dos representantes dos empregadores, do Ministério Público ou do Ministério Público do Trabalho. A representação de instituições de ensino aparece nas CISTs dos estados do Espírito Santo e de Minas Gerais.

Observou-se que as representações dos trabalhadores da saúde são unânimes e em maior quantidade nas composições das CISTs desta região, ficando em segundo a representação dos demais servidores públicos.

Importante registrar que todas as CISTs desta região contemplam a participação de representantes de centrais sindicais.

Um ponto importante que este estudo pôde constatar a partir do histórico exposto anteriormente é que as denominações descritas nos documentos de criação e de formalização das CISTs estavam de diversas formas, como deliberações, portarias e resoluções. Na CIST do estado do Paraná, por exemplo, consta apenas no regimento do Conselho Estadual de Saúde.

Apesar do quadro encontrado por este estudo, cabe mencionar que em sua maioria as CISTs estão de acordo com as normas de constituição e formalização, ou seja, a partir de uma resolução ou deliberação do Conselho Estadual de Saúde, com homologação pelo gestor no Diário Oficial.

Ressalta-se ainda que algumas CISTs foram criadas por portaria do Poder Executivo, como nos casos de Alagoas, Bahia, Maranhão, Pernambuco e Rio Grande do Norte.

Sendo assim, aparentemente a CIST pode deixar de ser um espaço institucionalizado do controle social, e tornar-se meramente um espaço instituído pela gestão. Essa situação pouco favorece o controle das ações dos gestores, o que leva a refletir se, nessas circunstâncias, é possível o exercício pleno do controle social.

Outro ponto que chamou a atenção nos documentos de criação e homologação da CIST foi a nomenclatura adotada em alguns estados:

- Comissão Interinstitucional de Saúde do Trabalhador, em Pernambuco;
- Comissão de Saúde do Trabalhador, no Rio Grande do Sul e no Piauí;
- Comissão Interinstitucional de Saúde, Ambiente e Trabalho, no Rio Grande do Norte;
- Comissão Intersetorial de Segurança e Saúde do Trabalhador, no Rio de Janeiro.

A Lei nº 8.080/90 estabelece nos Arts. 12 e 13, quanto à criação desta comissão, que a CIST é uma comissão intersetorial de saúde do trabalhador e deve ser criada dentro dos conselhos de saúde. Desta forma, é de se esperar que aquelas diferentes denominações estejam refletindo uma falta de clareza ou uma possível distorção quanto ao verdadeiro papel da comissão. Isso leva a pensar que tal situação ocorre devido ao processo de inicialização das CISTs, que em muitos casos se deu dentro dos CERESTs, prejudicando o cumprimento do verdadeiro exercício do controle social.

No que se refere ao perfil da composição das CISTs, observa-se o disposto para os Conselhos de Saúde na Resolução nº 453/12, Terceira Diretriz, segundo a qual a CIST deverá ser composta por representantes da sociedade civil organizada, como órgãos, entidades e movimentos sociais. É dispensada de obedecer ao princípio da paridade (50% de entidades e movimentos representativos de usuários; 25% de entidades representativas dos trabalhadores da área de saúde; e 25% de representação de governo e prestadores de serviços privados conveniados ou sem fins lucrativos, por ser uma comissão intersetorial).

A intersetorialidade⁴ no SUS é a prática que permite que em um determinado espaço sejam compartilhadas decisões entre instituições e diferentes setores do governo que atuam em prol da saúde, na formulação, no planejamento, na implementação e no acompanhamento de políticas públicas que possam ter impacto positivo sobre a saúde da população. Essa

⁴Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_az_garantindo_saude_municipios_3ed_p1.pdf>. Acesso em 11/01/2013, às 14h01.

prática considera o cidadão na sua totalidade, nas suas necessidades individuais e coletivas, demonstrando que ações resolutivas em saúde requerem necessariamente parcerias com outros setores, como educação, trabalho e emprego, habitação, cultura, segurança, e outros.

Verificou-se que as CISTs dos estados do Ceará, Maranhão e São Paulo têm paridade na conformação de sua composição⁵.

Quando a CIST contempla a intersetorialidade em sua composição, o desenvolvimento de suas ações torna-se mais efetiva para os trabalhadores.

⁵ A composição deve apresentar 50% de entidades e movimentos representativos de usuários; 25% de entidades representativas dos trabalhadores da área de saúde e 25% de representação de governo e prestadores de serviços privados conveniados, ou sem fins lucrativos, conforme estabelecido pela Resolução CNS 453/2012, disponível em: <http://www.conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_12.htm>.

Tabela 1. Ano de criação e número das CISTs Estaduais. Brasil, 2013.

Ano de criação das CISTs	Número	UF
1994	1	PE
1995	1	BA
2003	1	MS
2004	5	AL, AP, RN, RS e RR
2005	1	MA
2006	2	DF e SC
2007	3	AM, SP e TO
2008	4	CE, PB, PR e RO
2009	1	MT
2010	1	RJ
2012	3	ES, PA e PI
2013	2	GO e MG

Fonte: Documentos de criação das CISTs.
Elaboração da autora.

Tabela 2. Tipos e número de documentos das constituições e homologações das CISTs Estaduais. Brasil, 2013.

Tipo de documentação	Número	UF
Regimento CES	1	PR
Deliberação	4	MS, MG, RJ e SP
Portaria	5	AL, BA, MA, PE e RN
Resolução	15	AM, AP, CE, DF, ES, GO, MT, PA, PB, PI, RS, SC, RO, RR e TO

Fonte: Documentos de criação das CISTs.
Elaboração da autora.

Tabela 3. Ano de habilitação dos CERESTs e de criação das CISTs Estaduais. Brasil, 2013.

UF	Ano de habilitação do CEREST	Ano de criação Da CIST
AC	2003	*
AL	2003	2003
AM	2003	2007
AP	2004	2004
BA	2002	1995
CE	2003	2008
DF	2003	2006
ES	2003	2012
GO	2006	2013
MA	2004	2005
MG	2002	2013
MS	2003	2003
MT	2004	2009
PA	2003	2012
PB	2003	2008
PE	2006	1994
PI	2003	2012
PR	2003	2008
RJ	2004	2010
RN	2004	2004
RO	2003	2008
RR	2004	2004
RS	2004	2004
SE	**	*
SC	2003	2006
SP	2002	2007
TO	2003	2007

Fonte: Documentos de criação das CISTs.

Elaboração da autora.

Notas: * Não tem CIST formada. ** Não tem CEREST Estadual habilitado.

Na análise realizada por este estudo das composições das CISTs, foram consideradas as 21 que estavam em funcionamento nos anos de 2012 e 2013: Alagoas, Amazonas, Amapá, Bahia, Ceará, Distrito Federal, Espírito Santo, Goiás, Maranhão, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Minas Gerais, Pará, Paraná, Pernambuco, Piauí, Rio de Janeiro, Rio Grande Norte, Rio Grande do Sul, São Paulo e Tocantins.

Não consta nenhuma normativa quanto ao número de membros na composição das CISTs, e não existe nenhuma legislação ou orientação sobre a quantidade de participantes; portanto, o Conselho de Saúde tem autonomia para decidir.

Tabela 4. Número de membros nas composições das CISTs Estaduais. Brasil, 2013.

UF	Número de membros nas composições das CISTs
AL	24
AM	5
AP	17
BA	17
CE	27
DF	10
ES	18
GO	16
MA	36
MG	15
MS	23
MT	28
PA	11
PE	42
PI	4
PR	18
RJ	51
RN	24
RS	30
SP	15
TO	4

Fonte: Documentos de criação das CISTs.
Elaboração da autora.

Identificaram-se 435 entidades ou órgãos que compõem as CISTs em funcionamento. O maior quantitativo de participantes encontra-se nas CISTs do Rio de Janeiro, com 51

membros, e Pernambuco, com 42. As CISTs com menor número de membros são as do Piauí e de Tocantins, ambas com quatro.

Na análise do conjunto das informações obtidas, observou-se que 143 entidades ou órgãos que compõem a CIST em funcionamento são federações, sindicatos, ONGs e associações que representam diversas categorias de trabalhadores, o que equivale a 32,9% do total.

Na análise dos dados inseridos no Inventário da RENAST 2013, os estados do Amazonas, Ceará, Espírito Santo, Goiás, Mato Grosso, Rio de Janeiro, Rio Grande do Norte, Rio Grande do Sul e São Paulo, bem como o Distrito Federal, informaram que contemplam a representação de sindicatos, confederações, federações, associações e ONGs de trabalhadores. As demais UFs não forneceram esta informação.

Dessas categorias de trabalhadores representadas nas CISTs, foram identificados: 18,9% de trabalhadores da saúde; 11,2% de servidores públicos; 10,5% de trabalhadores rurais; 9,8% de indústria; 5,6% de educação; 4,2% da construção civil; 3,5% do setor de transportes; 3,5% de postos de combustíveis ou da indústria do petróleo; 2,8% de metalúrgicos; 1,4% de comerciários e de entidades de trabalhadores acometidos por acidentes ou doenças relacionadas ao trabalho; 0,7% de trabalhadores do agronegócio (plantio de cana-de-açúcar, soja ou milho). Um total de 19,6% representa outras categorias, como vigilantes, técnicos de segurança do trabalho, contabilistas, garçons, previdenciários e trabalhadores de telecomunicações, do judiciário, e da polícia civil.

Ressalte-se que em nenhuma das CISTs em funcionamento constam entidades que representam categorias de trabalhadores informais, o que é preocupante, pois, segundo as *Sínteses de Indicadores Sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira em 2012*, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o Brasil ainda tem 44,2 milhões de trabalhadores na informalidade⁶.

A participação predominante dos representantes dos trabalhadores da saúde e de demais servidores públicos constatada neste estudo reflete o perfil dos participantes em diversas atividades da área de saúde do trabalhador.

Observa-se que em estados como Tocantins, Amazonas, Pará e Goiás suas respectivas CISTs não têm em sua composição entidades que representem trabalhadores da agricultura,

⁶Disponível em: <<http://www.ibge.com.br/home/>>.

sendo que a maior parte das atividades econômicas destas UFs encontra-se em torno da agricultura, pecuária, extrativismo e mineração. Este modelo de desenvolvimento econômico nesta parte do país gera impactos na saúde dos trabalhadores e na população de maneira geral.

Segundo o professor Pignatti⁵¹, não existe uso seguro de agrotóxicos, e mais de 30 tipos de pesticidas proibidos na União Europeia continuam a ser usados no Brasil. Como ele afirma, não há comprometimento com o ambiente, embora, com o advento da Constituição de 1988, o meio ambiente, que até então não havia sido considerado nas Constituições, ganhou destaque e relevância, sendo-lhe reservado um capítulo.

O Inventário da RENAST 2013 fez um levantamento sobre as participações de trabalhadores nas ações dos CERESTs estaduais, e a partir da análise dos dados realizada por este estudo, tem-se que:

- no estado do Mato Grosso, nunca existe a participação de trabalhadores nas ações;
- nos estados do Amazonas, Espírito Santo, Goiás, Mato Grosso, Rio de Janeiro e Rio Grande do Norte, bem como no Distrito Federal, às vezes se verifica a participação de trabalhadores nas ações;
- no estado do Ceará é frequente a participação de trabalhadores nas ações; e
- nos estados do Rio Grande do Sul e São Paulo, sempre existe participação de trabalhadores nas ações realizadas.

Os demais estados não apresentaram informações a respeito.

Também foram levantadas, pelo Inventário, as representações de trabalhadores que participam das ações de saúde do trabalhador realizadas pelos CERESTs estaduais.

- No estado do Amazonas ocorre a participação das centrais sindicais;
- nos estados do Ceará, Espírito Santo, Goiás, Rio de Janeiro, Rio Grande do Norte e Rio Grande do Sul, assim como no Distrito Federal, ocorre a participação de sindicatos, confederações, federações, associações e ONGs de trabalhadores;
- nos estados de São Paulo, Ceará e Rio Grande do Sul ocorre a participação do conselho gestor;
- Amazonas, Ceará, Distrito Federal, Rio Grande do Norte e São Paulo responderam que há participação de membros do Conselho Estadual de Saúde;

- nos estados do Ceará, Goiás, Rio Grande do Norte e Rio Grande do Sul, bem como no Distrito Federal, ocorre também a participação de representantes de trabalhadores de movimentos sociais; e
- as participações de membros das CISTs ocorrem nos estados do Amazonas, Ceará, Espírito Santo, Mato Grosso e Rio Grande do Sul.

Cabe ressaltar que nenhuma UF manifestou ter a participação da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA) em suas ações.

Os demais estados não responderam a esta questão no Inventário.

Na análise do perfil das composições das CISTs, foram mapeadas as entidades e órgãos por estado que as integram, e os resultados encontrados apresentam o panorama explicitado a seguir.

Foram identificadas representações locais da Previdência Social em quatro UFs da região Nordeste – Alagoas, Bahia, Ceará e Rio Grande do Norte; três da Região Centro-Oeste – Distrito Federal, Mato Grosso e Mato Grosso do Sul; duas da Região Norte – Amapá e Pará; e em apenas uma da Região Sudeste – Espírito Santo.

Na análise dos dados inseridos no Inventário da RENAST 2013, apenas o estado do Mato Grosso respondeu contemplar esta representação na composição.

Constatou-se então que esta representação é mais presente na região Nordeste, seguida pela região Centro-Oeste.

Foram identificadas representações locais do Ministério do Trabalho e Emprego em três estados do Nordeste – Bahia, Ceará e Pernambuco; três do Centro-Oeste – Goiás, Mato Grosso e Mato Grosso do Sul; e apenas em um estado do Sudeste e do Norte – Espírito Santo e Pará, respectivamente.

Na análise dos dados inseridos no Inventário da RENAST 2013, os estados do Espírito Santo, Goiás e Mato Grosso responderam contemplar esta representação na composição.

Constata-se que as regiões Nordeste e Centro-Oeste lideram quanto às representações locais da Previdência Social e do Ministério do Trabalho e Emprego.

Foram identificadas representações locais das centrais sindicais em todos os estados do Sudeste; em quatro estados das Regiões Nordeste – Ceará, Maranhão, Pernambuco e Rio Grande do Norte; em dois da Região Sul – Paraná e Rio Grande do Sul; e em apenas um estado da Região Centro-Oeste – o Mato Grosso.

Na análise dos dados inseridos no Inventário da RENAST 2013, o Distrito Federal e os estados do Amazonas, Espírito Santo, Mato Grosso, Rio de Janeiro, Rio Grande do Norte, Rio Grande do Sul e São Paulo responderam contemplar esta representação na composição.

As informações inseridas no Inventário e nos documentos de formalizações das CISTs divergem quanto aos dados fornecidos pelo Amazonas e pelo Distrito Federal.

Foram identificadas representações locais das áreas de Vigilância Epidemiológica e Sanitária nos estados do Maranhão, Mato Grosso do Sul, Rio Grande do Norte e São Paulo, e a Saúde do Trabalhador apenas é contemplada na composição do estado do Mato Grosso. É importante ressaltar que a Vigilância em Saúde do Trabalhador identificada neste caso não é a realizada pelos CERESTs, e sim uma coordenação ou gerência dentro da SES específica para esta atuação.

Segundo os dados inseridos no Inventário da RENAST 2013, a Vigilância Epidemiológica está inserida nas composições das CISTs no Amazonas e em Goiás; a Vigilância Sanitária no Ceará, em Goiás e em São Paulo; e a Vigilância em Saúde do Trabalhador em Goiás, Rio de Janeiro e São Paulo.

Os dados apresentados divergem, e é possível supor que, quanto aos dados inseridos no Inventário, por serem preenchidos pelos CERESTs, que em alguns casos estão alocados dentro dos organogramas das vigilâncias, os conselhos possam ter sido induzidos a responder que representam estas áreas também. Todavia, cabe ressaltar que as vigilâncias e principalmente a Vigilância em Saúde do Trabalhador, objeto deste estudo, são pouco contempladas nas composições das CISTs.

A Vigilância Ambiental não aparece inserida em nenhuma composição de CIST.

Foram identificadas representações locais do Ministério Público ou do Ministério Público do Trabalho em dois estados da região Nordeste – Alagoas e Pernambuco; e em apenas em um estado da região Sudeste (Espírito Santo) e da Região Centro-Oeste (Mato Grosso).

Verifica-se que, nos dados inseridos no Inventário da RENAST 2013, a participação do Ministério Público e do Ministério Público do Trabalho é encontrada nas composições das CISTs do Mato Grosso e do Rio de Janeiro.

Cabe registrar que os estados onde se concentra a maior parte da força de trabalho – Minas Gerais, São Paulo, Paraná e Rio Grande do Sul – não contemplam estas representações, o que seria de grande valor no combate às más condições de trabalho.

Foram identificadas representações de ensino e formação, e aparecem em maior número de UFs na região Centro-Oeste – no Distrito Federal, no Mato Grosso e Mato Grosso do Sul; em dois estados da região Nordeste – Alagoas e Pernambuco; dois do Norte – Amapá e Pará; e em apenas um estado do Sudeste – Minas Gerais.

Na análise dos dados inseridos no Inventário da RENAST 2013, os estados do Espírito Santo, Goiás e Mato Grosso responderam contemplar esta representação na composição.

Apesar de os dados serem diferentes, de certa forma reforçam a percepção de que a região Centro-Oeste está bem representada quanto o assunto é qualificação, tão importante para a realização das ações de saúde do trabalhador.

Foram identificadas representações de empregadores em estados do Nordeste – Bahia e Maranhão; do Centro-Oeste – Mato Grosso e Mato Grosso do Sul; e do Sul – no Rio Grande do Sul.

Na análise dos dados inseridos no Inventário da RENAST 2013, os estados que contemplam esta representação são de diferentes regiões do país: um da região Sudeste, o Espírito Santo; um da região Centro-Oeste, o Mato Grosso; e um da Região Sul, o Rio Grande do Sul.

Foram identificadas representações de outras áreas do SUS, além dos CERESTs, como núcleos, gerências e programas de saúde do trabalhador, nos estados das seguintes regiões: quatro da região Nordeste – Alagoas, Ceará, Maranhão e Rio Grande do Norte; três da região Sudeste – Minas Gerais, Rio de Janeiro e São Paulo; dois da região Sul – Paraná e Rio Grande do Sul; e em um estado da Região Centro-Oeste, o Mato Grosso do Sul.

Na análise dos dados inseridos no Inventário da RENAST 2013, apenas a região Nordeste aparece com um estado: o Ceará.

No Inventário foi levantada a participação de representação da Secretaria do Meio Ambiente, que apareceu no estado do Mato Grosso; a representação da Secretaria da Agricultura, que não apareceu em nenhum estado que preencheu o instrumento de coletas de dados; e a representação de outros órgãos públicos, que apareceu nas seguintes UFs: Ceará, Distrito Federal, Espírito Santo, Goiás, Mato Grosso, Rio Grande do Norte e Rio Grande do Sul.

As ações de saúde do trabalhador não devem se concentrar apenas nos CERESTs, mesmo porque atualmente só existem 210, que não conseguem atender toda a demanda. Os trabalhadores só têm a ganhar com ações de diferentes áreas e profissionais.

Foram identificadas as CISTs que contemplam a inserção de CERESTs regionais nas CISTs dos estados do Espírito Santo, Goiás, Pernambuco e Rio Grande do Sul. As únicas CISTs que não contemplam em sua composição a representação dos CERESTs estaduais são as dos estados do Piauí e de Tocantins.

Na análise dos dados inseridos no Inventário da RENAST 2013, não houve informação da não inserção dos CERESTs nas composições das CISTs estaduais.

Diante dos dados levantados pela análise dos documentos de formalização e criação das CISTs, podem-se fazer as observações a seguir.

As CISTs dos estados de Alagoas, Amapá, Bahia, Ceará, Espírito Santo, Mato Grosso e Mato Grosso do Sul contemplam a representação local da Previdência Social e do Trabalho e Emprego, dois importantes órgãos, mas que não são contemplados em nenhuma das CISTs dos seguintes estados: Amazonas, Maranhão, Minas Gerais, Piauí, Paraná, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul, São Paulo e Tocantins.

As participações da Previdência Social e do Trabalho e Emprego nas CISTs são fundamentais para o debate, porque a efetividade das ações de saúde do trabalhador, quando executadas em conjunto com estes atores, proporciona uma resolutividade bem maior.

Importante citar que a CIST Estadual de Minas Gerais tem a participação do Colegiado de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS). Este colegiado representa os secretários municipais de saúde, o que pode vir a contribuir na articulação da implementação das ações de saúde do trabalhador nos municípios deste estado.

Infelizmente, este estudo identificou que a CIST do Espírito Santo, apesar de ser coordenada por um representante de uma central sindical de grande expressividade no país, não contempla a participação de federações, sindicatos, ONGs e associações representativas específicas de uma categoria de trabalhadores.

Tabela 5. Categorias de trabalhadores representadas na composição das CISTs Estaduais. Brasil, 2013.

Federações, sindicatos, ONGs e associações representantes de trabalhadores por ramo de atividade												
UF	Rural Agricultura	Servidor público	Trabalhador da Saúde	Metalúrgico	Indústria	Transporte	Combustível/ petróleo	Construção civil	Educação	Agronegócio	Acometido de acidente ou doenças relacionados ao trabalho	Bancário
PE	1	1	2								1	1
BA	1			1	1							
MS	1								1			1
AL	2	1			1					1		1
AP		2	2									
RN					1		1				1	
RS	1		1									
DF		1	1		1	1			1			1
MA		2	1	1	3	1	1	1	2			2
SP		2	2					1				
TO			1									
CE	3	1										
PR	1	2	3					1				1
MT	1	1	1		3	1	1	1	2			
RJ	3	1	3	2	3	1	2		1			3
AM						1		1				
ES												
PA		1	2						1			
PI			2		1			1				
GO			2									
MG	1											

Fonte: Documentos de criação das CISTs.
Elaboração da autora.

TEMÁTICAS ABORDADAS NAS ATAS DAS CISTs DE ÂMBITO ESTADUAL

Este capítulo traz a análise das atas das reuniões das CISTs Estaduais, buscando demonstrar os registros e as temáticas das discussões das reuniões.

Fez-se o levantamento do que tem sido a atuação de cada CIST em relação a: (1) demandas recebidas; (2) condições de saúde do trabalhador de diversas categorias; (3) participação nas ações realizadas pelos CERESTs; (4) preparação, acompanhamento e avaliação de ações de VISAT em ambientes e processos de trabalho; (5) fiscalização e acompanhamento das ações e recursos públicos destinados às ações de saúde do trabalhador nos CERESTs; (6) articulação intra e intersetorial das ações de saúde do trabalhador; (7) promoção e prevenção de acidentes de trabalho; (8) eventos; e (9) capacitação.

Região Norte

Para análise da atuação das CISTs da Região Norte, foram coletadas informações nas atas dos estados do Amazonas e do Amapá no período de 2012 a 2013, identificando-se os aspectos destacados a seguir.

1) Demandas recebidas.

Não houve registros.

2) Condições de saúde do trabalhador de diversas categorias.

No ano de 2012, a CIST do estado do Amazonas promoveu vários debates sobre as condições de trabalho dos trabalhadores da construção civil e, no de 2013, dos trabalhadores da saúde.

3) Participação nas ações realizadas pelos CERESTs.

No ano de 2012, a CIST do Amapá discutiu, por diversas vezes, o plano de trabalho do CEREST Estadual e sua prestação de contas, verificando-se o uso inadequado dos recursos destinados para ações de Saúde do Trabalhador em outras finalidades. A CIST encaminhou, por meio do CES, pedido de esclarecimento ao gestor e solicitação de pauta na Comissão Intergestora Bipartite (CIB)⁷. Infelizmente, não foi constatada nos registros das atas a resolução desta situação.

⁷ Comissão Intergestores Bipartite – integrada paritariamente por dirigentes da Secretaria Estadual de Saúde e do órgão de representação dos Secretários Municipais de Saúde do estado, deverá ser criada e formalizada através

Foram apresentados, também, fluxogramas de notificação em transtornos mentais, material biológico e fortalecimento das redes sentinelas e organização da rede sentinela, oportunizando, desta forma, aos componentes da CIST o conhecimento do atendimento dos trabalhadores do Amapá.

- 4) Preparação, acompanhamento e avaliação de ações de VISAT em ambientes e processos de trabalho.

Membros das CISTs participaram de um Curso de Vigilância em Saúde do Trabalhador promovido pelo CEREST Estadual, no qual constavam inspeções em ambientes de trabalho.

- 5) Fiscalização e acompanhamento das ações e recursos públicos destinados às ações de saúde do trabalhador nos CERESTs.

Verificou-se nos registros solicitação da CIST do Amazonas de repasse de recursos destinados ao CEREST Estadual para as ações da CIST, com o objetivo de promover a implantação de outras CISTs pelo estado. Tal discussão é equivocada, porque não existe amparo legal que permita a transferência de recursos da SES para outro órgão, bem como licitar serviços ou compras, se não constam no plano de trabalho dos CERESTs.

Com referência à solicitação de apoio financeiro para o controle social, cabe ressaltar a PNST, Capítulo IV, Item IV, que orienta como devem ser incluídas as ações no plano de trabalho dos CERESTs.

- 6) Articulação intra e intersetorial das ações de saúde do trabalhador.

Não houve registro.

- 7) Promoção e prevenção de acidentes de trabalho.

Em 2012, a CIST do Amapá realizou campanha de alerta aos trabalhadores, principalmente para as categorias dos bancários, sobre a prevenção de agravos relacionados à Saúde do Trabalhador, especificamente as Lesões por Esforço Repetitivo (LER) e Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (DORT).

Em 2013, a CIST do Amazonas lançou projeto denominado “Obra Segura”, cujo objetivo foi mobilizar os trabalhadores nos canteiros de obras, realizando palestras sobre prevenção de acidentes de trabalho. Esta ação contou com a parceira da Prefeitura Municipal de Manaus.

de portaria do Secretário Estadual de Saúde, sendo a instância de negociação e decisão quando aos aspectos operacionais do SUS. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1993/prt0545_20_05_1993.html>. Acesso em 05/03/2014, às 15h04.

Outro ponto importante a destacar é a condução pela CIST de mobilizações em locais estratégicos, com o objetivo de sensibilizar empregadores e trabalhadores para melhores condições de trabalho.

8) Eventos.

A CIST do Amazonas promoveu grandes eventos em 2012, com a participação dos membros da comissão, sindicatos de representações de diversas categorias de trabalhadores, o CEREST Estadual, o Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) e a Superintendência Regional do Trabalho.

Comemorou-se o dia 28 de abril – Dia em Memória às Vítimas de Acidentes e Doenças relacionadas ao Trabalho –, para sensibilizar sobre a importância da segurança e saúde nos ambientes de trabalho. Outro evento ocorreu no dia 27 de julho, o Dia Nacional de Prevenção dos Acidentes de Trabalho. Entre as ações realizadas, houve a adesão ao Programa Trabalho Seguro – Programa Nacional de Prevenção de Acidentes de Trabalho, uma iniciativa do Tribunal Superior do Trabalho e do Conselho Superior da Justiça do Trabalho, que visa à formulação e execução de projetos e ações voltados à prevenção de acidentes de trabalho e ao fortalecimento da Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho. Este programa busca articular instituições públicas federais, estaduais e municipais, assim como organizações de trabalhadores, empregadores, instituições de pesquisa e ensino, com vistas a contribuir para o desenvolvimento de uma cultura de prevenção de acidentes de trabalho.

9) Capacitação.

Não houve registro.

Observou-se que, em 2012, as CISTs funcionavam dentro do CEREST Estadual, apesar de terem suas formalidades concedidas pelo Conselho Estadual de Saúde, e em 2013 desenvolveram suas atividades dentro do Conselho Estadual de Saúde.

Nas atas de reuniões da CIST do Amapá do ano de 2013, consta um extenso plano de trabalho estabelecido pela CIST, com diversas propostas: discussão do Programa de Aceleração do Crescimento (PAC) e do PAC de Saúde e Meio Ambiente; capacitação permanente dos membros da CIST; organização de encontros estaduais sobre controle social na Saúde do Trabalhador; monitoramento da Política Estadual de Segurança e Saúde do Trabalhador, com destaque para a Política Previdenciária; acompanhamento da aplicação do nexó técnico epidemiológico; coleta de informações referentes às estatísticas de acidentes de trabalho, doenças ocupacionais e agravos à saúde do trabalhador; monitoramento das ações de saúde dos trabalhadores da saúde, com destaque para o fortalecimento do controle social, a

educação permanente e a comunicação; participação em eventos e discussão dos resultados dos encontros da RENAST; fortalecimento da VISAT; acompanhamento da implementação das Resoluções da 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador (CNST); articulação com sindicatos, entidades representativas de trabalhadores e empregadores; participação em cursos e oficinas voltadas para a saúde do trabalhador; articulação com outras comissões permanentes do CES e parceiros afins; divulgação das informações da área de Saúde do Trabalhador; articulação para implantação das CISTs municipais; monitoramento do orçamento do Estado relativo à saúde do trabalhador; debates sobre o Sistema Integrado de Saúde Ocupacional do Servidor Público Civil da União (SISOSP) e implantação do Sistema no estado; monitoramento do plano estadual de saúde quanto às ações relativas à Saúde do Trabalhador no SUS; elaboração de diretrizes para políticas de saúde do trabalhador voltadas para o funcionalismo público nas três esferas de governo; estímulo à organização de grupos de trabalhadores acometidos por patologias decorrentes do trabalho; monitoramento dos agravos ocupacionais de todas as categorias de trabalhadores; ampliação do debate sobre saúde mental do trabalhador; atualização do Regulamento da CIST; realização de oficinas da Rede Escola Continental (REC) e do Projeto Vidas Paralelas (PVP). Porém, este estudo não identificou os desdobramentos das discussões sobre esses temas.

Região Nordeste

Para análise da atuação das CISTs da região Nordeste, foram coletadas informações nas atas das CISTs dos estados de Alagoas, Ceará, Pernambuco e Rio Grande do Norte, no período de 2012 a 2013, sendo identificados os aspectos relatados a seguir.

1) Demandas recebidas.

Foram identificadas, nos registros das atas das reuniões da CIST Estadual de Alagoas, denúncias trazidas pelos seus membros de laudos fornecidos pelo INSS das perícias médicas que não condizem com os problemas de saúde apresentados pelos trabalhadores, sendo, em muitos casos, negados benefícios.

Constatou-se que os debates em torno das perícias médicas foram constantes durante o ano, mas não foi possível identificar qualquer manifestação do representante do INSS que faz parte da composição da CIST.

Em relação à assistência, foi mencionado que alguns trabalhadores estavam recorrendo ao CEREST para conseguir atestados médicos, dada a negligência dos serviços públicos em

fornecê-los. A própria CIST endossou a continuidade dessa prática, e se propôs a reunir-se com os principais hospitais de Maceió para tentar sensibilizá-los quanto a esse direito do trabalhador.

Observou-se que a CIST também recebeu denúncias de que os serviços de saúde de Maceió/AL não estavam emitindo atestado médicos aos trabalhadores, e, devido a esta falta, estes trabalhadores estavam recorrendo ao CEREST. A CIST buscou, junto à SES, resolver este problema, pois não é função do CEREST fornecer atestado, e, por sua vez, os trabalhadores não poderiam retornar aos seus postos ainda doentes.

A pesquisa identificou que a CIST Estadual do Ceará recebeu denúncias consideradas pelo CEREST de assédio moral com os trabalhadores do setor de saúde. A CIST as encaminhou ao pleno do Conselho Estadual de Saúde, devido à proporção da situação, com iniciativas de ações.

2) Condições de saúde do trabalhador de diversas categorias.

Identificou-se que, no ano de 2012, a CIST do estado de Alagoas discutiu as condições de trabalho dos servidores da saúde. Representantes desses trabalhadores relataram aos membros da CIST que os trabalhadores têm se queixado de assédio moral, estresse e acidentes com materiais biológicos.

Também foi identificado o debate sobre condições dos trabalhadores da educação, em função do elevado número de transtornos mentais que apresentam.

Destaca-se o debate sobre as condições insalubres dos ambientes de trabalho das fateiras de matadouros e ambulantes, trabalhadores informais que não têm nenhuma cobertura de políticas públicas.

Infelizmente, não foi possível identificar nos registros das atas nenhuma ação dos órgãos que executam ações de saúde do trabalhador para melhorar as suas condições de trabalho.

Identificou-se que a CIST Estadual do Ceará discutiu sobre as condições de saúde dos agentes de endemias, os quais, segundo os membros da CIST, estavam sofrendo acidentes de trabalho. A CIST encaminhou à gerência responsável pedido de empenho para que fosse feita a devida prevenção a estes trabalhadores.

3) Participação nas ações realizadas pelos CERESTs.

Identificou-se a participação da CIST Estadual de Alagoas na II Semana dos Servidores da Educação, realizada pelo CEREST Estadual com a parceria da Procuradoria Regional do Trabalho e da Caravana no Nordeste contra o Trabalho Infantil.

- 4) Preparação, acompanhamento e avaliação de ações de VISAT em ambientes e processos de trabalho.

Identificou-se a participação da CIST Estadual do Ceará como membro de uma comissão formada pelo CEREST para realizar visitas a diversos postos de trabalho, com a finalidade de verificar riscos à saúde dos trabalhadores da Secretaria Estadual de Saúde e identificar as dificuldades e necessidades da instituição para o desenvolvimento de ações de saúde do trabalhador. Os locais visitados pela comissão foram: Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho (SESMT) da Secretaria Estadual de Saúde, Serviço de Verificação de Óbito e Laboratório Central de Saúde Pública (LACEN).

No relatório das visitas, constam diversos problemas: direção fragmentada e deficiência de pessoal – trabalhadores negligentes quanto aos direitos e deveres dos servidores públicos; trabalho em regime de plantão, o que dificulta a participação dos trabalhadores nas ações de saúde do trabalhador; desconhecimento de membros da diretoria e de funcionários das questões da saúde do trabalhador; sonegação de informações sobre os acidentes de trabalho com material biológico e acerca da necessidade de realização de exames médicos ocupacionais.

A comissão, juntamente com a CIST, elaborou uma proposta para tentar mudar o quadro encontrado nos locais visitados que contemplava as seguintes atividades: realização de oficinas com os servidores, ressaltando os direitos e deveres que constam no estatuto dos servidores públicos do Estado, e com os trabalhadores terceirizados, sobre os direitos e deveres contidos na Consolidação das Leis do Trabalho (CLT); solicitação à Coordenadoria de Gestão e Educação em Saúde SES/CE de colaboração, para fortalecer os programas de saúde do trabalhador existentes, como o Programa de Prevenção de Riscos Ambientais (PPRA) e o programa Saúde Ocupacional e Meio Ambiente (SOMA) e ajudar na elaboração do Programa de Controle Médico e Saúde Ocupacional (PCMSO); continuidade às visitas formais de um membro da comissão pelo menos uma vez por semana durante três meses, com o objetivo de criar vínculos de confiança com os trabalhadores, principalmente para se obterem informações sobre acidentes de trabalho com material biológico.

- 5) Fiscalização e acompanhamento das ações e recursos públicos destinados às ações de saúde do trabalhador nos CERESTs.

Observou-se que a CIST Estadual de Alagoas realizava discussões sobre as políticas estaduais e nacional de saúde do trabalhador, ações executadas pelo CEREST de notificação, combate ao trabalho infantil, articulação com a atenção básica e urgências e emergências.

Observou-se uma atuação implacável da CIST Estadual do Rio Grande do Norte no que diz respeito à utilização dos recursos da RENAST destinados à SES e à SMS, para execução das ações de saúde do trabalhador pelos CERESTs.

Como parte do acompanhamento, a CIST Estadual do Rio Grande do Norte visitou todos os municípios sedes de CEREST em conjunto com as CISTs locais ou, na falta, com os Conselhos de Saúde, fiscalizando as ações, os instrumentos e a estrutura para a realização das ações de saúde do trabalhador.

Nessas visitas, identificou várias irregularidades. Diante dos fatos, encaminhou ao Departamento Nacional de Auditoria do SUS para as devidas providências, como também realizou diligências junto ao Ministério Público, por meio de audiências públicas, reivindicando não só a prestação de contas, mas também as correções do mau uso do recurso e a contratação de mais pessoal para trabalhar nos CERESTs, principalmente para realização das ações de VISAT.

6) Articulação intra e intersetorial das ações de saúde do trabalhador.

Notou-se que a CIST Estadual de Alagoas colocava em pauta o debate sobre a importância do fortalecimento do controle social e das CISTs, principalmente em sede de CERESTs, sempre convidando atores sociais dos municípios para acompanhar a reunião da CIST Estadual.

Destaca-se a participação da CIST Estadual de Alagoas juntamente com a Secretaria de Educação do Estado de Alagoas e o Núcleo de Qualidade de Vida na realização de ações voltadas para a saúde do homem e saúde da mulher, realização de ações educativas e de prevenção de hipertensão e diabetes, doenças sexualmente transmissíveis (DST), câncer masculino e feminino, incentivo aos exames de próstata para os homens a partir dos 40 anos de idade, exames ginecológicos para mulheres, orientando sobre a importância de fazer exames de citologia e colposcopia. Também se realizaram ações educativas sobre saúde da voz e transtorno mental.

Tais iniciativas ainda objetivavam mobilizar os Centros de Apoio na Secretaria de Saúde, a fim de se dar suporte aos trabalhadores encaminhados durante o processo.

7) Promoção e prevenção de acidentes de trabalho.

Foi identificada a mobilização dos trabalhadores da construção civil, com palestras sobre prevenção de acidentes de trabalho, do câncer de laringe e prevenção do ruído no ambiente de trabalho.

Também houve realização de palestras para diversos trabalhadores no Dia em Memória às Vítimas de Acidentes do Trabalho e no Dia do Trabalho, sobre prevenção de acidentes.

8) Eventos.

Identificou-se que todas as CISTs participaram dos encontros nacionais da RENAST e da CIST.

A CIST Estadual de Alagoas participou de eventos no estado sobre fator previdenciário, nexos epidemiológico, reabilitação, inquérito previdenciário, ambientes climatizados artificialmente, saúde e educação, e acerca da importância de informações em saúde do trabalhador.

A CIST Estadual do Ceará realizou vários seminários pelo estado, promovendo a criação de CISTs municipais.

A CIST Estadual do Rio Grande do Norte realizou, junto com o Ministério Público, eventos sobre prevenção de acidentes de trabalho, embora deles não haja participado.

9) Capacitação.

Observou-se que a CIST Estadual de Alagoas discutiu a criação de capacitações por meio de parcerias sobre notificação, unidade sentinela e constituição de CISTs nos municípios. Destaque-se que, durante as reuniões da CIST Estadual, eram realizadas palestras sobre prevenção dos acidentes e doenças relacionadas ao trabalho.

Observou-se que a CIST Estadual de Pernambuco é atuante em capacitação de membros de CISTs, de trabalhadores e de demais atores do controle social. Realizou em torno de 20 fóruns e oficinas sentinelas em 15 municípios, tendo como principal foco mudar o desconhecimento e o despreparo do controle social, de gestores e profissionais de saúde em ações de saúde do trabalhador em avaliar e monitorar a implantação das unidades.

Nos registros, foi possível encontrar os temas destas capacitações, a saber: agravos à saúde do trabalhador, população e meio ambiente a partir dos novos impactos produtivos na região; construção de linhas de cuidados no território adequando-se ao perfil epidemiológico e o fortalecimento do controle social em saúde do trabalhador por meio de implantação de CISTs, inclusive no território de abrangência dos CERESTs Regionais.

Também como parte da capacitação, era prioritário discutir a RENAST, a implementação de CISTs nos municípios, o monitoramento da ação das unidades sentinelas, os arranjos produtivos e o perfil epidemiológico na saúde, a notificação como ferramenta

importante no planejamento das ações de saúde, a estrutura de saúde e a linha de cuidado diante dos dados epidemiológicos do território.

Foi identificado um plano de trabalho discutido nas reuniões por parte da CIST Estadual do Rio Grande do Norte, com diversas propostas sobre: monitoramento da implementação da Política de Saúde do Trabalhador do Ministério da Saúde, com destaque para a política previdenciária; monitoramento de aplicação do nexó técnico epidemiológico; política trabalhista; participação e fortalecimento do controle social, com ênfase na educação permanente em Saúde do Trabalhador; participação, formação, estudos e pesquisas junto aos CERESTs; discussão de dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), fornecidos pelo CEREST; monitoramento da implementação da Política de Saúde do Trabalhador Estadual, com destaque para acompanhamento e participação na execução do Plano Anual do CEREST Estadual; cobrança quanto à atualização do Código Sanitário Estadual; articulação com outras comissões e grupos de trabalho do CES; articulação com a CIST Nacional e CISTs municipais; acompanhamento das ações relativas à Saúde do Trabalhador do SUS no Rio Grande Norte; participação na elaboração de diretrizes para políticas de saúde do trabalhador do CEREST Estadual e interação com diversas instâncias interinstitucionais, particularmente com o Ministério Público; realização de visitas aos municípios que têm CEREST, para acompanhamento das ações concretizadas e fomento à criação de CISTs municipais.

Não possível localizar subsídios de desdobramento de cada ponto de plano de trabalho.

Região Centro-Oeste

Para análise da atuação das CISTs da Região do Centro-Oeste, foram coletadas informações nas atas das CISTs do estado do Mato Grosso, no período de 2012 a 2013.

1) Demandas recebidas.

Foi identificado que a CIST do Mato Grosso recebeu, em 2012, denúncias de que o CEREST regional de Cuiabá estava realizando ações com característica de SESMT⁸, o que,

⁸ O SESMT consiste no conjunto permanente de ações, medidas e programas, previstos em normas e regulamentos, além daqueles desenvolvidos por livre iniciativa da empresa, tendo como objetivo a prevenção de acidentes e doenças, de modo a tornar compatível, permanentemente, o trabalho com a preservação da vida, a promoção da saúde do trabalhador e do meio ambiente de trabalho; objetiva garantir, permanentemente, um nível mais eficaz de segurança e saúde a todos os trabalhadores. Disponível em: <<http://portal.mte.gov.br/main.jsp?lumPageId=FF8080812BD96D6A012BDBB63FCB2830&query=sesmt>>. Acesso em 01/08/2014, às 16h04.

segundo a normativa de gestão da RENAST, Portaria nº 2.728/09, fica proibido, pois o CEREST tem a função de dar subsídio técnico ao SUS nas ações de promoção, prevenção, vigilância, diagnóstico, tratamento e reabilitação em saúde dos trabalhadores urbanos e rurais.

Contatou-se que a CIST solicitou à Coordenação do CEREST Regional de Cuiabá/MT a apresentação do plano de trabalho em uma das reuniões da CIST para investigação de tal situação. Este estudo não dispõe de informações acerca da finalização desta ação.

2) Condições de saúde do trabalhador de diversas categorias.

Em 2012, a CIST recebeu denúncias dos representantes dos servidores públicos da saúde sobre condições insalubres nos ambientes de trabalho administrados por Organizações Sociais de Saúde (OSS).

A terceirização no Brasil gera impactos aos trabalhadores, que são submetidos a diversas formas de contratação, recebendo salários diferenciados para a realização de trabalhos semelhantes, sem benefícios e sem ambientes adequados para as tarefas.

Essa situação não é diferente para os trabalhadores da saúde, os quais têm passado por transformações do mundo do trabalho que têm, como objetivo único, diminuir custos e desonerar a folha de pagamento da força de trabalho.

Para o setor saúde, é complexo administrar as empregabilidades diversas e redução de custos, porque não está sendo comercializado nenhum produto ou serviço qualquer – o setor trabalha com vidas humanas. Um atendimento de qualidade é fundamental para o bom andamento do serviço, daí a necessidade de bons profissionais, bem remunerados, assegurados e capacitados, bem como ambientes adequados para o desenvolvimento de suas atividades.

Constou-se que a CIST encaminhou solicitação de posicionamento das visitas nos locais de trabalho denunciados, realizadas pela comissão de saúde dos servidores públicos. Não foi possível identificar nas atas retorno quanto a esta solicitação.

Identificou-se também que a CIST contribuiu com seu conhecimento e mobilização em uma pesquisa realizada pela Universidade Federal do Mato Grosso (UFMT) com os trabalhadores da construção civil para o diagnóstico e definições de ações para melhoria das condições dos trabalhadores do setor.

3) Participação nas ações realizadas pelos CERESTs.

Não houve registro.

- 4) Preparação, acompanhamento e avaliação de ações de VISAT em ambientes e processos de trabalho.

Não houve registro.

- 5) Fiscalização e acompanhamento das ações e recursos públicos destinados às ações de saúde do trabalhador nos CERESTs.

Cabe ressaltar que o CEREST Estadual apresentou, por diversas vezes, seu plano de trabalho à CIST e colocou a dificuldade de desenvolver as ações planejadas, devido à falta de liberação por parte do gestor dos recursos financeiros destinado ao CEREST, assim como à falta de servidores públicos.

A CIST encaminhou ao Ministério Público solicitação de intervenção e acompanhamento para garantir a liberação de recursos ao CEREST para realização das ações de saúde do trabalhador, manutenção da equipe mínima de profissionais para desenvolver tais ações e melhorar as condições de trabalho no CEREST, assim como a liberação dos recursos para desenvolvimento de suas ações.

Não foi possível identificar retorno destes encaminhamentos nas atas do mesmo ano.

- 6) Articulação intra e intersetorial das ações de saúde do trabalhador.

Não houve registro.

- 7) Eventos.

Não houve registro.

- 8) Capacitação.

Identificou-se que, no de 2013, a CIST acompanhou a implementação do Núcleo de Saúde do Trabalhador da Escola de Saúde Pública de Mato Grosso, que tem como principal objetivo desenvolver estudos e pesquisas em saúde do trabalhador. A primeira iniciativa foi a realização de um curso de especialização em saúde do trabalhador no município de Colíder/MT.

Ressalte-se que este estudo não obteve registro de atas da CIST Estadual do Mato Grosso do Sul. De acordo informações fornecidas pelo coordenador, durante o ano de 2012 e 2013, as discussões não foram registradas em atas, devido à falta de apoio de secretaria para a comissão. Nestes casos, não é possível a condução e o registro das discussões por uma única pessoa.

Região Sul

Para análise da atuação das CISTs da região do Sul, foram coletadas informações nas atas da CIST do Rio Grande do Sul no período de 2012 a 2013, sendo examinados os aspectos a seguir.

- 1) Demandas recebidas.

Não houve registro.

- 2) Condições de saúde do trabalhador de diversas categorias.

Neste ponto, a CIST realizou o debate do acidente ocorrido na boate Kiss, um grande incêndio que envolveu frequentadores do ambiente e também inúmeros trabalhadores.

Ressalta a necessidade de fiscalização nestes tipos de ambientes, principalmente no que tange às condições de trabalho dos trabalhadores noturnos.

- 3) Participação nas ações realizadas pelos CERESTs.

Destaca-se a participação na construção da Política Estadual de Saúde do Trabalhador.

- 4) Preparação, acompanhamento e avaliação de ações de VISAT em ambientes e processos de trabalho.

Não houve registro.

- 5) Fiscalização e acompanhamento das ações e dos recursos públicos destinados às ações de saúde do trabalhador nos CERESTs.

Salienta-se a iniciativa da CIST de criar mecanismos para que os valores financeiros resultantes de multas aplicadas pela Justiça do Trabalho a empresas com condições de trabalho inadequadas retornem para órgãos que realizem ações de saúde de trabalhador, principalmente com objetivo de promover ações de prevenção e VISAT.

Neste item, também foi possível identificar a discussão em torno da dificuldade da liberação pelos gestores do estado de recursos financeiros destinados para os CERESTs.

- 6) Articulação intra e intersetorial das ações de saúde do trabalhador.

Não houve registro.

- 7) Promoção e prevenção de acidentes de trabalho.

Identificou-se que a CIST discutiu os dados de notificação de acidentes de trabalho do Rio Grande do Sul, porque o estado estabeleceu apenas um indicador que tem relação com a saúde do trabalhador, da lista de 30.

Notamos que a CIST buscou estratégias de articulação com a CIB para inserir mais indicadores relacionados à saúde do trabalhador. Não foi possível identificar a resolutividade de ação nas atas seguintes da CIST.

Neste sentido, para reforçar a importância da informação em saúde do trabalhador, a CIST solicitou aos CERESTs presentes capacitações para todos os membros de conselhos gestores, objetivando mobilizar a notificação dos agravos em saúde do trabalhador dos municípios de abrangência dos CERESTs no estado.

8) Eventos.

Não houve registro.

9) Demandas de capacitação para o exercício qualificado do controle social.

A CIST solicitou para o CEREST Estadual a realização de capacitação de todos os membros dos conselhos gestores com relação às políticas estadual e nacional de saúde do trabalhador, com o objetivo de qualificá-los para o acompanhamento destas políticas.

Região Sudeste

Na região Sudeste, foi possível obter acesso às atas das CISTs dos estados do Espírito Santo e São Paulo. A CIST do Espírito Santo não estava em funcionamento em 2012 e, em 2013, se reuniu cinco vezes para discutir questões referentes ao seu funcionamento e à realização das etapas macro e estaduais da 4ª Conferência Estadual de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora.

Identificaram-se nas atas da CIST de São Paulo, nos anos de 2012 e 2013, discussões em torno da eleição da coordenação, regimento interno da CIST, composição e participação em eventos.

Percebe-se que o CEREST Estadual apresentou as ações planejadas para o ano de 2013.

Destaca-se que, nos registros, a CIST realizou diversas discussões em torno da realização do Seminário Estadual de CISTs. Com este seminário, a CIST objetivava inicialmente identificar as CISTs municipais do estado e as atividades realizadas por estas CISTs, oportunizar a troca de experiência entre elas, capacitá-las e fomentar o fortalecimento do controle social em saúde do trabalhador. Durante as reuniões em 2013, a CIST Estadual realizou, nesse sentido, discussões sobre uma metodologia lúdica, utilizando vídeos.

Não houve registro para as CISTs dos estados do Espírito Santo e São Paulo de: demandas recebidas; condições de saúde do trabalhador de diversas categorias; participação nas ações realizadas pelo CERESTs; preparação, acompanhamento e avaliação de ações de VISAT em ambientes e processos de trabalho; fiscalização e acompanhamento das ações e recursos públicos destinados às ações de saúde do trabalhador nos CERESTs; articulação intra e intersetorial das ações de saúde do trabalhador; e promoção e prevenção de acidentes de trabalho.

Considerações gerais sobre os resultados da análise das atas das CISTs de âmbito estadual

O panorama apresentado sobre a situação das CISTs estaduais, apesar do número limitado de informações conseguidas, representa uma amostra significativa da situação do controle social no país. Esse número limitado se deve, entre outras razões, à falta de registro das discussões nas reuniões de várias CISTs, à insuficiência de informações para análise e à redação incompreensível dos assuntos tratados.

Os dados obtidos vêm corroborar o diagnóstico apontado em publicações e eventos sobre o deficiente envolvimento das organizações de trabalhadores na luta pela saúde no trabalho. Em certa medida, revela também o estágio da prática de alguns CERESTs no desenvolvimento de ações de VISAT e a sua articulação intra e intersetorial, especificamente com o controle social.

Inicialmente, cabe destacar o pequeno número de CISTs em funcionamento que realizam reuniões periódicas e o número ainda bem inferior das que participam de alguma das etapas dos processos de vigilância. Constatou-se que apenas a CIST do Amazonas acompanhou uma ação de VISAT realizada pelo CEREST Estadual, mas que é pauta na CIST do Rio Grande do Norte e Pernambuco; Alagoas acompanha ações de um grupo de trabalho interno da Secretaria Estadual de Saúde, o qual recebe a denominação de Comissão de Saúde do Trabalhador, e que tem como objetivo acompanhar as questões de saúde do trabalhador da saúde. Discutem-se problemas de saúde de algumas categorias de trabalhadores e se formulam algumas demandas que exigiriam do CEREST a implementação de ações de vigilância, mas não se constatou qualquer encaminhamento nessa direção.

Percebe-se que compõem as CISTs um amplo número de representantes de trabalhadores e de profissionais de instituições públicas que poderiam colocar em pauta uma diversidade de questões de saúde dos trabalhadores e as possíveis estratégias a serem adotadas. No entanto,

grande parte dos problemas abordados se refere às condições de trabalho e aos agravos de trabalhadores da saúde e de servidores públicos. Uma das possíveis explicações desse fato estaria no maior número de representantes desse segmento que compõe a CIST.

Merece destaque uma série de atividades que, em boa medida, é comum a todas as CISTs, como a participação em encontros estaduais e nacionais, a organização de eventos, seminários ou discussão de documentos diversos. Nesse sentido, parece que os eventos organizados pelas CISTs conseguem mobilizar e sensibilizar grande número de pessoas quanto a questões referentes à saúde dos trabalhadores.

Em vários casos, evidencia-se o exercício do controle social pela CIST na avaliação dos recursos recebidos pelo CEREST para desempenho de suas ações, assim como na discussão do plano anual de trabalho. Nesse sentido, as CISTs demonstraram sua preocupação com as dificuldades existentes em alguns CERESTs para liberação de recursos para implementação de ações incluídas nos seus planos, e fez encaminhamentos pertinentes à sua função.

Constata-se que, enquanto comissões temáticas de assessoria aos conselhos estaduais de saúde no que diz respeito às medidas necessárias para atenção à saúde dos trabalhadores do estado, encontram dificuldades diversas na acolhida de suas recomendações pelo conselho. São exceções os casos em que conseguem contar com o respaldo dos conselhos para desenvolvimento de suas ações.

Observam-se, finalmente, no conteúdo das atas, diversas deficiências que podem ser reflexo da própria dinâmica de trabalho, como a ausência de registro dos resultados alcançados sobre decisões tomadas e encaminhamentos propostos em encontros anteriores. Raramente se constata uma linha de continuidade nos assuntos tratados nas reuniões da CIST.

Não foi possível analisar as atas das CISTs do Distrito Federal e dos estados de Goiás, Tocantins e Minas Gerais, porque não estavam em funcionamento no ano de 2012 e no ano 2013, tendo apenas se reunido para discutir questões relacionadas à coordenação, ao regimento e ao calendário de reuniões; portanto, não houve discussões que gerassem demandas.

Ressalta-se que as CISTs dos estados da Bahia, Maranhão e Piauí não enviaram as atas das reuniões, e a CIST do Rio de Janeiro encaminhou atas da CIST colegiado, que não é objeto deste estudo.

Na comparação dos dados da Tabela 3 com os das Tabelas 5 e 6, se deduz que a média de participação nas reuniões dos membros que compõem as CISTs se situa em torno de 30%.

Tabela 6. Quantitativo de Reuniões das CISTs em 2012. Brasil, 2013.

UF	Quantidade de reuniões	Média de participantes
AM	8	5
AL	10	13
AP	12	10
BA	7	12
CE	6	10
PE	10	20
MA	7	9
MT	2	7
RS	2	15
SP	2	5

Fonte: Documentos de criação das CISTs.

Elaboração da autora.

Tabela 7. Quantitativo de Reuniões das CISTs em 2013. Brasil, 2013

UF	Quantidade de reuniões	Média de participantes
AM	10	7
AL	9	10
AP	11	9
BA	8	15
CE	9	10
GO	3	10
DF	3	6
ES	5	6
MA	9	12
MT	3	7
PE	10	18
RS	2	14
SP	11	11

Fonte: Documentos de criação das CISTs.

Elaboração da autora.

CONSTITUIÇÃO E FORMALIZAÇÃO DA CIST DE ÂMBITO NACIONAL

A CIST do âmbito nacional foi constituída pela Resolução CNS de nº 1991, de 31 de outubro de 1991, e homologada pelo gestor no Diário Oficial de 12 de dezembro de 1991.

Nessa resolução, é definida a Constituição da CIST Nacional e demais Comissões do Conselho Nacional de Saúde (CNS), bem como as competências gerais das comissões intersetoriais, a saber: promover os estudos e propor as medidas que julgar cabíveis para o aperfeiçoamento das políticas, programas e ações de que tratam as áreas temáticas das respectivas comissões, no que concerne ao interesse da saúde; propor as medidas para o aperfeiçoamento das ações do Sistema Único de Saúde, relacionadas às temáticas das respectivas comissões; desenvolver e recomendar instrumentos e mecanismos para o aperfeiçoamento das práticas de integração entre órgãos; desempenhar atribuições de assessoramento técnico para o Conselho Nacional de Saúde. É importante ressaltar que na mesma Resolução é enfatizado que as decisões das comissões intersetoriais serão expressas em recomendações dirigidas ao Conselho Nacional de Saúde, deliberadas por maioria simples de votos, não cabendo às comissões o poder de agir sem consentimento do Pleno do Conselho. Coloca-se também que o funcionamento das Comissões, inclusive a CIST, deve obedecer ao Regimento do Conselho Nacional de Saúde, não se permitindo que a CIST tenha sua própria regulamentação.

Composição

Foram identificadas por este estudo as composições da CIST a partir de sua criação em 1991 até 2012, atual composição.

A primeira composição da CIST Nacional do ano de 1991 tinha os seguintes órgãos e entidades: o Ministério da Saúde, representado pela Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária; o Ministério da Previdência Social, representado pelo Departamento de Segurança e Saúde do Trabalhador; o Ministério do Trabalho e Emprego, representado pela Fundação Jorge Duprat de Figueiredo de Segurança e Medicina do Trabalho (FUNDACENTRO), o Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde e dos Ambientes de Trabalho (DIESAT), em sua primeira e única participação; os demais membros eram os representantes dos empregadores da indústria, dos trabalhadores da agricultura e de trabalhadores em geral,

do Instituto Nacional de Saúde no Trabalho (INST), do Departamento de Saúde Ocupacional da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, e o representante do Fórum Sindical.

A segunda composição, alterada em 1996, tinha sete integrantes fixos e quatro temporários. Dos fixos: três representantes do SUS ligados a serviços e programas de Saúde do Trabalhador, nos três níveis de gestão, em sistema de rodízio anual, indicados pelos pares nos níveis estadual e municipal; dois representantes de instituições públicas de ensino e/ou pesquisa em Saúde do Trabalhador, que vêm acompanhando e participando de ações de Saúde do Trabalhador no SUS, em sistema de rodízio anual, indicados pelos pares; e dois representantes de centrais sindicais, que vêm acompanhando e participando de ações de Saúde do Trabalhador, em sistema de rodízio anual, indicados pelos pares. Quanto aos temporários, poderiam ser de órgãos do Trabalho, Previdência, Educação, Meio Ambiente, empregadores e outros, de acordo com os temas discutidos.

Nessa composição, a intersetorialidade de que tanto a Saúde do Trabalhador necessita ficou prejudicada, porque os principais atores – os ministérios do Trabalho e Emprego e da Previdência Social – não foram inseridos como componentes efetivos. Não existe discussão que envolva trabalhadores que não careça da atuação em conjunto destes atores e do SUS.

A composição da CIST Nacional do ano de 1999 reduziu o número de seus componentes de onze, estabelecidos pela Resolução CNS de nº 011/91⁹, para nove, mas trouxe de volta a participação dos ministérios do Trabalho e Emprego e da Previdência Social. Inseriu a representação do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) e do Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS), o que é louvável, porque são estes órgãos que representam os entes nos estados e municípios que de fato realizam as ações de saúde do trabalhador.

Também contou com a participação dos representantes do Instituto Ethos, Central Única dos Trabalhadores (CUT), da Força Sindical e da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), que coordenou a CIST Nacional no período.

Percebe-se que a composição do ano de 2007 foi a mais ampla, tentando alcançar a maior representatividade possível. Foi dividida em representantes titulares e suplentes.

A parcela de titulares, além da representação do Ministério da Saúde, Ministério do Trabalho e Emprego, Previdência Social, CONASS, CONASEMS, CUT, Força Sindical (FS),

⁹Fonte: <http://www.conselho.saude.gov.br/Web_comissoes/cist/index.html>.

ABRASCO, já contemplados anteriormente, ampliou-se para a participação de representantes do Ministério da Educação, da Central Geral dos Trabalhadores do Brasil (CGTB), da Confederação Nacional da Indústria (CNI), da Central de Movimentos Populares (CMP), da Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura (CONTAG), da União Brasileira de Mulheres (UBM), da Confederação Nacional dos Trabalhadores na Saúde (CNTS) e do representante das entidades médicas.

A representação dos suplentes contemplou a participação do Ministério do Meio Ambiente (MMA), da Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (SEPPIR), da Secretaria Especial de Políticas para Mulheres (SEPM), do Ministério da Agricultura e Abastecimento (MAA), do Ministério da Indústria e Comércio (MIC), do Ministério da Ciência e Tecnologia (MCT), da Confederação dos Trabalhadores no Serviço Público Municipal (CONFETAM), da Federação de Sindicatos de Trabalhadores das Universidades Brasileiras (FASUBRA) e de mais componentes da FS, da Economia Informal, do Fórum de Pessoas Portadoras de Patologias e Deficiências, Movimentos dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST), do Fórum de Entidades dos Trabalhadores na Área da Saúde (FENTAS), da Articulação das Mulheres Negras, da Federação Nacional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (FENAFITO), do Conselho Federal de Serviço Social (CFESS); a última vaga seria da Confederação da Agricultura e Pecuária do Brasil (CNA), da Confederação Nacional do Comércio de Bens, Serviços e Turismo (CNC) ou da Confederação Nacional das Instituições Financeiras (CNF).

Analisando-se a composição com a inclusão das suplências, é possível considerar que neste período as representações superaram as expectativas, porque contemplaram a participação de oito ministérios e dos trabalhadores informais. No entanto, como as suplências só participam quando os titulares não podem comparecer, é pouco provável que todos os órgãos tenham estado efetivamente presentes nas atividades da CIST Nacional.

Observando-se a composição atual, constatou-se que a participação de representantes de trabalhadores é maior do que a de órgãos que executam as ações. A composição é dividida em representantes titulares e suplentes. Dos 18 titulares, apenas o Ministério da Saúde está inserido; os demais ministérios – do Trabalho e Emprego e da Previdência Social – estão alocados como suplentes por opção própria, prejudicando a intersetorialidade, que na maioria das ações de saúde do trabalhador são essenciais para que aconteça na totalidade, ou seja, na integralidade, o que requer a atuação em conjunto do Ministério da Saúde, do Ministério do Trabalho e Emprego, da Previdência Social e seus representantes locais nos estados e municípios, ou até

mesmo com outros atores da gestão que executam as políticas públicas que tenham interface com a saúde do trabalhador.

Cabe ressaltar que é importante a participação de representantes dos trabalhadores quando o assunto são ações voltadas para eles, mas fica sem resolutividade discutir as ações sem articular sua realização com os executores.

Entre os demais integrantes da composição atual, os suplentes são das seguintes entidades: Federação Interestadual dos Odontologistas (FIO), Confederação Nacional dos Trabalhadores do Ramo do Comércio e Serviços (CONTRACS), Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina (DENEM), Federação Nacional dos Trabalhadores em Aviação Civil (FENTAC), Federação Nacional dos Urbanitários (FNU), Sindicato Nacional dos Trabalhadores Aposentados, Pensionistas e Idosos (SINTAPI), Movimento Popular de Saúde (MOPS), Rede Nacional Lai Lai Apejo – População Negra e AIDS, Ministério da Previdência Social, Ministério do Trabalho e Emprego, CNC, Conselho Federal de Serviço Social (CFESS), Conselho Federal de Fonoaudiologia (CFFa), Federação Nacional dos Enfermeiros (FNE), Federação Nacional dos Assistentes Sociais (FENAS) e Fórum Nacional de Mulheres Negras (FNMN).

Além das entidades e órgãos estabelecidos na atual composição, a Resolução CNS nº 482/13¹⁰ dispõe que poderão ser convidados representantes de instituições, das entidades e de áreas do Ministério da Saúde, com atuação em temáticas que sejam imprescindíveis para o andamento dos trabalhos da Comissão.

Das Temáticas Abordadas na CIST de Âmbito Nacional, nos anos de 2012 e 2013

Em 2012 a CIST se reuniu três vezes, contando em média com a participação de dez integrantes titulares e suplentes e de 11 participantes convidados. Em 2013, se reuniu duas vezes, contou em média com a participação de dez integrantes titulares e suplentes e 15 participantes convidados. Com relação aos convidados, observou-se que as participações em sua maioria eram de coordenadores e coordenadoras de CISTs estaduais, uma estratégia inovadora que fortalece o controle social em saúde do trabalhador.

Em 2012, destacam-se os seguintes pontos discutidos na CIST Nacional: o Plano Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho (PLANSAT), que tem a finalidade de integrar as ações de melhoria da qualidade de vida do trabalhador e a prevenção de acidentes e danos à

¹⁰Fonte: <http://www.conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_13.html>.

saúde relacionados ao trabalho, constante na PNSST; a publicação da PNST; a consulta pública para alteração do modelo de perícias médicas, realizadas pelo INSS; o banimento do amianto, das propostas aprovadas na 14ª Conferência Nacional de Saúde que têm relação com a saúde do trabalhador; o orçamento destinado para a Coordenação-Geral de Saúde do Trabalhador; a participação na CIST no Congresso da ABRASCO de 2012; o Protocolo dos Distúrbios da Voz relacionado ao trabalho; e a realização do IV Encontro Nacional das Comissões Intersetoriais em Saúde do Trabalhador.

Em 2013, destacam-se os seguintes pontos discutidos na CIST Nacional: o desenvolvimento de um Plano de Trabalho, com vigência 2013/2015, que desencadeou a realização da 4ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (CNSTT); a organização e finalidade da CIST; e a realização do V Encontro Nacional das Comissões Intersetoriais em Saúde do Trabalhador.

Como resultados das discussões em 2012, este estudo identificou alguns encaminhamentos realizados por meio de recomendações¹¹ sobre os temas do PLANSAT e o banimento do amianto.

- 1) Recomendação CNS nº 006/2012¹² para a Comissão Tripartite de Saúde e Segurança no Trabalho (CTSST), que coordena o PLANSAT:

Aos Ministros de Estado da Saúde, do Trabalho e Emprego e da Previdência Social [: que] os encaminhamentos necessários para que as ações relativas à diretriz da estruturação da rede integrada de informações em Saúde do Trabalhador sejam priorizadas no processo de implementação da Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho, assim como na elaboração e implementação do Plano Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho. Que os Conselheiros Nacionais de Saúde que integram a CIST deverão dar informe na Reunião Ordinária do CNS sobre o PLANSAT e da PNSST, como também que sejam discutidos nas bases de cada representante no CNS; os integrantes da CIST deverão criar estratégias de acompanhamento e monitoramento do PNSST por parte das entidades e continuidade de pauta sobre o tema nas próximas reuniões da CIST como forma de acompanhar a execução do Plano.

- 2) Recomendação CNS nº 020/2012¹³ para diversos órgãos sobre o tema do banimento do amianto:

Ao Ministério da Saúde, ao Ministério do Trabalho e Emprego, ao Ministério da Previdência Social, ao Ministério do Meio Ambiente, ao Ministério de Minas e Energia, ao Ministério do Desenvolvimento, Indústria

¹¹ Recomendação é uma sugestão, advertência ou aviso a respeito do conteúdo ou forma de execução de políticas e estratégias setoriais ou sobre a conveniência ou oportunidade de se adotar determinada providência. Fonte: <http://conselho.saude.gov.br/apresentacao/regimento_alterado_14042011.pdf>.

¹² Fonte: <http://conselho.saude.gov.br/recomendacoes/reco_12.htm>.

¹³ Fonte: <http://conselho.saude.gov.br/recomendacoes/reco_12.htm>.

e Comércio Exterior, à Casa Civil, no que lhes couber: 1) O banimento imediato do amianto; 2) Apoiar as ações dos Ministérios Públicos Federal, do Trabalho e dos Estados, bem como dos parlamentos estaduais, municipais e federal pelo banimento total e imediato do amianto e a proteção social dos expostos direta, indireta e ambientalmente às fibras do mineral cancerígeno; 3) Promover ações de apoio para uma transição segura da economia e dos empregos do amianto para tecnologias mais saudáveis e seguras, com ênfase ao apoio à cidade mineradora de Minaçu, em Goiás, e seus trabalhadores [,] que serão os que sofrerão o impacto direto da proibição do amianto; 4) Exortar o Supremo Tribunal Federal para que: Paute o julgamento, o mais rapidamente possível, da ADIN 4066, que trata da inconstitucionalidade da lei federal, que propugna pelo indefensável e não realista “uso controlado do amianto”, o que coloca em risco de adoecimento os trabalhadores e trabalhadoras, além de toda [a] sociedade brasileira[,] potencialmente exposta ambientalmente, revogue a liminar a favor da ETERNIT de suspensão da Portaria GM/MS nº 1.851/06 que aprova procedimentos e critérios para envio por parte das empresas de listagem de trabalhadores expostos e ex-expostos ao asbesto/amianto nas atividades de extração, industrialização, utilização, manipulação, comercialização, transporte e destinação final de resíduos, bem como aos produtos e equipamentos que o contenham e garanta ações voltadas ao acolhimento de casos de vigilância em saúde relacionada a populações expostas ao amianto.

Destaca-se a realização, em 2012 e em 2013, do IV e do V Encontro Nacional das Comissões Intersetoriais em Saúde do Trabalhador.

Os encontros foram realizados com o objetivo de fortalecer o controle social em saúde do trabalhador e promover a troca de experiências entre as Comissões Intersetoriais de Saúde do Trabalhador, dos âmbitos nacional, estaduais e municipais. Para ampliar o debate, contaram com a participação de conselheiros de saúde, representantes de Plenária de Conselhos de Saúde, Centrais Sindicais, CONASS, CONASEMS, Ministério da Saúde, MTE, MPS, da RENAST e de movimentos sociais.

No IV Encontro, a CIST organizou a programação com temas importantes: O Fortalecimento da Participação Social na Saúde do Trabalhador; Os Novos Desafios e Perspectivas para a Participação Social na Saúde do Trabalhador; Organização da Sociedade e o Mundo do Trabalho; Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora; Responsabilidade do Controle Social na Efetivação das Políticas Públicas, das esferas nacional, estadual e Municipal em Saúde do Trabalhador; Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho e o Plano Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho.

Estes temas oportunizaram a qualificação dos participantes, promoveram a troca de experiências para avanços necessários na melhoria das ações de saúde do trabalhador, sendo também disponibilizadas informações essenciais para o monitoramento das ações pelo controle social em saúde do trabalhador.

No V Encontro, a CIST direcionou o debate para a realização da 4ª CNSTT; buscou-se capacitar o controle social nas temáticas que seriam temas da conferência, conforme discriminado a seguir.

Sobre a Implementação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora

Neste ponto, foram identificadas algumas colocações importantes no debate, como: discutir amplamente e profundamente a PNST; favorecer as condições para a efetivação da PNST; deliberar sobre *como* a política deve ser implementada; definir as diretrizes de curto, médio e longo prazo para implementação da política; identificar os desafios que devem ser superados para que a política seja implementada; identificar as mudanças institucionais necessárias para que a PNST seja implementada; situar a temática da saúde do trabalhador e da trabalhadora no processo de desenvolvimento socioeconômico do país; deliberar sobre as estratégias de financiamento para implementação da PNST; mobilizar os atores sociais fundamentais do SUS para a incorporação definitiva da saúde do trabalhador em todas as políticas, estratégias e instâncias do SUS; promover a regulação, legislação e fiscalização no interesse público para se enfrentar a hegemonia do interesse privado; equacionar subfinanciamento; realizar o planejamento, acompanhamento e avaliação; promover a gestão participativa, democrática e transparente; criar modelos de atenção/atuação; incentivar a organização em redes de vigilância no SUS; propiciar práticas de intrasetorialidade; ampliar o acesso a parcelas de trabalhadores vulneráveis; produzir informações em saúde; promover a qualidade e efetividade das ações; incentivar a atenção humanizada e digna; incentivar a formação e a educação permanente, a política de proteção e segurança para os servidores, bem como reivindicar concursos públicos, salários dignos e melhores condições de trabalho.

As discussões levantadas para o tema do desenvolvimento socioeconômico e seus reflexos na saúde do trabalhador e da trabalhadora partiram do que é colocado na PNST. Segundo esse documento, as ações de saúde do trabalhador são para os trabalhadores homens e mulheres, independentemente de sua localização (urbana ou rural), de sua forma de inserção no mercado de trabalho (formal ou informal), de seu vínculo empregatício. Priorizam-se, entretanto, 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 da superação das desigualdades sociais e de saúde e da busca de equidade na atenção.

Para tanto, elegeu-se como principal estratégia a VISAT e a integração com as demais vigilâncias, nas atuações nos processos das situações de risco, necessidades e problemas de saúde nos territórios, sendo que na VISAT devem-se considerar dimensões: de informação (epidemiologia situada – rede intersetorial com movimentos sociais e população), de análise (processo produtivo, demografia, morbimortalidade), de intervenção (ações de inspeção nos locais de trabalho, processo de negociação intersetorial) e de programação (prioridades, risco, setor, agravo e região), com ênfase no setor rural e na cadeia produtiva do agronegócio, acidentes de trabalho fatais e intoxicação por agrotóxicos.

Nesse aspecto, foram colocados alguns desafios, desde a natureza do trabalho em vigilância, como conceito de vigilância em saúde pública, informações para ação, objeto de amplitude da ação, regulamentação, registro, análise e difusão para a intervenção, como também a ação interdisciplinar, participativa e multiprofissional. As ações epidemiológicas situadas, bases territoriais locais para se conhecer o desenvolvimento regional, não podem ficar fora das dimensões da VISAT.

Para esse ponto, foi possível observar o discurso de reforçamento do direito de participação social na elaboração, acompanhamento e fiscalização das políticas públicas de saúde no Brasil.

Nesse contexto, foi colocada a saúde como uma política social que deve ter a ação coletiva de proteger os indivíduos contra riscos inerentes à vida humana e/ou atender as necessidades geradas em diferentes momentos históricos e relacionadas às múltiplas situações de dependência, com atribuição, definida politicamente, de direitos legais aos cidadãos. Estes direitos consistem na transferência monetária (de valores) e serviços, com o objetivo de compensar condições de necessidades e risco para o cidadão que goza de tal direito e não consegue acesso a esses mesmos bens com seus próprios recursos e/ou dotes individuais.

No que tange às esferas de controle social em saúde do trabalhador, as Comissões Intersetoriais em Saúde do Trabalhador desempenham um papel fundamental quanto à construção e implementação das políticas e ações em saúde do trabalhador, e também contribuem para a própria consolidação da RENAST. Portanto, é necessário fortalecer estes espaços e promover a implementação de CISTs em maior quantidade que as existentes.

Para o tema de efetivação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, considerando-se os princípios da integralidade e intersetorialidade nas três esferas de governo, foram enfatizados no debate os elementos informativos da PNST, que

permitem o estabelecimento de espaços compartilhados entre instituições e setores de governos e entre diferentes esferas de governo – federal, estadual e municipal –, que atuam na produção da saúde, na formulação, implementação e acompanhamento de políticas públicas e privadas que possam ter impacto sobre a saúde da população.

Ademais, coloca-se a importância de que estados e municípios envolvam órgãos dos governos locais, estaduais e municipais, estruturas derivadas dos ministérios que atuam nas regiões, tais como Superintendências Regionais do Trabalho e Emprego (SRTEs), Superintendências Regionais do INSS e unidades descentralizadas da FUNDACENTRO, Ministério Público, universidades, centros de pesquisas, entre outros. Deve ser incentivada uma prática que possibilite o estabelecimento de estratégias de planejamento conjunto e articulado entre as políticas públicas, de modo a se garantir a transversalidade das questões de saúde do trabalhador, de forma complementar, cooperativa e solidária.

Para o último tema sobre o financiamento da PNST, nos municípios, estados e União, foi reforçado o que o próprio texto dessa política coloca, ou seja, que devem ser aplicados recursos dos fundos nacionais, estaduais e municipais de saúde, ficando facultado aos gestores de saúde utilizar outras fontes de financiamento, como:

I - ressarcimento ao SUS, pelos planos de saúde privados, dos valores gastos nos serviços prestados aos seus segurados, em decorrência de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho; II - repasse de recursos advindos de contribuições para a seguridade social; III - criação de fundos especiais; e IV - parcerias com organismos nacionais e internacionais para financiamento de projetos especiais, de desenvolvimento de tecnologias, máquinas e equipamentos com maior proteção à saúde dos trabalhadores, especialmente aqueles voltados a cooperativas, da economia solidária e pequenos empreendimentos. Sendo pactuados, nas instâncias intergestores, incentivos específicos para as ações de promoção e vigilância em saúde do trabalhador, a serem inseridos nos pisos variáveis dos componentes de vigilância e promoção da saúde e da vigilância sanitária (PNST, 2012).

Saliente-se que, no ano de 2012, percebeu-se que havia diversos temas demandados para a CIST de discussões que necessitariam de um período extenso e o envolvimento de diversos outros saberes, os quais a CIST não teria como desenvolver. Portanto, foi encaminhada para o Pleno do Conselho Nacional de Saúde a proposta de realização da 4ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (CNSTT).

Na 245ª Reunião Ordinária do Conselho Nacional de Saúde, no dia 8 de maio de 2013, foi aprovada a realização da 4ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, que incluiu “trabalhadora”, como forma de promover a PNST, que atualmente retrata ações de saúde do

trabalhador e agora também da trabalhadora, o que reflete o crescimento da inserção das mulheres no mercado de trabalho.

A 4ª CNSTT foi convocada oficialmente pela Portaria GM nº 2.080/13¹⁴; o Regimento foi publicado pela Resolução CNS nº 494/2013¹⁵.

O terceiro tema abordado no ano foi a mudança de coordenação da CIST Nacional. No primeiro semestre, sua coordenação era da Central Geral dos Trabalhadores e a Coordenação Adjunta (equivalente a “vice”, mas nesta comissão usa-se “coordenação adjunta”) da Confederação Federal de Psicologia, e no segundo semestre passou a ser da CUT e da Confederação Nacional dos Trabalhadores na Saúde. Como iniciativa desta nova coordenação, realizou-se o debate sobre o papel da CIST e o panorama pelo país.

Eis os pontos destacados pelos participantes sobre o desempenho da CIST: os atritos com os CES e a necessidade em se construir uma integração política com esses atores; a dificuldade de desvinculação da organização das CISTs com os CERESTs; a não garantia de criação das CISTs nas diferentes instâncias de governo, com os documentos existentes (base normativa); reivindicou-se a informação de quais estados já haviam implementado a PNST; reivindicação da ação do CNS com os CES, no sentido de cobrar suas responsabilidades com as comissões; apontou-se a falta de participação dos gestores nas CISTs; a necessidade de maior interação com as centrais sindicais para divulgação das CISTs e atuação na elaboração de políticas que defendam os interesses e a saúde dos trabalhadores; a necessidade de construção do Plano de Trabalho, e cumprimento deste pelos gestores; a precariedade das relações de trabalho e o adoecimento dos trabalhadores; o controle social, as organizações e as centrais sindicais, enquanto atores na luta política; a ação pública e intersetorial para a saúde do trabalhador e o fortalecimento dos Conselhos de Saúde e, por conseguinte, das CISTs.

Encaminhou-se a proposta de revisão da Recomendação CNS de nº 034/09, que trata da criação de CIST, por haver sido considerada deficiente pelos participantes da reunião.

Para tanto, a Recomendação foi atualização e transformada na Resolução CNS de nº 493/13¹⁶, aprovada pelo Pleno do CNS, sendo alguns pontos revisados no que se refere à responsabilidade dos Conselhos de Saúde, coordenação, objetivos e composição.

¹⁴Fonte: <http://www.conselho.saude.gov.br/web_4cnst/docs/Portaria_convocacao.pdf>.

¹⁵ Fonte: <http://www.conselho.saude.gov.br/web_4cnst/docs/REGIMENTO_4CNST.pdf>.

¹⁶Fonte: <<http://www.conselho.saude.gov.br/resolucoes/2013/Reso493.pdf>>.

Considerações gerais sobre os resultados da análise das atas da CIST Nacional

Constatou-se que a CIST Nacional apresenta muito bem suas discussões, conforme se pôde observar nos registros das atas de reuniões, o que não ocorre nas atas das CISTs estaduais.

Suas discussões tiveram como foco principal o acompanhamento da implementação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, porém ficaram prejudicadas as discussões intersetoriais no ano de 2013, devido à não participação na condição de titulares dos ministérios da Previdência Social e do Trabalho e Emprego, atores fundamentais para tal ação.

Ressaltam-se as recomendações encaminhadas e aprovadas pelo Pleno do Conselho Nacional de Saúde em 2012, sobre o acompanhamento da PNSST e o PLANST e acerca do banimento do amianto, oportunas para o momento, porque estava em curso mais uma audiência pública envolvendo o tema.

Em 2013, duas resoluções também foram aprovadas: sobre o Regimento da 4ª CNSTT e sobre como criar CISTs nos Conselhos de Saúde. Tais resoluções vieram reformar a organização de uma conferência e o fortalecimento do controle social nas ações de saúde do trabalhador.

Também se realizaram, em 2012 e 2013, o IV e o V Encontro Nacional das Comissões Intersetoriais em Saúde do Trabalhador, promovidos pela CIST em parceria com a Coordenação-Geral de Saúde do Trabalhador do Ministério da Saúde, um importante momento de integração entre a gestão e o controle social em prol das ações de saúde do trabalhador.

Em 2012, o IV Encontro Nacional teve como principal foco a troca de experiências das atuações das CISTs nos estados e municípios, e em 2013 a realização da 4ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora.

Todos os temas nas reuniões da CIST são encaminhados e muitos deles o são por meio de recomendações, o que não é visualizado nos registros das atas das CISTs estaduais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Uma das maiores dificuldades encontradas para obter informações sobre as CISTs que deveriam ser de domínio público foi devido a não constarem nos endereços eletrônicos dos Conselhos de Saúde, o que fere o Art. 216 da Constituição Federal, segundo o qual “constituem patrimônio cultural brasileiro os bens de natureza material e imaterial, tomados individualmente ou em conjunto, portadores de referência à identidade, à ação, à memória dos diferentes grupos formadores da sociedade brasileira”. Como também a Lei nº 12.527/11⁵², que regulamenta “o direito constitucional de acesso dos cidadãos às informações públicas”, sendo a *transparência* uma das grandes reivindicações do próprio controle social. Para conseguir essas informações no caso das CISTs estaduais, foi preciso um grande investimento na consulta ao Portal dos Diários Oficiais dos Estados e Distrito Federal e no contato direto com os Conselhos Estaduais de Saúde. Constatou-se que existem CISTs funcionando sem respaldo do Conselho Estadual e nas dependências do CEREST, sem a devida formalização de sua criação. Contudo, a maior dificuldade para se realizar um diagnóstico mais fundamentado do estágio em que se encontra a atuação do controle social na área da saúde do trabalhador reside na carência de informações suficientes sobre as ações desenvolvidas por essas instâncias. Além de boa parte delas não se reunir, nas atas enviadas pelas que frequentemente se reúnem, pode observar-se uma falta de continuidade em relação aos assuntos tratados e aos encaminhamentos acordados ou a ausência de registro das questões discutidas.

Num primeiro momento, impressiona perceber o grande número de CISTs estaduais existentes e em funcionamento no país. E, mais ainda, o número de representantes de instituições públicas e de organizações da sociedade civil, embora seja apenas uma minoria os que frequentam as reuniões. Entretanto, quando se analisam as atividades registradas nas atas das reuniões das CISTs a que tivemos acesso, fica evidente a sua limitada contribuição na implementação das ações de saúde do trabalhador no SUS. Seria conveniente indagar as diversas razões a que se poderia atribuir esse deficiente desempenho no seu papel fundamental para melhoria das condições de trabalho e saúde dos trabalhadores, particularmente no que diz respeito à VISAT. Nos documentos consultados, foram mencionadas algumas demandas ao CEREST de caráter assistencial, mas muito poucas para a realização de ações de vigilância e, menos ainda, de participação da CIST na preparação,

acompanhamento e avaliação dessas ações. Aí reside atualmente um dos grandes desafios na área de saúde do trabalhador.

Muitas das ações realizadas se restringem à participação ou à organização de eventos de diversos níveis, inclusive nacionais. A grande questão é qual a contribuição que a CIST pode aportar nesses eventos e em que redonda a sua própria participação no referente à operacionalização dos objetivos previstos para essa comissão. Esse tipo de prática, também comum a outros setores do SUS – qualificada por alguns críticos de “participacionismo” –, é questionada frequentemente ao se ouvirem os discursos de boa parte dos participantes habituais de muitos dos eventos. No momento atual, em que se está preparando a 4ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, seria muito oportuno efetuar uma avaliação cuidadosa da contribuição do controle social na melhoria das condições de trabalho e saúde da população trabalhadora. Uma vez que o objetivo definido para a Conferência é a implementação da Política Nacional da Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, o ponto de partida deveria ser a análise pormenorizada da situação em que se encontram os diversos atores implicados nas ações da área de saúde do trabalhador no país e, neste caso, o controle social em particular. Do contrário, corre-se o risco de apenas participar na organização e realização de mais um evento.

Saliente-se que, na maioria das discussões realizadas nas reuniões das CISTs, são tratadas, prioritariamente, questões relativas à saúde dos profissionais de saúde, quando existem tão numerosos problemas a serem enfrentados em outras categorias de trabalhadores e de diversos setores produtivos. Poderia atribuir-se isso ao fato de a área de saúde ter o maior número de representantes, como costuma acontecer em outras ocasiões, mas essa explicação não seria suficiente.

Seria conveniente que o Conselho Nacional de Saúde, mesmo considerando o caráter descentralizado do SUS, estabelecesse um parâmetro de referência sobre a organização e funcionamento dessas comissões nos âmbitos estadual e municipal, de modo semelhante ao que fez com a publicação da Resolução nº 453/12. Nesse sentido, cabe ressaltar a recomendação enviada ao Conselho pela CIST Nacional de se publicar uma resolução orientadora sobre o modo de funcionamento das CISTs, o que ocorreu após intensas discussões sobre falhas na atuação de algumas CISTs. Porém, ainda se faz necessário um posicionamento do Conselho Nacional de Saúde algo mais amplo sobre organização, fluxo, planejamento, atuação e principalmente acerca das responsabilidades dos Conselhos de

Saúde. A CIST Nacional tem se mostrado preocupada com as questões de organização e principalmente com a garantia de atuação deste importante espaço do controle social.

É importante ressaltar os aspectos a seguir elencados.

A CIST foi criada com o objetivo de se articular em conjunto com entidades representativas dos empregados, empregadores, instituições da sociedade civil e órgãos públicos, direta ou indiretamente responsáveis pela preservação e recuperação da saúde do trabalhador. É uma comissão do Conselho de Saúde; se existe alguma CIST que funciona fora deste espaço, ela faz parte de outro instrumento e é regida ou direcionada por outras normativas, não a estabelecida na Lei nº 8.808/90.

A CIST não delibera! Recomenda ao Pleno de seu Conselho de Saúde, que é soberano; somente o Conselho de Saúde tem caráter deliberativo, conforme normativas.

A CIST é um aparato do controle social e não da gestão. É uma comissão de assessoramento dos Conselhos de Saúde, localizados no organograma do Ministério da Saúde e das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde como órgão colegiado. Não faz parte do organograma formal ou informal do CEREST, nem o CEREST da CIST – são componentes distintos quanto a ligações institucionais, mas que têm um ponto comum: zelar a Saúde do Trabalhador. Portanto, é fundamental estarem em consonância.

REFERÊNCIAS

1. DIAS, Elizabeth Costa; Hoefel, Maria da Graça. 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, p. 817-827 out./dez.2005.
2. MINAYO-GÓMEZ, C e LACAZ, FAC. Saúde do trabalhador: novas-velhas questões. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2005, v. 10, n. 4, p. 797-807.
3. <<http://www.saude.am.gov.br/index.php?id=stco>>. Acesso em: 28/04/2013, às 09h10.
4. <<http://goo.gl/vq2KYX>>. Acesso em 28/04/2013, às 09h30.
5. <<http://www.conselhodesaude.rj.gov.br/>>. Acesso em 30/04/13, às 10h10.
6. <<http://www.saude.sp.gov.br/conselho-estadual-de-saude/>>. Acesso em 30/04/13, às 13h45.
7. <<http://www.conselho.saude.pr.gov.br/>>. Acesso em 30/04/13, às 17h05.
8. <<http://goo.gl/wo7w5H>>. Acesso em 08/05/2013, às 17h12.
9. <<http://www.cosemsce.org.br/v2/116-2/>>. Acesso em 08/05/13, às 18h00.
10. <<http://goo.gl/jzN2yY>>. Acesso em 10/05/2013, às 14h.
11. <<http://www.saude.rr.gov.br/>>. Acesso em 18/05/2013, às 09h10.
12. <<http://goo.gl/a6nSA7>>. Acesso em 18/05/2013, às 10h20.
13. <<http://goo.gl/S86m0L>>. Acesso em 18/05/2013, às 11h.
14. <<http://goo.gl/IokN71>>. Acesso em 30/05/2013, às 14h10.
15. <<http://www.saude.pb.gov.br/site/ces.shtml>>. Acesso em 30/05/2013, às 14h25.
16. <<http://www.sesau.ro.gov.br/>>. Acesso em 30/05/2013, às 15h40.
17. <<http://goo.gl/d2XJ6J>>. Acesso em 01/06/2013, às 09h20.
18. <<http://goo.gl/vpzGPd>>. Acesso em 01/06/2013, às 10h18.
19. <<http://goo.gl/7sUxqC>>. Acesso em 01/06/2013, às 11h38.
20. <<http://goo.gl/YgPB2L>>. Acesso em 14/06/2013, às 17h00.
21. <<http://www.ces.saude.pe.gov.br/>>. Acesso em 18/06/2013, às 09h30.
22. <<http://www.saude.to.gov.br/ces/>>. Acesso em 18/06/2013, às 18h00
23. <<http://goo.gl/mesJZF>>. Acesso em 18/06/2013, às 18h15.
24. <http://www.ces.ap.gov.br/conteudo/lista_documentos/7>. Acesso em 01/07/2013, às 17h.
25. <<http://www.ces.rn.gov.br/>>. Acesso em 01/07/2013, às 17h29.
26. <<http://www2.saude.ba.gov.br/ces/>>. Acesso em 14/0720/13, às 13h00.
27. <<http://www.saude.pa.gov.br/ces/>>. Acesso em 14/07/2013, às 13h35.
28. <<http://goo.gl/6iAxNA>>. Acesso em 28/06/2014, às 14h00.

29. BERLINGUER G. *A saúde nas fábricas*. São Paulo: CEBES; Hucitec; Oboré, 1983.
30. ODDONE, I, et al. *Ambiente de trabalho: a luta dos trabalhadores pela saúde*. Trad.: Salvador Obiol de Freitas. São Paulo: Hucitec, 1986.
31. DIAS, E. C. *Atenção à saúde dos trabalhadores no setor saúde (SUS) no Brasil: realidade, fantasia ou utopia?* Tese (Doutorado) – Departamento de Medicina Preventiva e Social, FCM, Universidade Estadual de Campinas – Unicamp, Campinas/SP, 1994.
32. LACAZ, F A C. *Saúde do trabalhador: um estudo sobre as formações discursivas da academia, dos serviços e do movimento sindical*. Tese (Doutorado) – Departamento de Medicina Preventiva e Social, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas – Unicamp, Campinas/SP, 1996.
33. BRASIL. Ministério da Saúde. *Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador: manual de gestão e gerenciamento*. São Paulo: Hemeroteca Sindical Brasileira, 1. ed. 2006.
34. BRASIL. Lei nº 8.080/GM, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 set. 1990.
35. BRASIL. Ministério da Saúde, VIII CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE. Relatório Final. Brasília, 1986.
36. BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília/DF, Senado Federal, 1988.
37. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.679/GM, de 19 de setembro de 2002. Dispõe sobre a estruturação da rede nacional de atenção integral à saúde do trabalhador no SUS e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília/DF, nº 183, 20 set. 2002. Seção 1. p. 53-56.
38. MANNHEIM, K. *Sociologia sistemática: uma introdução ao estudo de sociologia*. 2. ed. São Paulo: Pioneira, 1971.
39. CARVALHO, A. I. de. *Conselhos de Saúde no Brasil: participação cidadã e controle social*. Rio de Janeiro: Fase/Ibam, 1995.
40. MINAYO-GÓMEZ, C. *Manual do Controle Social na Saúde do Trabalhador*. ENSP/Fiocruz. 2009, v.1, p.18
41. DAHL, Robert A. *Poliarquia*. 1. ed. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 1997.

42. MACHADO, F. de A. *Participação social em saúde*. Anais da VIII Conferência Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 1987. p. 299.
43. BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília/DF, 31 dez. 1990.
44. CORREIA, M. V. C. *Desafios para o controle social: subsídios para capacitação de conselheiros de saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.
45. SEVERO, D. O. *O Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra e o Controle Social do SUS: concepção do Coletivo Nacional de Saúde*. 107 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Florianópolis/SC, 2008.
46. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.120, de 1º de julho de 1998. Aprova a Instrução Normativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS. Diário Oficial da União, Brasília/DF, n. 124, 2 jul. 1998a. Seção 1. p. 36-38.
47. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.908/GM, de 30 de outubro de 1998. Aprova a norma operacional de saúde do trabalhador, na forma do anexo a esta portaria, que tem por objetivo definir as atribuições e responsabilidades para orientar e instrumentalizar as ações de saúde do trabalhador urbano e do rural, consideradas as diferenças entre homens e mulheres, a ser desenvolvidas pelas secretarias de saúde dos estados, do Distrito Federal e dos municípios. Diário Oficial da União, Brasília/DF, n. 215-E, 10 nov. 1998. Seção 1. p. 17.
48. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.728/GM, de 11 de novembro de 2009. Dispõe sobre a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast) e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília/DF, nº 216, 12 nov. 2009. Seção 1. p. 75-77.
49. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.823/GM, de 23 de agosto de 2011. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Diário Oficial da União, Brasília/DF, n. 165, 24 ago. 2012. Seção 1. p. 46-51.
50. BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução nº 453/GM, de 10 de maio de 2012. Aprova as diretrizes para instituição, reformulação, reestruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, n. 137, 17 jul. 2012. Seção 1. p. 44-45.
51. PIGNATTI, W.A. Não existe uso seguro de agrotóxicos. In: *Revista do Instituto Humanitas Unisinos*, n. 368, Ano XI, 04-07-2011.

52. BRASIL. Palácio do Planalto. Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011. Regula o acesso a informações previsto no inciso XXXIII do art. 5º, no inciso II do § 3º do art. 37 e no § 2º do art. 216 da Constituição Federal; altera a Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990; revoga a Lei nº 11.111, de 5 de maio de 2005, e dispositivos da Lei nº 8.159, de 8 de janeiro de 1991; e dá outras providências. Diário Oficial da União, Edição Extra, Brasília/DF, n. 221, 18 nov. 2011. Seção 2. p. 1-4.

ANEXO

Mapa das Comissões Intersectoriais de Saúde do Trabalhador no Brasil. Brasil, 2013

