

## Saúde do trabalhador: aspectos históricos, avanços e desafios no Sistema Único de Saúde

A brief history of worker's health in Brazil's Unified Health System: progress and challenges

Carlos Minayo Gomez <sup>1</sup>  
 Luiz Carlos Fadel de Vasconcellos <sup>1</sup>  
 Jorge Mesquita Huet Machado <sup>2</sup>

**Abstract** *This article draws on current understandings of workers' health in Brazil that emerged concomitantly with advances in the field of public health. It describes the institutional trajectory of the field of workers' health within the Unified Health System (SUS), emphasizing the challenges faced in developing actions in the sphere of workers' health surveillance. It synthesizes the often tortuous path taken over the last 30 years between multiprofessional training processes, coordination between different levels of the SUS, interinstitutional support, especially from public universities, and interaction with participatory processes. It provides an overview of progress and challenges in the face of continuous changes in working conditions and work organization and the limited effectiveness of government policies designed to address occupational health risks. Finally, it suggests that progress has come out of the intertwining of social and academic movements, with the opening up of institutional spaces that transform the SUS, reviving the underlying principles of participation and health promotion in broad vision of state policy.*

**Key words** *Worker's health, National worker's health policy, Workers' health surveillance*

**Resumo** *Este artigo parte da compreensão atual da Saúde do Trabalhador (ST) no Brasil, concomitante à contribuição advinda dos avanços na Saúde Coletiva. Apresenta uma trajetória institucional do campo da ST no Sistema Único de Saúde (SUS) com ênfase nos desafios do desenvolvimento de ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador. Sintetiza o caminho trilhado nos 30 anos de histórias institucionais, num percurso tortuoso entre processos de formação multiprofissional, esforços de articulação entre instâncias do SUS, apoios interinstitucionais especialmente de universidades públicas e interação com processos participativos e instituintes de controle social. Faz um breve balanço dos avanços e desafios diante das transformações contínuas das condições e formas de organização do trabalho e da limitada efetividade das políticas de Estado para o enfrentamento das condições de risco à saúde dos trabalhadores. E, finalmente, aponta perspectivas de que os avanços possíveis advêm de entrelaces dos movimentos sociais e acadêmicos com conquistas de espaços institucionais transformadores do próprio SUS, recuperando sua essência participativa e de promoção de saúde em uma visão ampla de política de Estado.*

**Palavras-chave** *Saúde do trabalhador, Política nacional de saúde do trabalhador, Vigilância em saúde do trabalhador*

<sup>1</sup> Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz. R. Leopoldo Bulhões 1480, Manguinhos. 21041-210 Rio de Janeiro RJ Brasil. minayo@terra.com.br

<sup>2</sup> Núcleo de Promoção da Saúde, Ambiente e Trabalho, Diretoria Regional de Brasília, Fiocruz. Brasília DF Brasil.

## Introdução

O campo da Saúde do Trabalhador (ST) no Brasil é resultante de um patrimônio acumulado no âmbito da Saúde Coletiva, com raízes no movimento da Medicina Social latino-americana e influenciado significativamente pela experiência operária italiana.

O avanço científico da Medicina Preventiva, da Medicina Social e da Saúde Pública, durante os anos 1960/70, ampliou o quadro interpretativo do processo saúde-doença, inclusive em sua articulação com o trabalho. Essa nova forma de apreender a relação trabalho-saúde e de intervir no mundo do trabalho introduz, na Saúde Pública, práticas de atenção à saúde dos trabalhadores, no bojo das propostas da Reforma Sanitária Brasileira. Configura-se um novo paradigma que, com a incorporação de alguns referenciais das Ciências Sociais - particularmente do pensamento marxista - amplia a visão da Medicina do Trabalho e da Saúde Ocupacional. Algumas publicações referem essa trajetória<sup>1,2</sup>, sistematizam determinadas práticas<sup>3,4</sup> ou expõem diferenças conceituais e metodológicas da Saúde do Trabalhador com a Medicina do Trabalho e a Saúde Ocupacional<sup>5,6</sup>.

A referência central para o estudo dos condicionantes saúde-doença é o processo de trabalho, conceito recuperado, nos anos 1970, das ideias expostas por Marx, particularmente no Capítulo VI Inédito de *O Capital*<sup>7</sup>. A apropriação do conceito "processo de trabalho" como instrumento de análise possibilita reformular concepções ainda hegemônicas que ao estabelecerem articulações simplificadas entre causa e efeito, numa perspectiva uni ou multicausal, desconsideram a dimensão social e histórica do trabalho e do binômio saúde/doença. Desse modo, indivíduo e ambiente são apreendidos na sua exterioridade, ignorando-se sua historicidade e o contexto que circunstancia as relações de produção materializadas em condições específicas de trabalhar, geradoras ou não de agravos à saúde.

A saúde do trabalhador configura-se como um campo de práticas e de conhecimentos estratégicos interdisciplinares - técnicos, sociais, políticos, humanos -, multiprofissionais e interinstitucionais, voltados para analisar e intervir nas relações de trabalho que provocam doenças e agravos<sup>8</sup>. Seus marcos referenciais são os da Saúde Coletiva, ou seja, a promoção, a prevenção e a vigilância.

O tratamento interdisciplinar implica a tentativa de estabelecer e articular dois planos de análise: o que contempla o contorno social,

econômico, político e cultural - definidor das relações particulares travadas nos espaços de trabalho e do perfil de reprodução social dos diferentes grupos humanos - e o referente a determinadas características dos processos de trabalho com potencial de repercussão na saúde<sup>9</sup>. Entre os conceitos e noções extraídos dessas características, encontram-se os classificatórios de risco - fundamentalmente associados às propriedades materiais e mensuráveis quantitativamente dos objetos, meios e ambientes de trabalho - e os de exigências ou requerimentos, que dizem respeito a componentes mais qualitativos derivados da organização do trabalho.

Contemporâneo ao Movimento da Reforma Sanitária, o pensamento novo sobre a ST obteve maior repercussão com a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986. Em dezembro desse mesmo ano, na I Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador foram divulgadas as experiências de implantação da Rede de Serviços de ST, então em andamento. Essa rede, anterior à promulgação do SUS, já incorporava princípios e diretrizes que depois seriam consagrados pela Constituição de 1988, tais como a universalidade, a integralidade e o controle social.

A interlocução com os próprios trabalhadores - depositários de um saber emanado da experiência e sujeitos essenciais quando se visa a uma ação transformadora - é uma premissa metodológica. Já, em finais dos anos 1970, essa premissa foi incorporada no "Modelo Operário Italiano"<sup>10</sup>, tendo como alvo a mudança e o controle das condições de trabalho nas unidades produtivas.

Neste artigo aborda-se inicialmente o processo que precedeu à inserção da ST no SUS. Mostram-se alguns dos fatores que influíram nesse processo, entre eles, a mobilização pela assistência à saúde no trabalho por parte de determinados setores sindicais e o apoio de organizações internacionais. É analisada, a continuação, a trajetória seguida na institucionalização de ST no SUS, apontando-se os avanços conseguidos e as várias dificuldades encontradas. Destaca-se particularmente a compreensão da Vigilância em Saúde do Trabalhador por meio de casos exemplares que dizem respeito à sua prática. Finalmente, realiza-se uma breve análise da situação do controle social nesse particular.

### Antecedentes da Saúde do Trabalhador no Brasil

No caso brasileiro, nos anos de 1970, concomitantemente ao acelerado crescimento do

número de trabalhadores industriais, houve um forte incremento na organização dos trabalhadores em torno da regulamentação da jornada de trabalho e em busca de melhores salários. São também dessa década os primeiros movimentos em defesa da saúde pela melhoria das condições de trabalho. Uma iniciativa da assessoria técnica do Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde e dos Ambientes de Trabalho – DIESAT, junto ao Sindicato dos Trabalhadores Químicos e Petroquímicos do ABCD, foi fundamental para que o sindicato propusesse à Secretaria de Estado da Saúde (SES), no ano de 1984, o Programa de Saúde do Trabalhador Químico do ABC. Uma experiência pioneira com efetiva participação sindical em sua gestão<sup>11</sup>. Posteriormente, foram criados Programas de Saúde do Trabalhador (PST) semelhantes na SES de São Paulo e em outros Estados, com diversos níveis de participação dos trabalhadores, inclusive na realização de ações de vigilância em algumas empresas.

O próprio autor salienta que os PST foram influenciados pela posição da OIT e da própria OMS, quando, em 1983, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) publicou o *Programa de Salud de los Trabajadores* e patrocinou um seminário, realizado, em 1984, em Campinas. Nesse seminário, discutiu-se a necessidade de se passar do conceito de saúde ocupacional para o de saúde dos trabalhadores, com vistas a enfrentar a problemática saúde-trabalho como um todo, numa conjugação de fatores econômicos, culturais e individuais.

Nos primeiros Programas e nos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador – CRST, anteriores ao advento do SUS, prevalecia a dimensão assistencial. O foco principal dessas estratégias era diagnosticar, orientar e acompanhar as patologias decorrentes do trabalho com a perspectiva de criar condições para que a rede pública viesse a se constituir em instância efetiva para assistência à saúde dos trabalhadores. Uma mudança de perspectiva encontra-se no relatório final da VIII Conferência Nacional de Saúde quando apontava que o trabalho em condições dignas e o conhecimento e controle dos trabalhadores sobre processos e ambientes de trabalho são pré-requisitos para o pleno exercício do acesso à saúde. E a 1ª CNST incorpora a proposta de que o SUS deve englobar ações e órgãos de ST, na perspectiva da saúde como direito.

Em termos do marco político normativo do Estado, a ST é situada na perspectiva da saúde como direito universal<sup>12</sup>, conforme definido pela Constituição Federal de 1988 e na Lei nº 8080/90,

transcendendo o marco do direito previdenciário-trabalhista em que a ação de Estado restringe-se à regulação da saúde e segurança.

A própria Lei Orgânica da Saúde determina que as ações de ST devam ser executadas pelo SUS nos âmbitos de assistência, vigilância, informação, pesquisas e participação dos sindicatos. A Lei estabelece também ser competência da instância federal do SUS participar da definição de normas, critérios e padrões para o controle das condições e dos ambientes de trabalho e coordenar a política de ST de forma hierarquizada e descentralizada para estados e municípios. A mesma Lei regula também a necessidade de o Conselho de Saúde estruturar a Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador - CIST.

### **A Saúde do Trabalhador no SUS – Avanços e desafios**

O percurso de institucionalização da ST no SUS não se constituiu em trajetória linear de implementação constante e incremental. Com a promulgação da Constituição Federal, em 1988, à medida que se avançava na inclusão mais orgânica da área de ST no SUS, os desafios para a sua consolidação efetiva surgiam, muitas vezes, como verdadeiros obstáculos para sua viabilização.

No início dos anos 1990, criavam-se novos PST em vários estados e municípios, em todo o país, mas nem todos se consolidavam, tendo alguns uma vida efêmera. Nesses primeiros anos, os avanços para a consolidação da área dependiam da superação de vários desafios. Eram muitos os fatores combinados, a serem suplantados. Alguns deles até hoje permanecem desafiadores, a despeito dos avanços observados. Destacam-se: a ausência de uma cultura da ST, no âmbito da saúde pública; a dificuldade de utilização de recursos, mesmo com rubrica própria; um corpo técnico insuficiente com formação específica de atuação; conflitos de competência com outras áreas do aparelho de Estado; resistência das vigilâncias tradicionais (epidemiológica e, principalmente, sanitária) a incorporar o binômio saúde/trabalho em suas práticas; a percepção da população trabalhadora com viés assistencial e auto-excludente como protagonista de suas práticas; a ausência de metodologias de abordagem condizentes com a concepção da área de ST; a inconsistência e heterogeneidade de entendimento, da questão da ST, quando não a ausência, nos dispositivos normativos nas três esferas de governo.

Pouco a pouco, ainda nos anos 1990, avançava-se e novos desafios surgiam. Na primeira

metade da década, a realização da II Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador - II CNST, em 1994, ratificou a determinação constitucional de municipalização das ações. Essa proposta coincidia com a ruptura com o modelo securitário, ocorrido no ano anterior, com a IX Conferência Nacional de Saúde, que estabelecia um novo modelo de gestão do SUS (festejado pelos que defendiam a Reforma Sanitária). Para a ST a perspectiva era alvissareira, na medida em que as ações de ST deveriam ser acolhidas e executadas nos municípios. O desafio não foi plenamente exitoso. Ainda hoje, a dificuldade de se municipalizar as ações de ST é um entrave para a sua consolidação no SUS. Muitas das propostas da II CNST prenunciavam alguns dos avanços que viriam, mas também, os desafios que, por certo, trariam. Uma delas, a de *participação paritária das entidades sindicais e organizações populares...* na gestão da ST, revelava um avanço coerente não só com o seu marco conceitual, como também com o princípio constitucional de democracia participativa do SUS. A rigor, essa proposta jamais foi implementada, salvo em situações de excepcionalidade em que pouquíssimos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador – Cerest exercem sua gestão em articulação com conselhos gestores com alguma participação sindical e popular.

Naquela primeira metade da década de 1990, ocorria também a instituição da CIST, vinculada ao CNS. Seu surgimento obedecia aos artigos 12 e 13 da Lei Orgânica de Saúde. Durante a 2ª metade da década, a CIST nacional se consolidou e participou de forma proativa no delineamento de uma política de ST. De fato, avanços ocorreram, todavia, encetando mais desafios para sua efetiva consolidação.

Alguns exemplos de participação decisiva da CIST nesse período são citados, a seguir. Um deles foi a Instrução Normativa da Vigilância em Saúde do Trabalhador - Visat no SUS, notável avanço para a área, embora fosse assinada somente três anos depois de formulada (1988). Acresça-lhe o enorme desafio até hoje, 19 anos depois de sua promulgação, não ser um instrumento normativo-metodológico de ação cotidiana das práticas dos Cerest. Também de 1998, é a Norma Operacional de Saúde do Trabalhador - NOST/SUS, instrumento orientador significativo da gestão, mas precocemente revogado.

A publicação da Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho, em 1999, foi um avanço bem-sucedido. Por força de um dispositivo da Lei Orgânica de Saúde, em seu artigo 6º (parágrafo 3º, inciso VII), foi revista a listagem obsoleta e redu-

zida que colocava o Brasil até então num ranking inferior de reconhecimento oficial de doenças relacionadas ao trabalho, frente à maioria dos países do mundo ocidental. Fortemente ampliada, a listagem foi exaustivamente detalhada em manual publicado em 2001, tornando-se referência para médicos peritos e profissionais de saúde em geral até hoje. Resta efetuar nova revisão, pois já se passaram 17 anos e o dispositivo legal determina que a revisão deve ser periódica. Inclusive, as novas tecnologias e a reestruturação produtiva em permanente marcha produzem novas modalidades de agravos não contemplados na listagem vigente.

Várias outras propostas foram consignadas, ainda na década de 1990, com participação da CIST, tais como o preenchimento de Autorizações de Internação Hospitalar nos casos compatíveis com acidente de trabalho<sup>13</sup> e a Política de Saúde Ocupacional para o Trabalhador do SUS, inserida na NOB/RH-SUS - Princípios e Diretrizes para a Gestão do Trabalho no SUS, em 2005<sup>14</sup>.

O ingresso na década de 2000 inicia com a área técnica de ST do Ministério da Saúde, formulando uma proposta de criação de uma rede de ST que, dois anos depois, seria oficialmente normalizada como Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador - Renast.

Em sua atual formatação institucional, prevista na Portaria nº 2.728, de 11 de novembro de 2009, a Renast deve integrar a rede de serviços do SUS por meio de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest).

Na medida da implantação gradual da Renast, com a emissão de três Portarias de 2002 a 2009 oficializando-a, foi inegável o avanço da área, com a criação de uma identidade comum. O balanço dos primeiros 20 anos da ST no SUS já denotavam o que se tinha e o que se poderia esperar<sup>15,16</sup>.

O desafio que se impôs, e que efetivamente não foi ainda superado, era o padrão identitário calcado na rubrica orçamentária comum aos Cerest de todo o Brasil, independentemente de suas localizações e das demandas impostas pelo perfil sócio-econômico-produtivo. Prevaleceu o viés orçamentário de caráter mais pragmático, cujo percurso ao longo dos 15 anos, desde sua implantação, acabou por facilitar o surgimento de soluções de continuidade que, hoje, desafiam os profissionais dos Cerest a utilizarem os recursos rubricados de ST.

Com a Renast, a área avançou especialmente no aspecto formativo de quadros. A renovação permanente de profissionais, embora ocasione

perdas de técnicos bem formados, mantém um preponderante ingresso de novos profissionais, o que demonstra a vitalidade da área. Caracterizam-se pela procura constante de cursos de pós-graduação e também pelos cursos básicos de formação para a Visat, junto aos Cerest das mais distintas regiões do Brasil. Um desafio que acompanha esse inegável avanço é a aferição da qualidade de algumas modalidades de formação, especialmente não presenciais, quanto à dissociação da teoria da prática participativa plural de intervenção sobre o mundo do trabalho. Esses diferentes cursos precisariam ser avaliados dentro de uma proposta de implementação da PNSTT, indagando-se em que medida seus conteúdos e suas abordagens pedagógicas estão em sintonia com as necessidades operacionais das diretrizes dessa política. Os processos formativos devem visar resultados objetivos, de modo a transformar a realidade mais perene e eficazmente.

A estrutura continental do Brasil, sua diversidade cultural, a ocupação econômica dos territórios e a imensa variabilidade de seus equipamentos de saúde agregam desafios na esfera do que já é efetivamente considerado como avanço para a área de ST. Cabe destacar os êxitos emblemáticos conseguidos nos últimos anos em determinados territórios por Cerest que atuam em estreita articulação interinstitucional.

Nesses termos, é importante ressaltar o aporte que o Ministério Público do Trabalho (MPT) tem dado ao longo dos últimos anos. Frequentemente, o MPT é promotor de articulações intersetoriais, tendo os Cerest como foco essencial para a formulação de demandas e a adoção de medidas necessárias para enfrentar problemas em diversos setores produtivos. São muitos os avanços obtidos, a partir de audiências públicas e de Termos de Ajuste de Conduta (TAC) firmados com empresas. Questiona-se, no entanto, o risco de judicialização de conflitos sociais, embora seja indiscutível a função que desempenha, sobretudo frente às atuais limitações e deficiências de órgãos públicos de fiscalização e vigilância de ST.

Ainda, na linha intersetorial, o papel das instituições acadêmicas, especialmente das universidades públicas, incluídas a Fiocruz e a Fundacentro, tem sido relevante na formação de quadros. É necessária, no entanto, uma articulação mais perene, orgânica e institucionalizada que não se limite à contribuição de profissionais comprometidos na melhoria das condições de trabalho e saúde dos trabalhadores.

Quanto à Renast, embora exista uma rotatividade de profissionais dos Cerest, e que provoca

descontinuidade de ações em alguns casos, vale lembrar os programas estratégicos de formação realizados em alguns estados, em consonância com as diretrizes de vigilância para categorias de trabalhadores consideradas prioritárias. Nessa linha merecem destaque os cursos de formação de Multiplicadores de Visat, com apoio do Ministério da Saúde e da Fiocruz, os cursos de pós-graduação *lato* e *stricto sensu*, de caráter multiprofissional, e iniciativas distintas e efetivas de formação continuada. Possibilitam uma formação crítica às visões tecnicistas e reducionistas ainda prevalentes na área. Também o surgimento de algumas propostas institucionais que estimulam a construção e amadurecimento de equipes de pesquisadores de formações diversas tem demonstrado a potencialidade dessa nova perspectiva de investigação/ação.

A homologação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, em 2012, constituiu um passo importante para orientar as ações e a produção científica na área. Enquanto principal referência normativa de princípios e diretrizes da área de ST, a Política efetivamente pode contribuir, entre muitos outros aspectos, para superar o distanciamento entre a produção de conhecimentos de setores da academia e as necessidades de fundamentação na prática dos serviços.

Um desafio é a aferição do processo de formação que se baseie em resultados objetivos, cujo desfecho do percurso formativo seja a investigação/ação concretizada no mundo real e ombreada com os trabalhadores.

#### **Avanços e desafios da Vigilância em Saúde do Trabalhador (Visat)**

É na Visat que reside a capacidade de transformar a realidade do mundo do trabalho. Com ela se conhece a realidade da população trabalhadora e os fatores determinantes de agravos à sua saúde, de modo a intervir sobre eles. O impacto das medidas adotadas subsidia a tomada de decisões dos órgãos competentes dos governos e, ainda, aprimora os sistemas de informação existentes em ST. A Visat, além disso, enquanto prática interdisciplinar, multiprofissional, interinstitucional e intersetorial, ao ultrapassar os limites do setor saúde, embora subordinada a seus princípios, amplia o raio de ação do SUS, fazendo valer sua concepção original de sistema.

A Visat tem a tarefa de trazer para o contexto dos serviços de saúde a análise da relação da saúde com o processo de trabalho. Faz parte da

natureza complexa e conflituosa da sua ação: explicitar, observar e intervir nas situações de risco, nas relações de trabalho, e nas formas de resistência e desgaste da saúde dos trabalhadores<sup>17,18</sup>.

Dos cerca de 210 Cerest, atualmente habilitados, segundo o último Inventário da Renast 2015/2016, publicado no Renast Online de 2017, alguns já têm uma experiência acumulada de atuação em consonância com as premissas da Visat. Além disso, observa-se o aumento no registro de agravos relacionados ao trabalho, com 1 milhão de casos registrados e 98% dos municípios mostrando capacidade de realizar esse registro.

São exemplares os casos que dizem respeito à vigilância da exposição ao benzeno em postos de combustíveis; as ações de vigilância à saúde do trabalhador canavieiro; as ações articuladas para o banimento do amianto (hoje exitosa); ações interinstitucionais e negociações para vigilância e prevenção de acidentes de trabalho. Iniciativas sobre determinadas situações como o trabalho escravo, o trabalho infantil, trabalho em condição de precariedade extrema no lixo, no carvão e em territórios de vulnerabilidade, ainda que focais, devem ser considerados também como avanços da área, posto que consolidam metodologias de intervenção, apontando para aprimoramentos futuros.

Merecem destaque as pneumoconioses, o câncer relacionado ao trabalho, as intoxicações por agrotóxicos e a saúde mental por reforçarem linhas temáticas nacionais de implantação da vigilância articulada entre os Cerest e a Atenção Básica, dentre outras instâncias. No caso da vigilância da saúde mental, sua transversalidade em todos os sistemas de trabalho aponta ao desafio de se transpor a visão exclusiva sobre os riscos clássicos nos ambientes de trabalho para passar a focalizar também a organização do trabalho. Esses temas recorrentes acenam com a possibilidade de construção de protocolos e ações programáticas de formação para a Visat.

Todas essas iniciativas guardam a premissa da intersetorialidade, interdisciplinaridade e da participação dos trabalhadores em seu desenvolvimento. A vigilância da saúde das populações do campo, floresta e águas, um dos atuais focos de ação de Visat em diversas regiões, traz uma peculiaridade bem-vinda para a consolidação da ST. O fato de se articular a vigilância ambiental com a Visat, muitas vezes em territórios de conflito e vulnerabilidade, possibilita o aprimoramento da pesquisa-ação, marca da Visat. É crescente o movimento de formação no âmbito da pesquisa-ação, com apoio de grupos acadêmicos envolvidos e comprometidos com os movimentos dos povos

tradicionais, comunidades ribeirinhas e costeiras, pescadores e pescadoras artesanais, marisqueiras, mulheres artesãs, trabalhadores em assentamentos, entre tantos, configurando uma vigilância de base territorial integrada e participativa.

A medida do avanço da ST se delimita pelo tamanho do desafio. No caso da Visat, é essencial resolver ou, ao menos, atenuar o “conflito de competências” da vigilância da saúde no mundo do trabalho, seja no interior do sistema de saúde, com a vigilância sanitária, seja para fora, com a fiscalização do trabalho. A insensibilidade de agentes públicos para com a missão do SUS de proteger, promover a saúde e prevenir os danos à saúde do trabalhador é um fato incompreensível sob a determinação constitucional do exercício do SUS na Visat.

### **Avanços e desafios do controle social**

Ao avanço representado pela instituição das CIST, como exigência para a habilitação dos Cerest, da mesma forma que em outras instâncias de participação dos usuários no setor saúde, a representação dos trabalhadores nessas comissões constitui-se em desafio permanente para transformar representação em representatividade. O baixo nível de mobilização das organizações da classe trabalhadora repercute na pouca efetividade das estruturas de controle social para garantir a priorização de ações de atenção em ST nos planos estaduais e municipais de saúde. Há uma tendência de se transferir a responsabilidade da participação para as próprias organizações (sindicatos, associações, movimentos). É um desafio mudar esse equívoco de compreensão. Lidando com um Estado, cujos sucessivos governos lhes cassam direitos e não lhes dão as respostas adequadas às suas necessidades, pouco lhes resta além da reticência e desconfiança. O desafio se situa na mudança de estratégia de aproximação, acolhimento e reconquista da confiança.

Um desafio adicional é a organização de CIST, geralmente vinculada ao Cerest Regional do município-sede. Os demais municípios da região, que podem variar de unidades a dezenas, não possuem representação do controle social. No último Inventário da Renast havia 126 CIST, no Brasil, sendo 27 estaduais e 99 municipais. No levantamento de 2014, dos 209 Cerest habilitados, apenas 34 informaram que houve participação dos trabalhadores nas ações de Visat. Quanto à participação dos trabalhadores na elaboração da Programação Anual de Saúde, somente 74 a confirmaram.

Redimensionar estruturas de representação impõe-se como tarefa a ser enfrentada no planejamento futuro da Renast. Algumas iniciativas recentes adquirem importância, como a criação de observatórios das centrais sindicais e os avanços observados nas reivindicações de atenção à saúde dos trabalhadores, especialmente em sindicatos rurais. Outros espaços de articulação como os Fóruns Intersindicais de articulação entre sindicatos, Cerest e instâncias formadoras (acadêmicas) são avanços recentes que reforçam o papel das CIST, não só por ampliar seu território de abrangência, como pela possibilidade de formação qualificada para dirigentes sindicais e trabalhadores em geral<sup>19</sup>.

### Conclusão

É evidente que o maior avanço da saúde do trabalhador no Brasil foi seu reconhecimento constitucional como área contida no âmbito da saúde pública. Mas, a despeito das críticas à sua institucionalização e ao desenvolvimento de suas ações<sup>20</sup>, ainda insuficientes para dar conta do cenário dramático do mundo do trabalho em matéria de saúde, no Brasil, são incontáveis seus avanços nesses 30 anos de SUS.

Todavia, as ações nos cotidianos institucionais, às vezes marcadas por disputas e preconceitos técnicos institucionais, ocasionam confrontos no campo do fazer, operar<sup>21</sup>. Resta superar esses desafios, explicitando possibilidades de análise e reflexão sobre os avanços frequentemente interrompidos por instabilidades e fragilidades do Estado, redutoras do grau de direito à saúde dos trabalhadores e trabalhadoras brasileiros.

O campo de saúde do trabalhador anda para frente, embora por caminhos tortuosos marcados pela reestruturação produtiva e em confronto com a hegemonia do mercado que tritura relações sociais, como diria Karl Polanyi em seu 'moinho satânico'.

Embora as práticas sejam implementadas de forma lenta e com muitas limitações de ordem institucional e de conflitos de concepções, nesses 30 anos de saúde do trabalhador no SUS a constatação dos avanços possibilita visualizar melhor os desafios.

Desafios, contudo, que ditam rumos, encetam estratégias, infundem desejos criativos, encenam novas parcerias, induzem a reposicionamentos éticos e fomentam a necessidade de procurar outros conhecimentos ou outras saídas. 30 anos não é pouca coisa, mas também não é muita, quando se pretende investir na dignidade no trabalho, pela via da saúde do trabalhador. É só o começo.

### Colaboradores

C Minayo Gomez, LCF Vasconcellos e JMH Machado colaboraram igualmente na elaboração do artigo.

## Referências

- Dias EC. *A Atenção à Saúde dos Trabalhadores no Setor Saúde (SUS) no Brasil: realidade, fantasia ou utopia* [tese]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 1994.
- Reforma Sanitária e Saúde do Trabalhador. *Saúde e Sociedade* 1994; 3(1):41-59.
- Costa D, Carmo JC, Settimi MM, Santos UP. *Programa de Saúde dos Trabalhadores: a experiência da zona norte – uma alternativa em Saúde Pública*. São Paulo: Hucitec; 1989.
- Pimenta AL, Capistrano Filho D. *Saúde do trabalhador*. São Paulo: Hucitec; 1988.
- Tambellini AT. *Política nacional de saúde do trabalhador: análises e perspectivas*. Rio de Janeiro: Abrasco/Fiocruz; 1986.
- Mendes R, Dias EC. Da Medicina do Trabalho à Saúde do Trabalhador. *Rev Saude Publica* 1991; 25(5):341-349.
- Marx K. *O capital, livro I, Capítulo inédito*. São Paulo: Ciências Humanas; 1978.
- Minayo-Gomez CM, Thedim-Costa SMF. A construção do campo de saúde do trabalhador: percurso e dilemas. *Cad Saude Publica* 1997; 13(Supl. 2):21-32.
- Minayo-Gomez CM. Produção de conhecimento e intersectorialidade em prol das condições de vida e de saúde dos trabalhadores do setor sucroalcooleiro. *Cien Saude Colet* 2011; 16(8):3361-3368.
- Oddone I, Marri G, Gloria S, Briante G, Chiatella MRA. Ambiente de trabalho: a luta dos trabalhadores pela saúde. São Paulo: Hucitec; 1986.
- Lacaz FAC. O campo Saúde do Trabalhador: resgatando conhecimentos e práticas sobre as relações trabalho saúde. *Cad Saude Publica* 2007; 23(4):757-766.
- Vasconcellos LCF. *Saúde, trabalho e desenvolvimento sustentável: apontamentos para uma Política de Estado* [tese]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública; 2007.
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria n.º 1.969/GM, de 25 outubro de 2001. Dispõe sobre a notificação, às autoridades competentes, de casos de suspeita ou de confirmação de maus-tratos contra crianças e adolescentes atendidos nas entidades do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial União* 2001; 26 ago.
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). Conselho Nacional de Saúde. *Princípios e diretrizes para a gestão do trabalho no SUS (NOB/RH-SUS)*. 3. ed. rev. atual. Brasília: MS; 2005.
- Santana VS, Silva JM. Os 20 anos da saúde do trabalhador no Sistema Único de Saúde do Brasil: limites, avanços e desafios. In: Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. *Saúde Brasil 2008: 20 anos de Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil*. Brasília: MS; 2009. p. 175-204.
- Ribeiro FSN, Leão LHC, Coutinho SRA. Saúde do Trabalhador no Brasil nos anos 1990 e 2000, do período da audácia ao desbrío. *Em Pauta* 2013; 11(32):39-63.
- Machado JMH. *Alternativas e processos de vigilância em saúde do trabalhador: a heterogeneidade da intervenção* [tese]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública; 1996.
- Machado JMH. A propósito da Vigilância em Saúde do Trabalhador. *Cien Saude Colet* 2005; 10(4):987-992.
- Santos APMB. *Implementação de uma comunidade ampliada de pares: o Fórum Intersindical de formação em saúde-trabalho-direito para a ação em saúde do trabalhador* [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública; 2017.
- Leão LHC, Vasconcellos LCF. Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast): uma rede que não enreda. In: Vasconcellos LCF, Oliveira MHB. *Saúde, trabalho e direito: uma trajetória crítica e a crítica de uma trajetória*. Rio de Janeiro: Educam; 2011. p. 453-489.
- Machado JMH, Santana VS, Campos A, Ferrite S, Peres MC, Galdino A, Vasconcelos Neto R, Veiga RP, Lisboa MC, Santos APL. Situação da Rede Nacional de Atenção Integral em Saúde do Trabalhador (Renast) no Brasil, 2008-2009. *Rev brasileira saúde ocupacional* 2013; 38(128):243-256.

Artigo apresentado em 05/01/2018

Aprovado em 30/01/2018

Versão final apresentado em 27/02/2018