

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA

Thaís Candido de Oliveira

As Comissões Internas de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora como instrumentos de participação democrática.

Rio de Janeiro

2022

Thaís Candido de Oliveira

As Comissões Internas de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora como instrumentos de participação democrática.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Residência Multiprofissional em Saúde do Trabalhador, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Saúde do Trabalhador.

Orientador(a): Dr^a Mônica Simone P. Olivar

Rio de Janeiro

2022

Ficha Catalográfica

O48c Oliveira, Thaís Candido de
As comissões internas de saúde do trabalhador e da trabalhadora
como instrumentos de participação democrática / Thaís Candido de
Oliveira. — 2022.
88.f.: il.

Orientador: Mônica Simone P. Olivar

Trabalho de Conclusão de Residência (Especialização em Saúde
do Trabalhador e Ecologia Humana) - Fundação Oswaldo Cruz, Es-
cola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2022.

1. Saúde do Trabalhador. 2. Saúde. 3. Trabalho. 4. Condições de
trabalho. 5 Organizações de Normalização Profissional. I. Título.

CDD - 23. ed – 363.11

Thaís Candido de Oliveira

**As Comissões Internas de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora
como instrumentos de participação democrática**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao curso de Residência
Multiprofissional em Saúde do Trabalhador,
da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio
Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como
requisito parcial para obtenção do título de
Especialista em Saúde do Trabalhador.

Aprovada em: 22 de fevereiro de 2022.

Banca Examinadora

Prof.^a Dr.^a, Monica Simone Pereira Olivar, FIOCRUZ / CST

Prof.^a Ms, Cecília de Aquino Barbosa, FIOCRUZ / CST

Prof.^a Ms, Márcia Vieira Pacheco, FIOCRUZ / CST

Rio de Janeiro

2022

À minha avó Terezinha Candida da Costa,
Que me ensinou a força de ser mulher trabalhadora.

AGRADECIMENTOS

Início meus agradecimentos celebrando a vida, a oportunidade e acesso à educação e conhecimento. Celebrando a minha fé e agradecendo a Deus.

Agradeço em especial a cada um que participou e que me acompanhou nestes dois anos de formação na residência, dentre estes, não poderia deixar de agradecer a coordenação da residência pelo apoio e cuidado com nossa turma.

Agradeço a minha turma, ahhhhh meninas, como vocês foram especiais. Composta por sete mulheres, essa nossa turma de residência se apoiou, ajudou e se tornaram além de apenas colegas de turma e formação. Obrigada Juliene Neves, Jussara Cabral, Luisa Maiola, Taianah Barros, Thayna Rosa e Thaís Fernandes, obrigada por serem companheiras maravilhosas.

Agradeço aos espaços que pude percorrer e conhecer, como a Coordenação de Saúde do Trabalhador da FIOCRUZ e os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador da prefeitura do Rio de Janeiro. Agradeço a cada profissional que tive contato, a cada conversa, troca de experiência e possibilidade de aprendizado. Vocês que trabalham no dia a dia na Saúde do Trabalhador me inspiram e são exemplos para que continuemos a acreditar na força do trabalhador. Muito obrigada por tanto!

Agradeço a minha família e amigos próximos pela compreensão e apoio também, sei o quanto cada um torce por mim, o quanto vibram e celebram cada conquista. Obrigada mãe (Iara), pai (Antônio), irmão (Emerson), avó (Terezinha), tia (Léia), esposo (Irlan), enfim. Obrigada amigas (Larissa, Raissa, Bianca, Fernanda e Suellen) por perguntarem e se disponibilizarem a sentar comigo e dizer: vamos Thaís, você vai conseguir. E consegui!

Agradeço em especial a minha preceptora e tutora Mônica Olivar, obrigada por cada troca, por todo apoio, pela oportunidade em aprender com você. Obrigada por ter paciência em todo meu processo, nas atividades práticas, no portfólio, na produção do TCR, haja paciência comigo e em aguardar eu conseguir dar conta de tudo. Muito obrigada por ser tão humana, compreensiva e apoiadora, pelas oportunidades com produções científicas e eventos. Obrigada por ser inspiração, por me mostrar que mesmo vindo da baixada fluminense como eu, mesmo sendo/vindo de família pobre, classe trabalhadora, conseguiu através da educação, almejar grandes conquistas. Muito Obrigada!

Agradeço a Cecília e Márcia por aceitarem compor minha banca, obrigada pela troca e aprendizado que me propiciaram na CST, sempre com muito acolhimento, afeto e atenção.

Está na luta, no corre-corre, no dia-a-dia
Marmita é fria, mas se precisa ir trabalhar
Essa rotina em toda firma começa às sete da manhã
Patrão reclama e manda embora quem atrasar

Trabalhador.

Trabalhador brasileiro
Dentista, frentista, polícia, bombeiro
Trabalhador brasileiro
Tem gari por aí que é formado engenheiro
Trabalhador brasileiro
Trabalhador.

E sem dinheiro vai dar um jeito
Vai pro serviço
É compromisso, vai ter problema se ele faltar
Salário é pouco não dá pra nada
Desempregado também não dá
E desse jeito a vida segue sem melhorar

Trabalhador.

Trabalhador brasileiro
Garçom, garçonete, jurista, pedreiro
Trabalhador brasileiro
Trabalha igual burro e não ganha dinheiro
Trabalhador brasileiro
Trabalhador.

Trabalhador, música de Sr Jorge

RESUMO

As Comissões Internas de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora são importantes instrumentos de organização coletiva e de reivindicações dos trabalhadores por melhores condições de trabalho e saúde. São bastante diversas as formas de organização, indo desde os comitês de bairro, até os sindicatos e partidos. Dentro desse conjunto de organismos de massa, um deles tem-se mostrado muito importante: trata-se da organização dos trabalhadores em seus locais de trabalho. O presente estudo se debruça sobre as Comissões Internas de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora como forma de instrumento de participação democrática e organização política de trabalhadores no que diz respeito a conquistas por melhores condições de trabalho, buscou evidenciar como ocorreu a implementação dessas comissões no âmbito do setor público federal. Tendo como base metodológica a abordagem qualitativa, por meio de entrevistas semiestruturadas com sete membros das comissões. Por meio desta pesquisa, constatou-se que as comissões internas de saúde do trabalhador e da trabalhadora estão em processo de construção e têm buscado estratégias para a participação social democrática e organização de luta dos trabalhadores, elas tem se mostrado ser estratégia de ampliação e autonomia, contribuindo para a melhoria das condições de trabalho e saúde, tendo o trabalhador como protagonista dos processos de mudança, colocando em foco as experiências individuais e coletivas no processo de constituição das comissões e as ações em prol de uma melhor qualidade de vida e trabalho.

Palavras-chave: Saúde do Trabalhador; Saúde; Trabalho; Participação.

ABSTRACT

The Internal Workers' Health Commissions are important instruments of collective organization and workers' demands for better working and health conditions. The forms of organization are quite diverse, ranging from neighborhood committees to unions and parties. Within this set of mass organizations, one of them has proved to be very important: it is the organization of workers in their workplaces. The present study focuses on the Internal Commissions of Worker's and Workers' Health as a form of instrument of democratic participation and political organization of workers with regard to achievements for better working conditions, sought to show how the implementation of these commissions occurred in the scope of of the federal public sector. Based on a qualitative approach, through semi-structured interviews with seven committee members. Through this research, it is found that the internal commissions of worker's health are in the process of construction and have been looking for strategies for democratic social participation and organization of workers' struggle, they have been shown to be a strategy to expand and autonomy, contributing to the improvement of working and health conditions, having the worker as the protagonist of the processes of change, focusing on individual and collective experiences in the process of constituting committees and actions in favor of a better quality of work. life and work.

Keywords: Worker's Health. Health. Work. Participation.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 1 – Idade	51
Gráfico 2 – Escolaridade	51
Gráfico 3 – Vínculo Institucional	52
Gráfico 4 – Tempo de Serviço na Instituição	52

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRASCO - Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
CD - Conselho Deliberativo
CEBES - Centro de Estudos de Saúde
CECAL - Centro de Criação de Animais de Laboratório
CEREST - Centro Regional de Saúde do Trabalhador
CF - Constituição Federal
CISSP - Comissões Internas de Saúde do Servidor Público
CISTT – Comissão Interna de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora
CNST - Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador
COGEPE - Coordenação Geral de Gestão de Pessoas
COGSS - Coordenação-Geral de Seguridade Social e Benefícios do Servidor
CST - Coordenação de Saúde do Trabalhador
DIESAT - Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde e dos Ambientes de Trabalho
DIREH - Diretoria de Recursos Humanos
EC- Emenda Constitucional
ENASS - Encontro Nacional de Atenção à Saúde do Servidor
EPSJV - Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio
FIOCRUZ - Fundação Oswaldo Cruz
GT – Grupo de Trabalho
ICTB - Instituto de Ciência e Tecnologia em Biomodelos
IN - Instrução Normativa
INSS – Instituto Nacional de Seguro Social
MOI- Modelo Operário Italiano
MOPG - Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão
MPOG - Secretaria de Recursos Humanos do Ministério do Planejamento
MS- Ministério da Saúde
NO - Norma Operacional
NOSS - Norma Operacional de Saúde do Servidor Público Federal
NUST - Núcleo de Saúde do Trabalhador
OIT- Organização Internacional do Trabalho
OS - Organizações Sociais

PASS - Política de Atenção à Saúde e Segurança do Servidor Público Federal
PCI- Partido Comunista Italiano
PEC- Proposta de Emenda Constitucional
PNSST - Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho
PNSTT- Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora
PT- Partido dos Trabalhadores
RENAST - Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador
RJU - Regime Jurídico Único
SGP - Serviço de Gestão de Pessoas
SIASS - Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor
SISOSP - Sistema de Saúde Ocupacional do Servidor Público Federal
ST- Saúde do Trabalhador
SUS- Sistema Único de Saúde
VPGDI - Vice-Presidência de Gestão e Desenvolvimento Institucional

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	SAÚDE DO TRABALHADOR: BREVE PERCURSO HISTÓRICO À CONSTITUIÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR E DA TRABALHADORA.....	15
2.1	Surgimento da Saúde do Trabalhador	15
2.1.1	A Saúde do Trabalhador no Brasil	26
3	AS COMISSÕES INTERNAS DE SAÚDE DO TRABALHADOR E DA TRABALHADORA	36
3.1	A Saúde do Trabalhador no âmbito do setor público federal.....	37
3.1.1	As comissões Internas de Saúde do Servidor no setor Público Federal	40
3.1.1.1	A efetivação das Comissões Internas de Saúde do Trabalhador.....	41
3.1.1.1.1	<i>Percurso Metodológico</i>	47
4	AS COMISSÕES DE SAÚDE DO TRABALHADOR E DA TRABALHADORA NA FIOCRUZ: RESULTADOS E DISCUSSÃO	50
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	65
	REFERÊNCIAS.....	67
	APÊNDICE A - Termo de consentimento livre e esclarecido.....	71
	ANEXO A – Roteiro de Entrevista Semiestruturada com Trabalhadores e Trabalhadoras Participantes de Comissão interna de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora.....	74

ANEXO B – Parecer Aprovado - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca.....	76
ANEXO C – Parecer Aprovado - Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio.....	82
ANEXO D – Termo de Anuência do Instituto de Ciências e Tecnologias em Biomodelos.....	88
ANEXO E – Termos de Anuência da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio.....	89

1 INTRODUÇÃO

As Comissões Internas de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (CISTTs) são importantes instrumentos de organização coletiva e de reivindicações dos trabalhadores por melhores condições de trabalho e saúde. Refletir essa e outras formas de organização de trabalhadores tem sido imprescindível, visto a aceleração da exploração e precarização do trabalho.

No Brasil, vive-se atualmente um cenário político-econômico avassalador, no qual luta-se contra a subsunção do trabalho ao capital e resiste-se às “reformas” sociais, trabalhistas e previdenciárias, postas em curso pelo governo alinhado à ideologia neoliberal. É fato que o processo de globalização, de reestruturação produtiva e de hegemonia neoliberal, criou outra realidade de trabalho e de emprego, ampliando a fragmentação de classe e dificultando a organização da luta dos trabalhadores (SOUZA; MENDONÇA, 2013).

Ao se tratar da crescente precarização no mundo do trabalho percebe-se mudanças globais do capital, além das várias transformações no próprio processo produtivo que o capitalismo vem alcançando. O quadro de exploração do trabalho se intensificou ainda mais e nos faz presenciar uma corrosão ainda maior do trabalho contratado e regulamentado, que foi dominante ao longo do século XX, de matriz tayloriano-fordista, e que vem sendo substituído pelos mais distintos, diversificados e amplos mecanismos de terceirização, informalidade e precarização. Como o tempo e o espaço estão em frequente mutação, nesta fase de mundialização do capital, presencia-se uma explosão de novas modalidades de trabalho, tanto na indústria quanto na agricultura e nos serviços. A informalidade deixa de ser a exceção para tendencialmente tornar-se a regra, e a precarização passa a ser o centro da dinâmica do capitalismo flexível, se não houver contraposição forte a este movimento tendencial de escala global (ANTUNES; DRUCK, 2015; ANTUNES, 2020).

É neste quadro, marcado por um processo tendencial de precarização estrutural do trabalho, em amplitude global, em que a Europa e os EUA são exemplares, que os capitais transnacionais estão exigindo também o desmonte da legislação social protetora do trabalho nos mais distintos países, como no Brasil. Assim, flexibilizar a legislação social do trabalho significa que: estão se ampliando as formas de precarização e destruição dos direitos sociais que foram arduamente conquistados pela classe trabalhadora (ANTUNES; DRUCK, 2015). No Brasil, alguns fatores constituintes da precarização são as faltas de garantias trabalhistas básicas - férias e décimo terceiro - desregulamentação dos direitos do trabalho; terceirização da força de trabalho nos mais diversos setores e ramos produtivos e de serviços; derrota do sindicalismo autônomo e sua conversão num sindicalismo de parceria, mais negocial e menos conflitivo. A

Reforma Trabalhista (Lei nº 13.467/2017) e a Reforma Previdenciária (Emenda Constitucional nº 103, de 12 de novembro de 2019) contribuíram para agravar as condições de trabalho, tornando legais práticas que reduzem direitos, outrora constituídos, o que influi negativamente na saúde dos trabalhadores. Com essas modificações tem-se maiores benefícios ao empregador, enfraquecimento do papel do Estado na gestão das relações de trabalho e na proteção dos trabalhadores, permitindo a intensificação da exploração. As atividades laborais são marcadas por uma lógica que mais adocece do que visa garantir saúde e direitos e têm nas mudanças e precarização do trabalho a principal causa de adoecimento do trabalhador (MANDARINI; ALVES; STICCA, 2016; ANTUNES, 2020).

Vivenciamos uma nova fase de desconstrução do trabalho sem precedentes em toda a era moderna, ampliando os diversos modos de ser da informalidade e da precarização do trabalho, que revelam um processo de metamorfose da velha e histórica precariedade. A informalidade não é sinônimo de precariedade, mas a sua vigência expressa formas de trabalho desprovido de direitos e, por isso, encontra clara sintonia com a precarização. Essas formas precarizadas de trabalho que geram adoecimento devem ser intensamente combatidas pelos trabalhadores e trabalhadoras por seus diversos movimentos de resistência nos locais de trabalho e fora deles como sindicatos, cooperativas e movimentos sociais distintos (ANTUNES, 2020). É nesse contexto de luta, combate e maior organização da classe trabalhadora que se tem a experiência das CISTTs, como mecanismos de defesa e luta, de participação ativa em seus processos de trabalho e saúde.

Este trabalho tem por objeto as CISTTs como forma de instrumento de participação democrática e organização política de trabalhadores no que diz respeito a conquistas por melhores condições de trabalho. Em seu primeiro capítulo abordará de maneira breve sobre a constituição histórica do campo da Saúde do Trabalhador (ST) e sua construção no Brasil até seu principal marco com a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT) aprovada em 2012. Já no segundo momento, será abordado como as comissões são formas de organização dos trabalhadores historicamente construídas, os marcos legais e históricos das comissões no âmbito do setor público federal, visto que, a presente análise se dá em uma instituição pública federal. E posteriormente, os resultados encontrados em pesquisa constatando como as comissões internas de saúde do trabalhador e da trabalhadora são mecanismos de participação e forma de organização e luta dos trabalhadores, colocando em foco as experiências individuais e coletivas no processo de constituição das comissões e as ações em prol de uma melhor qualidade de vida e trabalho.

2 SAÚDE DO TRABALHADOR: BREVE PERCURSO HISTÓRICO À CONSTITUIÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR E DA TRABALHADORA

Neste capítulo será abordado os fundamentos teóricos que constituem a ST como campo de conhecimento e como as ações deste campo foram implementadas no Sistema Único de Saúde (SUS), culminando na criação da PNSTT.

2.1 Surgimento da Saúde do Trabalhador

A ST enquanto campo de conhecimento e ação política desenvolveu-se inspirada no Modelo Operário Italiano (MOI) e nas lutas reivindicatórias da classe trabalhadora, que influenciaram e redirecionaram o debate das relações saúde-trabalho no século XX. Esse campo de conhecimento tem como objeto o processo saúde e doença dos grupos humanos em sua relação com o trabalho (MENDES; DIAS, 1991; OLIVAR, 2016). Assim, a ST, conforme Vasconcellos (2011) nos expõe, surgiu como fruto de crítica ao modelo trabalhista-previdenciário histórico, cuja identidade está fortemente vinculada aos campos técnicos da medicina do trabalho e da saúde ocupacional. Com vistas à superação desses conceitos, tem-se iniciativas de luta por ampliação dos direitos à saúde no trabalho e, nessa linha crítica e contra hegemônica, as principais iniciativas de luta por ampliação dos direitos à saúde no trabalho ocorreram na Itália, a partir dos anos 1960, com o surgimento do MOI, apoiado pelo Partido Comunista Italiano (PCI). A configuração de um novo modelo de abordagem das relações saúde-trabalho foi sendo estruturada pela organização operária com a concorrência de intelectuais acadêmicos e atores políticos, resultando no denominado MOI, moldando e conceituando os princípios em ST em diversos países como no Brasil.

A relação entre o trabalho e as implicações na saúde ou adoecimento das pessoas não é nova, ocorre desde a antiguidade, como exemplo quando Hipócrates já relatava uma moléstia que acometia um trabalhador mineiro, que, pela descrição, sugere ser de intoxicação saturnina. Porém, é somente na modernidade que essa relação se torna objeto de estudo e, posteriormente, intervenção estatal, como em 1700, com o médico italiano Bernardino Ramazzini (*De Morbis Artificum Diatriba*), essa obra, pela primeira vez, trouxe à luz uma lista de cinquenta doenças associadas a cinquenta e duas diferentes profissões. Anteriormente, no entanto, essa relação entre o trabalho e o adoecer, não se constituía foco de atenção, principalmente no regime servil e escravocrata, onde inexistia a preocupação em preservar a saúde dos que eram submetidos ao trabalho. O trabalhador, o escravo, o servo eram peças de engrenagens “naturais”, pertencentes da

terra, assemelhados a animais e ferramentas, sem história, sem progresso, sem perspectivas, sem esperança terrestre, até que, consumidos seus corpos, pudessem voar livres pelos ares ou pelos céus da metafísica. Com o advento da Revolução Industrial, o trabalhador “livre” para vender sua força de trabalho tornou-se presa da máquina, de seus ritmos, dos ditames da produção que atendiam à necessidade de acumulação rápida de capital e de máximo aproveitamento dos equipamentos, antes de se tornarem obsoletos. As jornadas extenuantes, em ambientes extremamente desfavoráveis à saúde, às quais se submetiam também mulheres e crianças, eram frequentemente incompatíveis com a vida. A aglomeração humana em espaços inadequados propiciava a acelerada proliferação de doenças infectocontagiosas, ao mesmo tempo em que a periculosidade das máquinas era responsável por mutilações e mortes (MINAYO-GOMEZ; THEDIM-COSTA, 1997; OLIVAR, 2016).

É no período de revolução industrial que surge a medicina do trabalho, como forma de intervenção sobre a saúde dos trabalhadores. Naquele momento, o consumo da força de trabalho, resultante da submissão dos trabalhadores a um processo acelerado e desumano de produção, exigiu uma intervenção, sob pena de tornar inviável a sobrevivência e reprodução do próprio processo. Desta forma, foram sendo inseridos médicos no interior das unidades fabris, a fim de detectar processos danosos à saúde e recuperar a saúde do trabalhador, para retornar o mais rápido possível a linha de produção, afinal, o foco da medicina do trabalho era o de amenizar enfermidades e não permitir que os adoecimentos causassem atraso, atrapalhassem ou impedissem a produção. Explica-se daí os motivos pelos quais através dos tempos, a atuação do Estado no espaço do trabalho sustentou-se nas concepções dominantes sobre a causalidade das doenças (MINAYO-GOMEZ; THEDIM-COSTA, 1997; MENDES; DIAS, 1991).

Para Mendes e Dias (1991), o capital tem expectativas a partir do serviço médico de empresa, tais como a centralidade na figura do médico, a defesa do empresário em todas as ações, a prevenção de danos à saúde por meio de riscos do trabalho, como: tarefas exclusivas do médico e só ele é capaz de identificá-los e, qualquer ocorrência de problemas de saúde também sob a responsabilidade do médico. A implantação de serviços baseados neste modelo rapidamente expandiu-se por outros países. A inexistência ou fragilidade dos sistemas de assistência à saúde, quer como expressão do seguro social, quer diretamente providos pelo Estado, via serviços de saúde pública, fez com que os serviços médicos de empresa passassem a suprir a insuficiência destes, consolidando, ao mesmo tempo, sua vocação enquanto instrumento de criar e manter a dependência do trabalhador (e frequentemente também de seus familiares), ao lado do exercício direto do controle da força de trabalho.

Deste modo, a medicina do trabalho tornou-se a variável técnica para solucionar os danos à saúde provocados pelos processos produtivos, sem possibilidade de interferir além dos preceitos normativos estabelecidos no contrato de trabalho firmado entre patrões e empregados. Inaugurava-se um campo médico subserviente ao contrato e ao interesse do capital produtivo (VASCONCELLOS, 2011).

A tecnologia industrial evoluiu, com o desenvolvimento de novos processos industriais, novos equipamentos, e pela síntese de novos produtos químicos, simultaneamente ao rearranjo de uma nova divisão internacional do trabalho. Entre muitos outros desdobramentos deste processo, desvelava-se na relativa impotência da medicina do trabalho para intervir sobre os problemas de saúde causados pelos processos de produção. Crescia a insatisfação e o questionamento dos trabalhadores - ainda que apenas objeto das ações - e dos empregadores, onerados pelos custos diretos e indiretos dos agravos à saúde de seus empregados. A resposta, racional científica e, aparentemente inquestionável, traduz-se na ampliação da atuação médica direcionada ao trabalhador, pela intervenção sobre o ambiente, com o instrumental oferecido por outras disciplinas e outras profissões. Surge assim, a Saúde Ocupacional, sobretudo, dentro das grandes empresas, com o traço da multi e interdisciplinaridade, com a organização de equipes progressivamente multiprofissionais e ênfase na higiene industrial, refletindo a origem histórica dos serviços médicos e o lugar de destaque da indústria nos países industrializados. Contudo, o desenvolvimento da saúde ambiental/ saúde ocupacional nas escolas de saúde, centrado na higiene ocupacional, deu-se, não de forma complementar, mas acompanhado de uma relativa desqualificação do enfoque médico e epidemiológico da relação trabalho-saúde (MENDES; DIAS, 1991; VASCONCELLOS, 2011).

Pode-se dizer que a saúde ocupacional se refere a promoção e a preservação da integridade física do trabalhador durante o exercício de sua função, por meio da detecção de fatores que interfiram na sua saúde, tem grande foco no ambiente de trabalho. Essa detecção possui abordagem de prevenção, rastreamento e diagnóstico precoce de agravos à saúde relacionados ao trabalho, além da constatação da existência de casos de doenças profissionais ou danos irreversíveis à saúde do trabalhador. Parte da saúde ocupacional também se embasa nas ações de segurança do trabalho, ergonomia e higiene ocupacional (LEITÃO; FERNANDES; RAMOS, 2008).

Durante o século XX, lutas intensas por mais direitos em todo o mundo protagonizadas pelos trabalhadores organizados forçaram negociações com os patrões, possibilitando muitas vezes a expansão das regras de proteção à saúde. Com o surgimento dos Estados de bem-estar social, na primeira metade do século, até o advento das políticas neoliberais, especialmente

após os anos 1980, havia uma tendência de maior expansão das regras do que sua retração, favorecida pelo contexto da Guerra Fria, em resposta aos movimentos de trabalhadores identificados com ideologias de esquerda. A partir dessas lutas reivindicatórias, o Estado precisou ceder mais espaço de decisão aos trabalhadores e atender às demandas, a fim de manter a ordem socialmente constituída e intermediar nos conflitos entre capital e trabalho, a criação da Organização Internacional do Trabalho (OIT), em 1919, é exemplo desse maior espaço conquistado pelos trabalhadores. A partir dessa criação, as regras trabalhistas e previdenciárias se legitimaram internacionalmente e se expandiram para os países signatários das suas resoluções. Assim, as regras protetoras da saúde no trabalho, seguindo a tendência das políticas de bem-estar social, foram aprimoradas e ampliadas, especialmente sob a chancela da OIT. (VASCONCELLOS, 2011)

Neste período mais intenso na busca por direitos sociais, principalmente por saúde, o modelo de saúde ocupacional desenvolvido não foi suficiente para dar as respostas que os trabalhadores reivindicavam, pois, manteve o referencial da medicina do trabalho firmado no mecanicismo, sem foco na questão do coletivo de trabalhadores, continuando a abordá-los como objetos das ações em saúde e não como sujeitos centrais nas próprias ações, e tinha como foco a manutenção da saúde ocupacional no trabalho em detrimento do setor saúde de maneira pública e social. Ocorreram mudanças no que diz respeito a abordagem da relação saúde e trabalho, tanto no Brasil, mais tardiamente, como no mundo. Modificações embasadas na área de saúde ocupacional, como institutos de saúde ocupacional em diversos países, e no avanço em legislações sobre o trabalho, que no Brasil se percebeu com a obrigatoriedade de equipes técnicas multidisciplinares nos locais de trabalho, na avaliação quantitativa de riscos ambientais e adoção de limites de tolerância (Normas Regulamentadoras 7 e 15), entre outras. Apesar das mudanças estabelecidas na legislação trabalhista, foram mantidas na legislação previdenciária/acidentária as características básicas de uma prática medicalizada, de cunho individual, e voltada exclusivamente para os trabalhadores engajados no setor formal de trabalho. (VASCONCELLOS, 2011; MENDES; DIAS, 1991).

Como já dito, no século XX foram protagonizadas pelos trabalhadores lutas por direitos sociais, a indústria vinha se desenvolvendo rapidamente, enquanto os progressos de uma agricultura capitalista mais intensiva mudavam os hábitos e a cultura de regiões inteiras, abalando as relações sociais e políticas tradicionais. Em várias cidades já industrializadas surgia um grande proletariado, que já se organizava em redes e se manifestava através de greves, formando ligas de trabalhadores, criando seções do Partido Socialista, despertando nas províncias mais

atrasadas um espírito revolucionário. Paralelamente, a burguesia capitalista se aliava aos grandes proprietários de terra e à burguesia rural, na tentativa de manter as mesmas relações sociais e políticas conservadoras. A luta de classes nas fábricas, já durante a guerra, assumiu uma característica que ultrapassava a reivindicação de salário. Fortalecido pela luta dos sindicatos, o proletariado havia travado lutas políticas importantes (PAIVA; VASCONCELLOS, 2011).

A insuficiência do modelo da saúde ocupacional não constitui fenômeno pontual e isolado. Antes, foi e continua sendo um processo que, embora guarde uma certa especificidade do campo das relações entre trabalho e saúde, tem sua origem e desenvolvimento determinados por cenários políticos e sociais mais amplos e complexos.

A prática da saúde ocupacional assenta-se sobre a concepção positivista, sustentada pela teoria da multicausalidade do processo saúde-doença, em que os fatores de risco do adoecer e morrer são considerados com o mesmo valor ou potencial de agressão ao homem. Entretanto, a partir do final dos anos 1960, começam a aparecer críticas a esta concepção e a denúncia dos efeitos negativos da medicalização e do caráter ideológico e reprodutor das instituições médicas, com a proposta de desmedicalização da sociedade (MENDES; DIAS, 1991; VASCONCELLOS; BONFATTI, 2020; SOUZA, *et al*, 2020).

É nesse contexto de mudanças e lutas organizadas por trabalhadores em todo o mundo, especificamente na Europa, de onde vem a origem dos referenciais teóricos que constituem o campo de ST como o conhecemos atualmente. Conforme Oddone (2020) expõe, o ambiente de trabalho tem sido causa de morte, doença e incapacidades para um número incalculável de trabalhadores ao longo da história da humanidade. O progresso científico torna possível poupar tantos lutos e sofrimentos, hoje mais do que em nenhum outro período da história, através da previsão dos riscos com experiências em laboratório e com a avaliação rigorosa e científica dos efeitos sobre o homem dos atuais ambientes de trabalho. No entanto, mesmo com a possibilidade de evitar tais adoecimentos, o que se constata historicamente é o adoecer, sofrer e morrer da classe trabalhadora. E é exatamente contra essas causas que os movimentos de trabalhadores começam a culminar com mais intensidade.

No decurso do século XX, na Itália, tem-se as protoformas teóricas que embasam o campo da ST, por Gramsci estar desenvolvendo um forte movimento crítico ao sistema de fábrica que submetia os trabalhadores a rigorosa disciplina, salários baixos, intensificação laboral, fragmentação de atividades e profunda divisão do trabalho, adoecendo massas e mais massas de trabalhadores. Esse movimento crítico juntos aos trabalhadores se realizava com discussões coletivas nos chamados círculos de operários, em que debatiam diversos temas sobre o sistema capitalista e a exploração vivenciada no trabalho. Em 1917 explode em Turim - Itália a “greve

geral pelo pão”, organizada por grupos operários, a qual se apoiava na justificativa de agravamento das condições de vida do proletariado. Gramsci percebe que, na história do capitalismo, observa-se que nos espaços de conflitos e resistências, como o chão de fábrica e as greves, ocorrem produção de saber, experiência e inteligência coletiva em meio à luta de classes (SOUZA *et al*, 2020). Neste mesmo período os ideais socialistas cresciam, o Partido Socialista Italiano teve grande crescimento e participação de trabalhadores, no entanto, quando ocorre em dezembro de 1919 uma manifestação com mais de 120 mil operários mobilizados em apenas 1 hora, dirigindo-se ao centro de Turim, o partido se demonstrou omissivo e não ofereceram o apoio necessário aos trabalhadores. Gramsci o considera como passivo e imóvel e propõe uma renovação alertando que a fase atual da luta de classe na Itália “é a fase que precede ou a conquista do poder político pelo proletariado revolucionário, com a passagem para novos modos de produção e distribuição ou uma tremenda reação por parte da classe proprietária e da casta governamental” (GRAMSCI, 2004, p. 354 *apud* PAIVA; VASCONCELLOS, 2011).

Ainda conforme Paiva e Vasconcellos (2011), Gramsci tem grande importância para o surgimento de um modelo operário que vai contrapor aos modelos clássicos no trato das relações de trabalho, essa importância pode ser compreendida em alguns aspectos, como: à influência que seu pensamento sobre a intelectualidade italiana no decorrer do século XX, ele foi um dos principais pensadores marxistas influenciando os partidos comunistas do mundo, em especial o PCI, um dos principais esteios do modelo operário, que vai introduzir o tema da saúde como prioridade nas relações de trabalho. Outro aspecto destacado é a sua participação na organização dos conselhos de fábrica ainda nos anos pós-Primeira Guerra Mundial. Esses conselhos foram responsáveis pela criação de uma cultura operária mais participativa e combativa que foi fundamental para a criação das comissões de saúde do modelo operário algumas décadas depois. Além de uma proposta de intervenção ativa através de um trabalho de informação no campo técnico, o mapa de riscos à saúde, proposto décadas depois pelos operários italianos, possui uma base crítica nessa forma de organização. Ele também influencia na formação de uma cultura de democracia operária – cujo foco centrava-se na educação da classe trabalhadora, com a proposta de criação de seções de instrução na própria fábrica, e tinha o objetivo de fazer os trabalhadores adquirirem conhecimentos sobre os processos de produção. A questão gramsciana do método nas ações propostas pela teoria, parecia eclodir no inconsciente coletivo da classe operária. Muitos foram os colaboradores desse movimento: trabalhadores, sindicalistas, estudantes, técnicos e, como se sabe, inúmeros personagens anônimos que constroem a história. Todavia, alguns desses personagens se destacaram por sua participação e liderança, como Gastone Marri (sindicalista e mentor do modelo), Ivar Oddone (médico e mentor do modelo) e

Giovanni Berlinguer (médico e político do PCI). O PCI também cumpriu um papel fundamental nessa luta e influenciou profundamente a vida política e civil do país nesse período.

Na década de 1960, na Itália, teve início um processo coletivo de estudos e debates acerca das causas de adoecimentos e mortes sofridos pelos operários de uma empresa farmacêutica. O estopim desse processo reporta-se à denúncia operária a respeito da situação de nocividade dos ambientes de trabalho. Merece atenção, em primeiro plano, o fato dessa história ser conduzida, em sua origem, sob o protagonismo dos trabalhadores e seu sindicato (químicos), e ter envolvido médicos, técnicos, intelectuais e estudantes em uma pesquisa de caráter participativa, não convencional à época. O momento demandava uma transformação que tivesse como protagonista o trabalhador. Foi nascendo assim, um modelo de controle da nocividade do ambiente de trabalho que incluía trabalhadores, sindicalistas e técnicos. A construção mais marcada desse modelo teve início em 1961, quando os acidentes de trabalho atingiram a marca de um milhão e meio, por ano, numa curva em ascensão. A principal característica desse modelo foi o reconhecimento, por parte dos trabalhadores, do poder do seu saber (PAIVA; VASCONCELLOS, 2011; SOUZA *et al.*, 2020; PINA *et al.*, 2020).

Importava observar o papel ativo dos trabalhadores da fábrica e do sindicato como sujeitos coletivos do processo de investigação e produção de conhecimento para construir a luta contra a exploração capitalista e a ação por melhores condições de trabalho. No que tange ao processo de pesquisa, tentava-se reconstruir, por meio de entrevistas, todas as características de cada seção nas fábricas: o número de operários; seus horários; distúrbios e doenças; as dimensões do ambiente; as qualificações dos trabalhadores; as substâncias usadas; os meios de proteção; a função real do médico da fábrica e os critérios com base nos quais ele agia. Dessas entrevistas emergia um quadro extremamente detalhado da situação dentro da fábrica demonstrando o acúmulo de experiência que cada operário era portador. Em termos históricos, esse processo ampliou-se, transbordando as fronteiras da Itália, bem como questionando as rígidas demarcações da ciência. Assim, nasceu o MOI, com a proposta de modificar conceitos e romper com o paradigma no qual a defesa da saúde deveria ficar a cargo das instituições oficiais. Deste modo, o saber operário passou a ter fundamental importância na construção de um novo ambiente de trabalho, já que a vivência operária detinha as informações e impressões da realidade vivida (ODDONE, 2020; SOUZA *et al.*, 2020).

Oddone (2020) salienta que a classe operária contrapõe à tendência patronal uma alternativa: um ambiente de trabalho no qual não só esteja ausente qualquer fator nocivo, mas onde também sejam satisfeitas as exigências do homem. Nesse sentido, todo o processo desenvolvido

com o propósito de criação do modelo foi sempre acompanhado pela ideia da necessidade fundamental de um envolvimento ativo e responsável dos trabalhadores. Foram imprescindíveis muito debate e a valorização de muitas experiências. Gradativamente, esse modelo foi sendo incorporado à cultura e estratégias sindicais e, após denúncia operária, trabalhadores, sindicalistas e técnicos identificaram, na Farmitalia, por meio de assembleias e entrevistas, as causas da nocividade ambiental e todas as características do processo produtivo. Outras experiências sucederam-se na Fiat Mirafiori e, embora algumas dessas lutas tenham ficado no meio do caminho, a base do problema era visível e a possibilidade de aliança entre técnicos e operários era real. Em 1964, em Turim, um grupo de operários, sindicalistas, estudantes e técnicos criou o primeiro centro de luta contra a nocividade no trabalho (o segundo foi criado em Milão, e posteriormente mais 14 foram criados), com o objetivo de construir uma memória consciente dessa luta. Era um grupo informal que se propôs a ser um centro de controle da nocividade do ambiente, de estudos das enfermidades, dos efeitos da fadiga, dos agentes químicos, da silicose e outros estudos tão importantes para o debate. Cabe lembrar a palavra de Gramsci, em Turim, num de seus artigos no *L'Ordine Nuovo*: “Somente de um trabalho comum e solidário de esclarecimento, de persuasão e de educação recíproca é que nascerá a ação concreta de construção” (GRAMSCI, 2004, p. 245 *apud* PAIVA; VASCONCELOS, 2011; SOUZA *et al*, 2020; ODDONE, 2020).

Assim, o tema saúde, em um contexto mais amplo e subjetivo, foi ocupando espaço nas discussões, e a experiência operária passa a ser o instrumento básico para o desenvolvimento de um modelo sindical de controle do ambiente de trabalho e sua nocividade. Nesse contexto, conquistas a partir de premissas defendidas pelos movimentos dos trabalhadores foram efetivando-se, como a construção do mapa de risco que passou a ser o instrumento utilizado para a análise metodológica das condições de trabalho. O mapa de riscos serviu como estímulo à participação, na medida em que o trabalhador se via identificado no instrumento impresso, no qual relacionava seu estado de saúde com a exposição a um determinado risco. A partir de 1968-1969, muitas foram as conquistas dos trabalhadores italianos. Nos novos contratos de trabalho não se encontrava mais, ou encontrava-se muito pouco, a monetarização (ou monetização) do risco; exigia-se o controle das condições prejudiciais à saúde; ficou decidido o poder de intervenção do trabalhador nas situações que afetassem sua integridade física e psíquica e o acordo de menor exposição do risco através de rodízios, redução de horário, mudança de ritmo e não mais a troca por salário (PAIVA; VASCONCELLOS, 2011).

Todas as conquistas dos trabalhadores italianos, no que dizem respeito às ações concre-

tas de controle do ambiente de trabalho, representaram um grande avanço no mundo do trabalho. No entanto, a maior conquista foi ocupar o lugar de protagonista numa luta que transcendeu o tema saúde e o território italiano. A opinião dos trabalhadores e as suas experiências deixaram de ser apenas uma impressão e passaram a ocupar o lugar destinado ao conhecimento científico com a função de instrumento de transformação. O MOI tornou-se principal fonte de conhecimento a respeito da nocividade do trabalho, influenciando milhares de trabalhadores que se tornaram investigadores de suas próprias condições de trabalho e saúde. Vários foram os movimentos dos trabalhadores de reivindicação com greves e encontros coletivos, conforme SOUZA *et al* (2020) expõem, foi inédita essa conquista dos trabalhadores pelo controle sobre a organização da produção, como por exemplo, a distribuição das tarefas, da carga e da velocidade do trabalho. Os autores expõem que todo esse movimento culminou em acordo escritos com cerca de mais 3 mil acordos expressando à recusa do controle do capital e a defesa do controle social da produção e do poder operário (ANTUNES, 2009; SOUZA *et al*, 2020).

De acordo com Oddone (2020), não se pode entender a história da luta de classe e da luta sindical sem compreender e não se admitir o valor da renovação política representada pela centralidade da fábrica, pela especificidade da seção, da empresa e da categoria, sem a qual não existiria nenhum ataque à organização capitalista do trabalho. Nesse sentido, ressalta-se a importância da relação entre a experiência da luta articulada à elaboração teórica e à decisão política do sindicato, de maneira que a pressão por soluções oriundas dos trabalhadores dentro dos locais de produção se torne efetiva. Para que o ambiente de trabalho fique livre da nocividade que sempre o acompanhou, é necessário que as descobertas científicas neste campo sejam socializadas, isto é, trazidas ao conhecimento dos trabalhadores de uma forma eficaz; é necessário que a classe operária se aproprie delas e se posicione como protagonista na luta contra as doenças, as incapacidades e as mortes no trabalho.

Assim, pode se afirmar que o MOI é a expressão de uma contracultura. Algo que ultrapassa os direitos humanos, os direitos dos animais, o direito ambiental. É um grito de contra hegemonia à exploração do trabalho, à opressão, à escravidão travestida de modernidade, ao insulto à ética e à humanidade. Como seria bom se as centenas de milhares de médicos, engenheiros, psicólogos, fonoaudiólogos; fisioterapeutas e tantos outros profissionais que transitam no mundo do trabalho, tivessem o MOI como paradigma de sua atuação (VASCONCELLOS; BONFATTI, 2020).

Como já exposto, o movimento dos trabalhadores suscitou questionamentos ao longo dos anos 1960 e 1970 na Europa, expandindo-se por diversos países, incluindo a América Latina e o Brasil. Este movimento, abalou a confiança no Estado e pôs em xeque o lado sagrado

e místico do trabalho - cultivado no pensamento cristão e necessário na sociedade capitalista. Este processo leva à participação dos trabalhadores nas questões de saúde e segurança, tipificando situações concretas do cotidiano dos trabalhadores, expressas em sofrimento, doença e morte. Como resposta ao movimento social e dos trabalhadores, novas políticas sociais tomaram a roupagem de lei, introduzindo significativas mudanças na legislação do trabalho e, em especial, nos aspectos de saúde e segurança do trabalhador. Toda esta nova legislação tem como pilares comuns o reconhecimento do exercício de direitos fundamentais dos trabalhadores, entre eles, o direito à informação sobre a natureza dos riscos, as medidas de controle que estão sendo adotadas pelo empregador, os resultados de exames médicos e de avaliações ambientais, e outros; o direito à recusa ao trabalho em condições de risco grave para a saúde ou a vida; o direito à consulta prévia aos trabalhadores, pelos empregadores, antes de mudanças de tecnologia, métodos, processos e formas de organização do trabalho; e o estabelecimento de mecanismos de participação, desde a escolha de tecnologias, até, em alguns países, a escolha dos profissionais que irão atuar nos serviços de saúde no trabalho (MENDES; DIAS, 1991).

Assim, através deste movimento operário e toda história de lutas, nasceu o que se denominou o campo de estudos ST, que tem como objeto o processo saúde e doença dos grupos humanos, em sua relação com o trabalho. Representa um esforço de compreensão deste processo – como e porque ocorre - e do desenvolvimento de alternativas de intervenção que levem à transformação em direção à apropriação pelos trabalhadores, da dimensão humana do trabalho, numa perspectiva teleológica. A ST busca a explicação sobre o adoecer e o morrer das pessoas, dos trabalhadores em particular, através do estudo dos processos de trabalho, de forma articulada com o conjunto de valores, crenças e ideias, as representações sociais, e a possibilidade de consumo de bens e serviços, na moderna civilização urbano-industrial. A ST considera o trabalho, enquanto organizador da vida social, como o espaço de dominação e submissão do trabalhador pelo capital, mas, igualmente, de resistência, de constituição, e do fazer histórico. Nesta história os trabalhadores assumem o papel de atores, de sujeitos capazes de pensar e de se pensarem, produzindo uma experiência própria, no conjunto das representações da sociedade (MENDES; DIAS, 1991; MINAYO-GOMEZ; THEDIM-COSTA, 1997; GOMEZ; LACAZ, 2005).

Coadunando a isso, Oddone (2020) destaca que para o ambiente de trabalho ficar livre da nocividade que sempre o acompanhou, é necessário que as descobertas científicas neste campo, sejam socializadas, isto é, trazidas ao conhecimento dos trabalhadores de uma forma eficaz; é necessário que a classe operária se aproprie delas e se posicione como protagonista na luta contra as doenças, as incapacidades e as mortes no trabalho. Somente uma real posição de

hegemonia da classe operária diante dos problemas da nocividade pode garantir as transformações que podem e devem determinar um ambiente de trabalho adequado para o homem. E esta é a base do campo ST, como um campo de práticas e articulação aos saberes dos trabalhadores. Assim, embasados nos aportes do MOI, é preciso a contribuição trazida pelos técnicos que em nível das instituições públicas - as universidades e institutos de pesquisa, a rede de serviços de saúde e fiscalização do trabalho - somam esforços na luta por melhores condições de saúde e trabalho, através da capacitação profissional, da produção do conhecimento, da prestação de serviços e da fiscalização das exigências legais.

No Brasil, a emergência da ST pode ser identificada no início dos anos 80, no contexto da transição democrática, em sintonia com o que ocorre no mundo ocidental, em um intenso processo social de discussões teóricas e de práticas alternativas, ganha corpo a teoria da determinação social do processo saúde-doença, cuja centralidade colocada no trabalho – enquanto organizador da vida social - contribui para aumentar os questionamentos à medicina do trabalho e à saúde ocupacional. As críticas tornavam-se mais contundentes, à medida que surgiam, em nível da rede pública de serviços de saúde, programas de assistência aos trabalhadores, com ativa participação destes, e das suas organizações. Os programas contribuíam para desvelar o impacto do trabalho sobre a saúde, questionavam as práticas dos serviços de medicina do trabalho nas empresas e instrumentalizavam os trabalhadores nas suas reivindicações por melhores condições de saúde (MINAYO-GOMEZ; THEDIM-COSTA, 1997; TAMBELLINI *et al*, 2013).

2.1.1 A Saúde do Trabalhador no Brasil

As décadas de 1970 e 1980 no Brasil, foram marcadas pelo início de um novo movimento de lutas sociais e políticas, articulações e aproximação de novos atores sociais que buscavam a redemocratização do país e a expansão de direitos sociais. Movimentos de redemocratização e aproximação com referenciais teóricos críticos de conhecimento, ocorriam por toda a América Latina, e foi nesse período que o movimento sanitário brasileiro começou a se articular. Dentre os sujeitos envolvidos neste processo, encontravam-se profissionais da saúde; intelectuais; os movimentos sociais urbanos e os partidos políticos de esquerda, todos com o mesmo objetivo: criar condições para a construção do projeto de Reforma Sanitária. Esse movimento buscava romper com a concepção de saúde ligada ao modelo biomédico e ao modelo individual. Era formado por algumas vertentes: o movimento estudantil, o Centro de Estudos de Saúde

(CEBES), Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), movimentos de médicos residentes e de renovação médica e por profissionais da academia. De forma geral, todos que compunham esta primeira formação do movimento sanitário eram pessoas ligadas à área da saúde, que compartilhavam o ideário da medicina social. No tocante a isto, Osmo e Schraiber (2015) salientam que o movimento da Medicina Social apareceu na América Latina no final da década de 1960 e no início da de 1970. Em seu centro estava a discussão acerca da valorização do social enquanto esfera de determinação dos adoecimentos e possibilidades de saúde, na prevenção das doenças e na promoção da saúde, assim como esfera própria de intervenção, para além de uma articulação com a medicina como intervenção nos casos individuais. Trata-se, pois, de um olhar alternativo à redução biomédica em que se estruturou o saber e a prática da medicina, ainda que com explorações diversas quanto ao sentido da valorização do social (OSMO; SCHRAIBER, 2015).

Os primeiros anos da década de 1980 foram períodos de significativas mudanças e de novos ordenamentos do quadro político, com o início do seu processo de abertura lenta e gradual, após um longo período de ditadura militar, possibilitando o surgimento de novas organizações na sociedade civil e política. Conforme explicita Netto (2006):

A primeira metade dos anos 80 assistiu a irrupção, na superfície da vida social brasileira, de demandas democráticas e populares reprimidas por largo tempo [...] a mobilização dos trabalhadores urbanos, com o renascimento combativo da sua organização sindical; a tomada de consciência dos trabalhadores rurais e a revitalização das suas entidades representativas; o ingresso, também na cena política, de movimentos de cunho popular [...] e democrático [...]; a dinâmica da vida cultural, com a reativação do protagonismo de setores intelectuais; a reafirmação de uma opção democrática por segmentos da igreja católica e a consolidação do papel progressista desempenhado por instituições como a Ordem dos Advogados do Brasil [...] e a Associação Brasileira de Imprensa [...] tudo isso pôs na agenda da sociedade brasileira a exigência de profundas transformações políticas e sociais (NETTO, 2006, p. 149).

Naquele momento, uma maneira diversa de compreender as relações trabalho e saúde-doença é introduzida pela análise da determinação social do processo saúde-doença, privilegiando o trabalho. A Medicina Social Latino-Americana apreende-o através do processo de trabalho, categoria explicativa que se inscreve nas relações sociais de produção estabelecidas entre capital e trabalho. Seguindo o que Marx afirma, o trabalho é, ontologicamente, a ação do homem sobre a natureza para modificá-la e transformá-la e a si mesmo não sendo, portanto, externa ao homem. Tal ação vai ocorrer sobre o objeto de trabalho, mediante os instrumentos de trabalho, configurando o próprio trabalho e suas diferentes formas de organização, divisão, valorização, características de cada formação social e modo de produção, o que evidencia um caráter histórico ao estudo das relações trabalho-saúde e, conseqüentemente, do adoecimento

pelo trabalho (LACAZ, 2007). É sob esse novo olhar que o projeto de saúde universal vai se construindo, e dentro deste, a saúde do trabalhador. Coaduna a isto o que Laurell e Noriega (1989), propõem que, em sua abordagem teórico-metodológica para o estudo de ambientes produtivos, fossem incorporadas desde análises histórico-econômicas que envolvessem o momento laboral específico em estudo, até o uso de novas categorias analíticas como cargas de trabalho e processos de desgaste, a que estariam sujeitos os trabalhadores (OLIVAR, 2016).

Cabe evidenciar que neste momento político, havia destaque para a arena sanitária, com novos sujeitos sociais que conformam dois projetos político-sanitário distintos: o contra hegemônico (reforma sanitária), e o projeto hegemônico (neoliberal) com proposta de reciclagem do modelo médico-assistencial privatista. Assim, na década de 1980 o projeto da reforma sanitária obteve mais poder de influência e ocasionou mudanças jurídicas, e institucionais, além de direcionar as ações da política de saúde no país. Entretanto, de forma sutil, o projeto privatista permaneceu indiretamente e até diretamente atuando na implementação das políticas, o que se consolidou com o projeto neoliberal. Ambos atuavam concomitantemente. Ocorreram mudanças na arena política, um destaque foi a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em março de 1986, em Brasília – Distrito Federal, considerada o grande marco para a discussão da saúde pública no Brasil, se diferenciou das realizadas anteriormente, pois contou com a participação das entidades representativas da população: sindicatos; moradores; representantes de secretarias municipais; partidos políticos, entre outros, introduzindo o debate sobre a saúde na sociedade como um todo e não apenas através de profissionais da área. A saúde, nesse contexto, deixou de ser um interesse apenas dos técnicos e passou a ganhar uma dimensão política, onde pôde contar com a participação de novos sujeitos sociais que afloraram o debate referente às condições de vida da população brasileira e das propostas elaboradas pelo governo para o setor (BRAVO, 2009).

Conforme Lacaz (2007) salienta, na medida em que as classes trabalhadoras se constituem em novo sujeito político e social, passa a incorporar a ideia de um trabalhador agente de mudanças, com saberes e vivências sobre seu trabalho, compartilhadas coletivamente e, como ator histórico, ele pode intervir e transformar a sua realidade de trabalho, principalmente sobre o controle da nocividade.

Também na década de 1980, setores do movimento sindical, como metalúrgicos, químicos, petroquímicos, bancários, exigem dos serviços de saúde pública envolvimento com as questões de saúde relacionadas ao trabalho, fato contemporâneo à criação, por parte de dezenas de sindicatos de trabalhadores, do Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde

e dos Ambientes de Trabalho (DIESAT), que terá importante papel na discussão sobre o rompimento com o assistencialismo médico existente dentro dos sindicatos, numa perspectiva de superá-lo, propondo que tal atribuição seja da rede pública de saúde. Ainda neste período todas as políticas públicas conquistadas foram influenciadas pelo campo de Saúde do Trabalhador, embasados pela Medicina Social e Saúde Coletiva, com os referenciais teóricos críticos do marxismo como o MOI. Todo esse processo de mudanças que vinham ocorrendo na sociedade brasileira estava embasado nestes referenciais (LACAZ, 2007).

Corroborando com isto, Vasconcellos (2011) afirma que conjunto de características advindas do MOI e de seus princípios moldou o conceito de saúde do trabalhador, que se difundiu e passou a frequentar as reflexões sobre a construção de conhecimentos e políticas na dimensão das relações saúde-trabalho, em vários países do mundo, inclusive no Brasil. O movimento da reforma sanitária brasileira consolidou a compreensão de que as relações saúde-trabalho estão contidas no campo de ação da saúde pública e introduziu no seu ideário essa perspectiva. Nos moldes do conceito italiano original, surgiu o conceito técnico-normativo de saúde do trabalhador, inscrito na Constituição brasileira de 1988 e consolidado na Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990), que dá organicidade ao Sistema Único de Saúde (SUS).

Os princípios presentes na Constituição Federal (CF) que se referem a saúde e saúde do trabalhador, têm como pressuposto superar as limitações dos direitos tradicionais, com a garantia de uma saúde irrestrita, universal – direito de todos e dever do Estado- ou seja, para além dos que tinham empregos formais. Assim sendo, o movimento sanitário brasileiro buscou incluir as relações saúde-trabalho no rol dos direitos ampliados de saúde e cidadania, sob a influência do movimento operário italiano. Dentre os aspectos marcantes para a inclusão da área de saúde do trabalhador no campo da saúde pública, destaca-se o envolvimento do trabalhador no planejamento, no desenvolvimento e na execução das ações, como elemento atuante e central em todas as etapas do processo de intervenção do Estado sobre as condições, o ambiente e o processo de trabalho (VASCONCELLOS, 2011).

No que se refere a saúde do trabalhador, em 1986 também foi realizada a 1ª Conferência Nacional de Saúde dos Trabalhadores, como desdobramento proposto pela 8ª Conferência Nacional de Saúde, é que a expressão saúde do trabalhador ganhou contornos mais contundentes no campo da saúde pública, na medida de sua vinculação ao paradigma sanitário da própria 8ª CNS. Neste período foram criados programas de saúde do trabalhador nos serviços de saúde de alguns municípios brasileiros como Rio de Janeiro, Bahia, Minas Gerais, Rio Grande do Sul, esses programas foram trazendo aportes para o estabelecimento de ações de um modelo de atenção à saúde que buscava romper com o paradigma da saúde ocupacional clássica, no qual

era reservado ao setor saúde somente o recolhimento e encaminhamento das vítimas dos acidentes e doenças do trabalho (GOMEZ; LACAZ, 2005; VASCONCELLOS; RIBEIRO, 2011).

Marco muito importante para o campo, foi a criação do Centro de Estudos de Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana (CESTEH), em 1985, vinculado à então Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, contribuiu para a formação de especialistas em saúde do trabalhador, a partir de 1986, fato que agregou novos atores institucionais à luta pela mudança.

Com a 1ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador (1ª CNST), em 1986, no contexto do debate que influenciou o processo constituinte, a superação do modelo vigente de atenção à saúde dos trabalhadores incorporou-se à revisão dos marcos conceituais do setor saúde, em sintonia com a reforma sanitária.

A criação da Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador (CIST) foi uma das iniciativas que, por força dos artigos 12 e 13 da Lei Orgânica da Saúde (BRASIL, 1991), passou a existir como instância de controle social do SUS, com o objetivo de assessorar o Conselho Nacional de Saúde (CNS). Ainda na década de 1990, ocorreu a II Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, em março de 1994, tendo como tema central "Construindo uma Política de Saúde do Trabalhador". Além disso, outros marcos existiram como a Instrução Normativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS (BRASIL, 1998); a Norma Operacional de Saúde do Trabalhador (NOST/SUS) (BRASIL, 1998); a Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho (BRASIL, 1999); e a proposta de preenchimento de autorizações de internação hospitalar nos casos compatíveis com acidente de trabalho (Portaria 1.969/GM, de 25-10-2001).

Ao final da década, integrantes da área técnica da Coordenação de Saúde do Trabalhador (COSAT), abrigada na Secretaria de Políticas de Saúde do Ministério da Saúde, formularam uma proposta para a constituição de uma rede nacional de saúde do trabalhador (RENAST) (VASCONCELLOS; LEÃO, 2011).

A Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST), consignada na Portaria nº 1.679, de 19 de setembro de 2002, ampliada com a Portaria GM/MS nº 1.068, de 04 de julho de 2005 que tem como foco o fortalecimento e a ampliação das ações da RENAST e reformulada conforme a adequação aos mecanismos de gestão do Pacto pela Saúde através da Portaria nº 2.728, de 11 de novembro de 2009 – todas as portarias emitidas pelo Ministério da Saúde. Assim, a RENAST tem como objetivo disseminar ações de saúde do trabalhador, articuladas às demais redes do Sistema Único de Saúde, SUS. A RENAST compreende uma rede nacional de informações e práticas de saúde, organizada com o propósito de implementar ações assistenciais, de prevenção, e de promoção da saúde, na perspectiva da ST (BRASIL, 2009).

Com a criação da Renast, foram incorporados alguns centros e programas de saúde do trabalhador que já existiam no país, foram assim criados os Centro Regional de Saúde do Trabalhador (CEREST) que têm por função dar subsídio técnico para o SUS, nas ações de promoção, prevenção e vigilância, diagnóstico, tratamento e reabilitação aos trabalhadores urbanos e rurais (BRASIL, 2012). Além disso, elabora protocolos, linhas de cuidado, e instrumentos que favorecem a integralidade das ações, envolvendo a atenção básica, de média e alta complexidade, serviços e municípios sentinela. É pressuposto que a RENAST seja implementada de forma articulada entre o Ministério da Saúde (MS), as Secretarias de Saúde dos estados, o Distrito Federal, e os municípios, com o envolvimento de outros setores também participantes da execução dessas ações. Definida dessa forma, a RENAST se constitui em uma complexa rede que se concretiza com ações transversais, que incluem a produção e gestão do conhecimento, e todos os níveis e ações definidas. Grandes esforços e avanços têm sido feitos para a institucionalização da rede, e para a formalização de mecanismos de funcionamento, bem como a relação entre seus componentes.

Em novembro de 2005, acontece a 3ª CNST, que tinha como lema central “Trabalhar Sim, Adoecer Não”. A expressão adotada no tema central de pronto retira a ênfase de uma política nacional direcionada à área, ao contrário das duas conferências anteriores.

Cabe evidenciar, o que diversos autores apontam, que na sociedade brasileira existem projetos societários em disputa, ou seja, um projeto privatista direcionado pelas ações neoliberais, e outro que visa a universalidade de políticas públicas, a democratização e o acesso igualitário a direitos sociais (NETTO, 1999). Destaca-se que toda política pública é gerida pelo princípio de proporcionar assistência à população, e não pela lógica capitalista de gerar lucros, desta forma, não deveria ser vista como geradora de lucros ou prejuízos, entretanto, em nosso sistema político e econômico, diga-se, o capitalismo, todas as relações sociais são dominadas pelo valor, lucro ou gasto que possam ter, inclusive as ações públicas do Estado. Desta maneira, o SUS e as demais políticas públicas, como as ações em ST são permeadas pela disputa em atender os interesses sociais e também em atender a interesses do capital, a partir destes apontamentos é que entendemos os motivos pelos quais a política de saúde tem-se distanciado dos ideais da reforma sanitária, o que não significa dizer que não exista a disputa por parte da população e de trabalhadores, estudiosos e instituições que defendem a saúde como direito de todos, saúde de qualidade e que prossiga com os princípios e ideais constitucionais e da reforma sanitária. Conforme Lima (2010) sinaliza, a globalização neoliberal se caracteriza pela violenta reconcentração de capital mediante a privatização do patrimônio público, barateamento da força de trabalho e subsídios ao capital, levando o sistema financeiro a ocupar um lugar hegemônico no processo

de acumulação. Do ponto de vista social, assiste-se à privatização do financiamento e da produção dos serviços, à precarização das políticas públicas, com o corte dos gastos sociais, à concentração dos investimentos nos grupos mais carentes e à descentralização para o nível local (CORREIA, 2011; ANTUNES; DRUCK, 2013; ANTUNES, 2020).

As Organizações Sociais (OS), Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público, Fundações, e a Agência Nacional de Saúde Suplementar, além da Lei de Responsabilidade Fiscal, todas medidas que intensificam o processo de terceirização, introduzem elementos de mercado na administração pública e evidenciam conforme Junior (2011) destaca a deflagração em todo o país do processo de privatização da Gestão e da Gerência dos serviços no SUS, através das medidas citadas, que exercem seu papel com a mais ampla liberdade à revelia dos limites estabelecidos pela legislação, bem como dos princípios do SUS. Este tem sido o cenário brasileiro desde os anos 1990, é nestes entraves políticos, em favor do capital que as ações em saúde do trabalhador foram sendo implementadas, sempre marcadas por disputa e luta, entre trabalhadores buscando melhores condições de vida e saúde e o capital o aumento da exploração e lucro.

As ações em ST foram marcadas pela conjuntura de governabilidade a cada época. No período do governo do Partido dos Trabalhadores (PT) com Luís Inácio Lula da Silva de 2003-2006; 2007-2010, e sua sucessora, também petista, Dilma Rousseff de 2011-2014, foi que se desenhou o arcabouço legal jurídico e político da PNSTT com todos os seus entraves impostos pelo Estado capitalista, entre eles, redirecionamento do fundo público no sentido dos interesses do capital. Mesmo considerando o longo lapso de tempo entre a conformação legal enquanto política de Estado pode-se afirmar que o governo do PT, teve um papel central na retomada da atenção a ST no SUS, com a publicação da Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho - PNSST através do Decreto n.º 7.602, de 07/11/2011 e, em especial, da PNSTT através da Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012.

Contudo, um componente curioso neste debate da ST é a existência de duas Políticas. Além da PNSTT (publicada tardiamente no final do ano de 2012, após intensas revisões e disputas conceituais nas mesas de negociações do Ministério da Saúde) tem-se também a PNSST, publicada através do Decreto n 7.602, de 07 de novembro de 2011, assinada pela Presidente da República Dilma Rousseff e os ministros do Trabalho, da Saúde e da Previdência Social - concebida com a pretensão de integrar as ações de Saúde e Segurança do Trabalho dos três ministérios – fato que não ocorreu e sim aprofundou a fragmentação, a disputa entre os Ministérios e a subsunção da saúde ao capital (VASCONCELLOS; RIBEIRO, 2011; OLIVAR, 2016).

Conforme Olivar (2016), a PNSTT alinha-se internamente com o conjunto de políticas de saúde no âmbito do SUS, considerando a transversalidade das ações de saúde do trabalhador e o trabalho como um dos determinantes do processo saúde-doença. Do princípio da universalidade decorre que são sujeitos da PNSTT todos 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, público ou privado, assalariado, autônomo, avulso, temporário, cooperativados, aprendiz, estagiário, doméstico, aposentado ou desempregado. Com exceção de parcelas de trabalhadores formais, os demais são praticamente invisíveis para os serviços de saúde em suas necessidades e especificidades enquanto trabalhadores.

A 4ª CNST, foi realizada em dezembro de 2014 e teve como tema central, “Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, Direito de Todos e Todas e Dever do Estado” e como objetivo propor diretrizes para a implementação da PNSTT. Esta foi a última conferência realizada.

Retornando a conjuntura política, em 2016, vivenciou-se um golpe de estado com o impeachment do presidente Dilma, e Michel Temer assumindo a presidência do país. Temer intensifica a ordem de economizar e cortar gastos públicos, como justificativa à crise, o corte de gastos afeta as políticas sociais e principalmente a população brasileira que utiliza e depende dos serviços públicos. Bravo, Pelaez e Pinheiro (2018) apontam que no governo de Temer é flagrante a aceleração e a intensificação das políticas que contribuem com o desmonte do Estado brasileiro, configurando uma nova fase de contrarreformas estruturais que atacam os direitos dos trabalhadores, como pode ser observado nos documentos Agenda Brasil (CALHEIROS, 2006), Uma Ponte para o Futuro (FUNDAÇÃO ULYSSES GUIMARÃES, 2015) e Travessia Social (FUNDAÇÃO ULYSSES GUIMARÃES, 2016). Na saúde não será diferente. Assim, o peso da crise da acumulação é transferido para os trabalhadores. Nesta direção, tem-se o comprometimento de seus direitos através de propostas de contrarreformas (Trabalhista, da Previdência Social, Terceirização Irrestrita, Novo Regime Fiscal - que congela por vinte anos os gastos públicos, entre outras). Percebe-se no governo Temer a aceleração e intensificação dos processos de projeto privatista na saúde e nas políticas sociais. A Emenda Constitucional (EC) 95, depois denominada de Proposta de Emenda Constitucional (PEC) 241 determina explicitamente a proibição de qualquer aumento real nos investimentos estatais em direitos sociais, políticas públicas e seguridade social por vinte anos no Brasil. Alterando tecnicamente os critérios pelos quais os gastos sociais são norteados, ela cria um “novo regime fiscal” para o país, delimitando a correção desses gastos sociais à taxa de inflação calculada pelo Banco Central no ano anterior. Atualmente, os gastos públicos em áreas sociais como saúde e educação

são regidos por Emendas Constitucionais que estabelecem destinação escalonada de recursos, estabelecidos alguns mínimos, e podendo crescer conforme a arrecadação. Com a PEC, deixará de existir um mínimo de gastos sociais, e em seu lugar entrará um teto, um limite máximo cujo descumprimento será penalizado com ainda mais restrições orçamentárias para custeio de serviços públicos. Em termos orçamentários, a PEC 241 é uma verdadeira volta ao passado. Em cunho popular esta PEC foi apelidada de “PEC da morte”, pois de fato é isso que representa a população brasileira, a morte de milhões de pessoas pela falta de investimentos, em saúde, educação e tudo o quanto mais se refere à acesso de qualidade a políticas sociais (OLIVAR, 2016).

Em 2019 assume o governo, o presidente Jair Bolsonaro, seu projeto político é de um estado totalitário, naturalizando o uso da força e da violência. Percebe-se a aceleração das políticas ultraconservadoras e ultraneoliberais, que encontraram, no governo de Bolsonaro, um solo fértil para crescer e se alastrar sem medidas. Os sucessivos cortes e privatização na saúde pública, na previdência e assistência social fazem a diferença nas ações do Estado para conter ou não a pandemia em terras brasileiras. Este governo tem sido marcado por uma direção política que atenta contra a própria sobrevivência da classe trabalhadora. Sua escolha pela necropolítica impõe um extermínio a todos/as aqueles/as que ameacem o grande capital, como é o caso das ações orquestradas contra os povos indígenas, ribeirinhos e quilombolas; contra a Amazônia e seu desmatamento criminoso; na liberação de centenas de agrotóxicos; no pacote anticrime; na contrarreforma da previdência social; na garantia de armamento aos grandes proprietários de terra; nas reduções orçamentárias das políticas sociais; nos sucessivos cortes nas universidades e na cultura, e, portanto, no descrédito com relação à ciência e à cultura, como campos de elevação da consciência (CASTILHO; LEMOS, 2021; BARROCO, 2022).

Em nenhuma das propostas existe algo que se volte à proteção da vida da população que vive em condições de fome e miséria. Não há nada que promova e preserve a vida, ao contrário, todas as ações de seu governo vão na direção de viabilizar a morte, por meio, do enxugamento total do Estado brasileiro, transformando-o por completo em um Estado de contenção social ou penal. No que se refere ao SUS, intensificou os retrocessos, sendo uma de suas primeiras ações no poder a destruição do Programa Mais Médicos, ainda que pesem críticas ao programa, mesmo com suas limitações, atendia nada menos que 700 municípios, chegando a locais longínquos e de difícil acesso, em particular, no atendimento aos indígenas e populações tradicionais (BARROCO, 2022).

Diante de toda a conjuntura apresentada, percebe-se que a gestão do SUS, nas instâncias de pactuação, efetua escolhas do que deve ou não deve ser operacionalizado. No caso da ST, a normatização tem sido lentamente e reflete o embate na Assembleia Constituinte em relação ao

tema, assim como as disputas dos projetos societários. Fica evidente a lacuna existente no que tange ao desenvolvimento de ações de ST no SUS, desde a Constituição de 1988, que é taxativa ao atribuir a execução de ações de ST ao SUS (em seu art. 200), passando pela Lei nº 8.080/90 que esbanja atribuições de ST ao e chegando à profusão de planos e políticas que continuam sendo promulgadas, não se observa indícios operacionais de atendimento às necessidades de ST. O que se observa são as esferas decisórias de gestão do SUS exigindo apenas a notificação de agravos relacionados ao trabalho, sem, contudo, possibilitar intervenções sobre suas causas, fica inviabilizado o controle e prevenção desses agravos, perpetuando o ciclo de doenças e mortes dos trabalhadores brasileiros (VASCONCELLOS; AGUIAR, 2017).

Assim, cabe a indagação que Costa *et al* (2013) faz: como podem se institucionalizar ações no campo ST que se situam no enfrentamento das contradições capital-trabalho se a política real, que conjuga interesses do Estado e do capital, pauta-se pelos princípios do neoliberalismo?

Vivenciamos a tendência já explicitada por Marx, exemplifica de penetração de relações capitalistas de produção em todas as esferas da produção material, em que anteriormente existiam relações artesanais ou nas quais a caridade ou o Estado imperavam. Na conjuntura de crise, tais serviços podem se tornar campo de existência de contratendências à crise geral do capitalismo, quando se recomenda a privatização do Estado para que eles se tornem objeto de valorização, ou seja, a saúde e demais políticas sociais sendo usada como expansão do capital (ANDREAZZI; BRAVO, 2014).

Assim sendo, pode-se afirmar que é nesta política real que se encontram os motivos para a manutenção da fragmentação das ações institucionais, que se acompanham do esvaziamento dos serviços e das políticas públicas, que estabelece a participação do SUS no contexto da PNSST, define as diretrizes e a estratégia da atuação nos diversos níveis para o desenvolvimento da atuação integral em ST, reafirma o arcabouço teórico, o conjunto de princípios e diretrizes da ST e preconiza, de forma explícita, a ênfase na vigilância em seu Art. 2º: visando a promoção e a proteção da ST e a redução da morbimortalidade decorrente dos modelos de desenvolvimento e dos processos produtivos (BRASIL, 2012).

Conforme Olivar e Oliveira (2022) o ataque aos direitos dos trabalhadores, o avanço do desemprego estrutural, o trabalho precarizado, o empobrecimento da classe trabalhadora, a regulamentação e ampliação da terceirização e quarteirização; a degradação das condições de trabalho; o modelo de desenvolvimento econômico e social baseado no agronegócio, voltado para a exportação, com larga utilização de agrotóxicos e venenos; o desmonte das políticas sociais, do serviço público e dos direitos trabalhistas e previdenciários são exemplos de que o

Estado caminha, hoje, de mãos dadas com o capital financeiro e com o agronegócio, consumando a transformação da saúde, educação e demais direitos sociais em mercadorias apropriadas pelo grande capital, como parte do modelo de desenvolvimento. É diante deste cenário, que a organização política das trabalhadoras e trabalhadores corresponde a uma das principais táticas de resistência. Esse é o desafio.

3 AS COMISSÕES INTERNAS DE SAÚDE DO TRABALHADOR E DA TRABALHADORA

A organização dos trabalhadores tem sido uma luta constante do movimento operário desde o nascimento do capitalismo até os nossos dias. São bastante diversas as formas de organização, indo desde os comitês de bairro, até os sindicatos e partidos. Dentro desse conjunto de organismos de massa, um deles tem-se mostrado muito importante: trata-se da organização dos trabalhadores em seus locais de trabalho. A comissão de fábrica é o melhor exemplo dessa forma de organização, uma vez que reúne em torno de si operários de uma mesma seção, departamento ou fábrica. Ela possibilita aos operários unirem-se em torno de reivindicações imediatas como melhoria das condições de trabalho, aumentos salariais, jornada de trabalho, até reivindicações mais avançadas como direção, controle da produção e autogestão dos trabalhadores dentro das suas empresas. Sabe-se que organização da empresa capitalista moderna, além de fragmentar em inúmeras partes a produção industrial, procura introduzir no seio operário a ideologia burguesa baseada na competição e concorrência entre os trabalhadores. Cria várias categorias com qualificações e faixas salariais diferenciadas, além de toda uma estrutura repressiva dentro das fábricas, visando preservar a autoridade capitalista. A comissão de fábrica é um dos instrumentos mais eficazes e avançados que os trabalhadores possuem para responder a esta situação. Ela nasce do esforço em busca da verdadeira unificação operária, para resistir e se contrapor à dominação capitalista (ANTUNES e NOGUEIRA, 1981; SOUZA *et al*, 2020).

As comissões de internas de fábrica funcionavam desde o início do século XX, elas têm por base os sindicatos e buscando garantir uma representação dos operários dentro das próprias fábricas, assim foi em Turim na Itália. Para Paiva e Vasconcellos (2011) essas comissões representavam o início de organização dos trabalhadores, e concordam com Gramsci quando afirma que essas comissões envolviam toda a classe operária, através de instituições urbanas e de bairro, propondo-se a criação de conselhos de fábrica dentro do local de produção. Em 1919, Gramsci, Togliatti e outros criaram o semanário *L'Ordine Nuovo* (A Nova Ordem) e no seu número 7 escrevem sobre o desenvolvimento das comissões internas, passando a construir junto com os operários, através de reuniões e debates, uma consciência proletária para dar voz ao movimento dos conselhos de fábrica.

Percebe-se com isto a historicidade das comissões e como são utilizadas como estratégias organizativas pelos trabalhadores ao longo do tempo.

Neste capítulo será abordado as comissões de saúde do trabalhador como instrumento

de participação e organização coletiva de trabalhadores nos ambientes de trabalho, fazendo recorte especial ao setor público federal, pela pesquisa em foco ter sido realizada em uma instituição de saúde do âmbito público federal.

3.1 A Saúde do Trabalhador no âmbito do setor público federal

A década de 1990 no Brasil foi marcada pelo redirecionamento do Estado e o aumento da investida e efetivação dos ideais neoliberais nas implementações das conquistas sociais firmadas com a Constituição de 1988. Ao longo da década foram sendo instituídas as normativas legais de diversos direitos e conquistas sociais, para que fossem efetivadas, é neste período que se concebe o Regime Jurídico Único (RJU) (Lei nº 8112, de 11 de dezembro de 1990). O RJU foi fruto de reivindicações do movimento sindical dos servidores públicos federais da época, com participação ativa na elaboração e construção do texto legislativo. A proposta defendida era a de que a nova norma regulamentadora das relações de trabalho no serviço público deveria estender a todos os mesmos direitos e deveres. Ainda na década de 1990, ocorre a reforma do Estado, coordenada por Bresser Pereira, visando adequar as ações estatais à iniciativa privada. Com essa reforma, os serviços e servidores públicos foram intensamente atacados, perdendo direitos conquistados historicamente e com a instituição do RJU (ANDRADE, 2009; PAIVA; OLIVAR, 2010). Essa reforma do Estado estabeleceu um amplo programa de terceirização das atividades do setor público, quebrou a estabilidade dos servidores e promoveu um amplo enxugamento dos quadros do funcionalismo público através de diversos dispositivos. Na primeira década do século XXI, o governo de Lula aprovou a reforma da previdência, que também afetou os servidores federais, pois, acabou com a aposentadoria integral, alterou a idade mínima para aposentadoria e a combinou com período de contribuição. Com essas alterações os trabalhadores das instituições federais se organizaram coletivamente contra tais medidas, realizando greves e atos, chegando a mais de 70 mil pessoas em um ato em Brasília. Os servidores federais foram a primeira categoria de trabalhadores a romper as ilusões com o governo de Frente Popular (OLIVAR, 2016).

Diversas tem sido as investidas contra direitos no âmbito do serviço público federal, recentemente tem-se a proposta da reforma administrativa com PEC 32/20 com o governo Bolsonaro, medida que retirará ainda mais direitos dos servidores como a não estabilidade em cargos.

Com a CF de 1988 a saúde passou a ser universal e integral a todo cidadão brasileiro, no entanto para o setor público no que diz respeito à ST tem-se ações fragmentadas. Percebe-se que não há uniformidade nas ações de saúde do trabalhador quando comparadas ao setor

privado de contratação trabalhista. O próprio Estado obriga a iniciativa privada a cumprir normas que garantam determinadas condições de trabalho, porém, enquanto empregador e patrão, não cumpri essas normas existentes, visto que no RJU não há em seu texto previsão de cumprimento de tais normativas para o cuidado com a saúde dos trabalhadores. Desta forma, há dificuldades, por exemplo, na delimitação do perfil epidemiológico desse conjunto de trabalhadores, o que dificulta a realização de ações de vigilância à saúde que atendam às necessidades peculiares do setor público. Somente em 2003 registra-se uma primeira tentativa de enfrentamento desta realidade com a criação da Coordenação-Geral de Seguridade Social e Benefícios do Servidor (COGSS) vinculada à Secretaria de Recursos Humanos do Ministério do Planejamento (MPOG). A institucionalização desta coordenação representa que o estado finalmente assume sua responsabilidade como empregador para uniformizar protocolos e procedimentos no âmbito da saúde ocupacional (PAIVA; OLIVAR, 2010; VIANA, 2017).

Uma das iniciativas em relação ao cuidado e atenção à saúde dos servidores foi a criação do Sistema de Saúde Ocupacional do Servidor Público Federal (SISOSP) em 2006 por meio do Decreto nº 5.961 (BRASIL, 2006). Esse sistema visava estabelecer alguns benefícios como licença, aposentadoria, perícia médica, ações de vigilância dos ambientes de trabalho, promoção a saúde, reabilitação e readaptação ao trabalho, entre outros, buscando regulamentar e padronizar o atendimento à saúde ocupacional do servidor. Infelizmente, esse serviço durou pouco e se extinguiu com a mudança de gestão. O SISOSP se constitui em um dos marcos iniciais do Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor (SIASS), que é instituído em 2009, através do DECRETO Nº 6833. Trata-se da origem da Política de Atenção à Saúde e Segurança do Servidor Público Federal (PASS) e do SIASS (PACHECO, 2015).

O SIASS tem como objetivo coordenar e integrar ações e programas nas áreas de assistência à saúde, perícia oficial, promoção, prevenção e acompanhamento da saúde dos servidores da administração federal direta, autárquica e fundacional, de acordo com a política de atenção à saúde e segurança do trabalho do servidor público federal, estabelecida pelo governo (BRASIL, 2009). Sua implantação iniciou-se com um piloto nas capitais Rio de Janeiro, Recife e Florianópolis e no Distrito Federal, com a previsão de até 2011 abarcar todos os estados. A organização do SIASS contempla uma política sustentada a partir de três grandes eixos, o da Promoção e Vigilância à Saúde, o da Perícia e o da Assistência que, por sua vez, estão sendo estruturados pretensamente de forma coletiva através de grupos de trabalho, compostos por servidores vinculados aos órgãos federais como o Instituto Nacional de Seguro Social (INSS), universidades, instituições de saúde, entre outros (PAIVA; OLIVAR, 2010; PACHECO, 2015; OLIVAR, 2019).

As autoras também destacam que a inexistência de um sistema estruturante com informações de saúde, que permitisse traçar o perfil de adoecimento dos servidores e das reais condições de trabalho no setor público federal, inviabilizou a gestão das questões relacionadas à saúde do servidor e contribuiu para o distanciamento entre a área da saúde e a política de gestão dos recursos humanos. As questões relativas à saúde dos servidores não constituíam prioridades e só se tornavam problemas quando o adoecimento ocasionava ausência ao trabalho. Neste sentido, o SIASS pode ser considerado um avanço no que se refere ao esforço de uniformizar e padronizar as ações nesta área, especialmente no tocante a definições sobre acidente de trabalho e doenças profissionais/relacionadas ao trabalho que possam orientar o ato da perícia médica e concessão de benefícios a partir da adoção de critérios e procedimentos comuns.

Viana (2017) faz destaque a alguns eventos e instâncias de discussão coletiva dos servidores, como em 2008 o I Encontro Nacional de Atenção à Saúde do Servidor (ENASS) que teve como tema: PASS - Um Projeto em Construção Coletiva. Outro marco no que tange a saúde dos servidores públicos federais é a realização de Fórum Permanente, que segundo ela, propõe-se ir para além destes saberes, tornando a PASS e o SIASS mais que uma política, voltada a controlar e reduzir custos com o adoecimento dos funcionários públicos. Busca torná-la uma política do trabalhador, composta e gerida por estes, os sujeitos principais dos processos de construção coletiva, os sujeitos essenciais da participação.

Para Pacheco (2015) os Fóruns do SIASS, onde inclui o Fórum Permanente e os Fóruns SIASS/RJ, constituem-se como espaços potenciais para superação do conceito instituído da saúde ocupacional nos serviços voltados a saúde do trabalhador nas instituições públicas do Rio de Janeiro, pois se caracteriza como uma instância de participação desses trabalhadores no que tange à vertente teórica do campo da saúde do trabalhador.

Deste modo, pode-se afirmar que o SIASS surge com a promessa de fomentar uma construção coletiva, com a participação do trabalhador, buscando seguir os preceitos do campo da saúde do trabalhador no que tange ao processo de participação, com recursos e rubricas específicas e ainda se associando a instituições com expertise notória no campo da saúde do trabalhador (VIANA, 2017).

Conforme Olivar (2019) explicita, no segundo governo de Lula é concebida, no âmbito da Secretaria de Recursos Humanos do extinto Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (MOPG) a PASS através de um sistema denominado SIASS (DECRETO 6.833/09- BRASIL, 2009) cuja base legal foi concebida e estruturada, pretensamente, de forma coletiva, através de grupos de trabalho formados por profissionais de Saúde do Trabalhador e Departamento Pessoal das distintas instituições federais. Os encontros realizados pelos diferentes grupos, no

período de 2008 a 2010, resultaram em diferentes produtos apresentados ao MPOG como contribuição para a construção da regulamentação e estruturação do sistema de atenção, com vistas à instituição de uma PASS. Neste sentido, foi apresentada uma minuta para a norma de criação e elaboração das Comissões Internas de Saúde do Servidor Público-CISSP, porém, foi o único documento concebido pelo GT que não foi assinado tanto pelo governo Lula quanto pelo Governo Dilma, muito menos governos posteriores (Temer e governo atual) que vem desmontando o sistema de proteção e direitos da classe trabalhadora.

No próximo tópico será abordada a constituição das CISSPs, que só se tornaram possível de efetivação através da Portaria Normativa nº 03 de 07 de maio 2010 (Norma Operacional de Saúde do Servidor Público Federal-NOSS) tem como objetivo definir diretrizes gerais das ações de vigilância aos ambientes e processos de trabalho e promoção à saúde dos servidores públicos federais, e possibilita em seu texto a implementação de comissões de trabalhadores no âmbito público federal.

3.1.1 As comissões Internas de Saúde do Servidor no setor Público Federal

No âmbito do setor público federal, as CISSP se desenvolveram a partir da criação do SIASS, o decreto que formalizaria a constituição das comissões não foi assinado, mas a Portaria Normativa nº 03 de 07 de maio 2010 NOSS. No artigo sexto, inciso VI e VII:

A implementação da Política de Atenção à Saúde e Segurança do Trabalho do Servidor Público Federal deve ser compartilhada e os atores fundamentais para a efetivação desta norma são: VI - Comissão Interna de Saúde do Servidor Público: contribuir para uma gestão compartilhada com o objetivo de: a) propor ações voltadas à promoção da saúde e à humanização do trabalho, em especial a melhoria das condições de trabalho, prevenção de acidentes, de agravos à saúde e de doenças relacionadas ao trabalho; b) propor atividades que desenvolvam atitudes de corresponsabilidade no gerenciamento da saúde e da segurança, contribuindo, dessa forma, para a melhoria das relações e do processo de trabalho; e c) valorizar e estimular a participação dos servidores, enquanto protagonistas e detentores de conhecimento do processo de trabalho, na perspectiva de agentes transformadores da realidade. VII - Servidor: participar, acompanhar e indicar à CISSP e/ou à equipe de vigilância e promoção as situações de risco nos ambientes e processos de trabalho, apresentar sugestões para melhorias e atender às recomendações relacionadas à segurança individual e coletiva (BRASIL, 2010, p.5).

A partir desta portaria fica instituída a possibilidade de criações de Comissões de trabalhadores nas instituições federais. No artigo sexto onde subscreve-se que a implementação da Política de Atenção à Saúde e Segurança do Trabalho do Servidor Público Federal deve ser compartilhada e os atores fundamentais para a efetivação desta norma são entre eles a CISSP – Comissão de Saúde do Servidor Público. O objetivo, portanto, de acordo com a NOSS é valo-

rizar e estimular a participação dos servidores, enquanto protagonistas e detentores de conhecimento do processo de trabalho, na perspectiva de agentes transformadores da realidade (Art. 2º III).

Viana (2017) destaca a CISSP parte da premissa do campo da saúde do trabalhador, que considera o trabalhador como sujeito, atuando de forma propositiva e participativa dos processos decisórios referentes à organização do trabalho e ao ambiente de trabalho. Constatação semelhante é defendida por Lacaz (2000) apud Viana (2017) ao defender que se faz necessário um debate que tenha como foco a possibilidade de organização a partir dos locais de trabalho, de forma a possibilitar uma discussão das demandas de maneira democrática e igualitária, visando submeter as questões ligadas à competitividade/produktividade e qualidade do produto à qualidade do trabalho e à defesa da vida e da saúde no trabalho (LACAZ, 2000, p. 159 apud VIANA, 2017, p. 62).

Diante do exposto, precisa-se organizar a luta e ajustar as ações aos momentos atuais, para que a organização das CISSP nos locais de trabalho nos espaços públicos avance e se efetive. Sua constituição e disseminação para as instituições de forma ampla e nacional, seguindo os moldes da saúde do trabalhador ao superar o modelo médico-centrado e o da saúde ocupacional, torna-se fundamental para o alcance de efetividade nos processos participativos relacionados à saúde do servidor (VIANA, 2017). Ainda para a autora a CISSP pode se tornar a forma mais legítima da participação dos trabalhadores nos locais de trabalho, no âmbito das instituições do serviço público federal. Pode se efetivar como um mecanismo de ação da saúde do trabalhador. Para que isto ocorra, se faz necessário implementar a cultura participativa voltada às premissas do campo da saúde do trabalhador nos espaços públicos federais.

3.1.1.1 A efetivação das Comissões Internas de Saúde do Trabalhador

Este trabalho se constitui sob o objeto das CISTT como forma de instrumento de participação democrática e organização política de trabalhadores no que diz respeito a conquistas por melhores condições de trabalho. Teve como objetivos: analisar como as CISTT de uma instituição pública federal do município do Rio de Janeiro efetivam a participação democrática dos trabalhadores, além de visar conhecer como ocorreu a instituição/organização das Comissões e identificar os desafios e limitações enfrentados por estas Comissões para efetivar a participação nos ambientes de trabalho.

Neste trabalho estamos denominando como CISTT, pela nomenclatura escolhida pelas unidades de serviços a que pertencem as comissões objetos desta pesquisa, tal escolha se dá

para que tanto bolsistas quanto trabalhadores terceirizados não sejam excluídos. As comissões são importantes pela organização coletiva que propiciam, sendo compostas por trabalhadores (as) eleitos em votação, visando representar, de fato, estes trabalhadores nos espaços de trabalho.

Este trabalho tem como universo de estudo as CISTT do Instituto de Ciência e Tecnologia em Biomodelos (ICTB) e da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV), unidades da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), implementadas nos anos de 2018 e 2019, respectivamente.

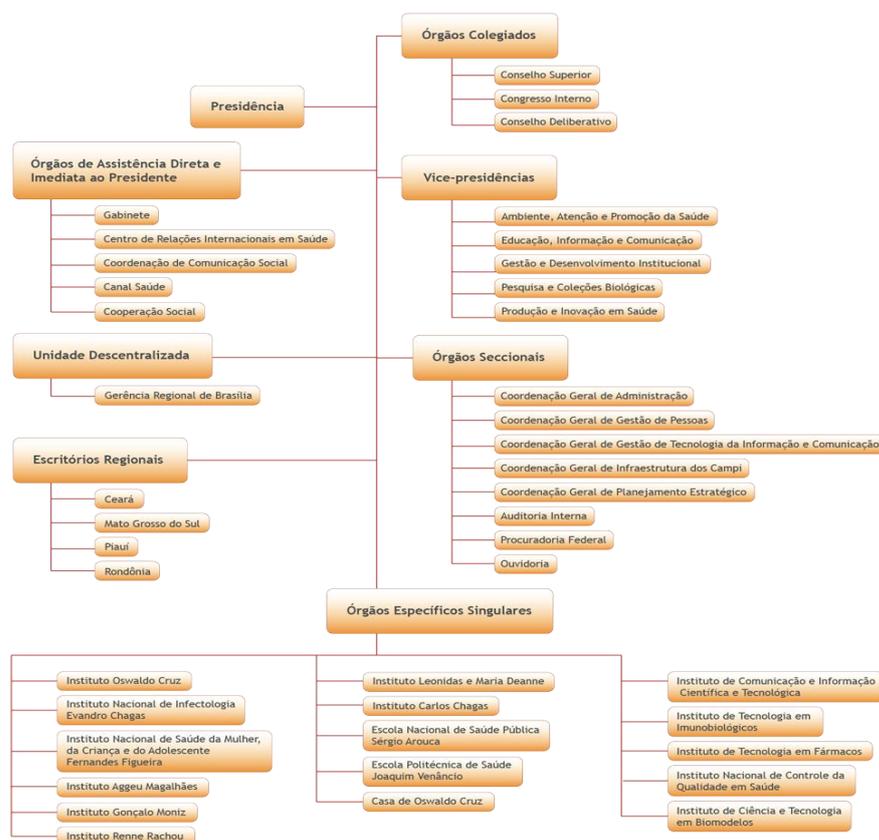
Conforme disponível no site oficial da instituição, a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) tem como missão produzir, disseminar e compartilhar conhecimentos e tecnologias voltados para o fortalecimento e a consolidação do SUS e que contribuam para a promoção da saúde e da qualidade de vida da população brasileira, para a redução das desigualdades sociais e para a dinâmica nacional de inovação, tendo a defesa do direito à saúde e da cidadania ampla como valores centrais. Os conceitos que pautam a atuação da instituição são o promover a saúde e o desenvolvimento social, gerar e difundir conhecimento científico e tecnológico, ser um agente da cidadania. A Fiocruz é a mais destacada instituição de ciência e tecnologia em saúde da América Latina.

Já centenária, a Fiocruz desenha uma história robusta nos primeiros anos do século 21. Ampliou suas instalações e, em 2003, teve seu estatuto enfim publicado. Foi uma década também de grandes avanços científicos, com feitos como o deciframento do genoma do BCG, bactéria usada na vacina contra a tuberculose. Uma trajetória de expansão, que ganhou novos passos nesta segunda década, com a criação de escritórios como o de Mato Grosso do Sul e o de Moçambique, na África. Um caminho que se alimenta de conquistas e de desafios sempre renovados. A Fundação está instalada em 10 estados e conta com um escritório em Maputo, capital de Moçambique, na África. Além dos institutos sediados no Rio de Janeiro, a Fiocruz tem unidades nas regiões Nordeste, Norte, Sudeste e Sul do Brasil. A partir de seus projetos de ampliação, foram criadas bases para a institucionalização de unidades - escritórios - no Ceará, Mato Grosso do Sul, Piauí e Rondônia. Ao todo, são 16 unidades técnico-científicas, voltadas para ensino, pesquisa, inovação, assistência, desenvolvimento tecnológico e extensão no âmbito da saúde. Há ainda uma unidade técnica de apoio, atuante na produção de animais de laboratório e derivados de animais. As quatro unidades técnico-administrativas são dedicadas ao gerenciamento físico da Fundação, às suas operações comerciais e à gestão econômico-financeira.¹

¹ Informações disponíveis no site da instituição: <https://portal.fiocruz.br/fundacao>

A Fiocruz se organiza em quatro unidades técnico-administrativas e 16 técnico-científicas, conforme apresentado figura abaixo:

Figura 1 – Organograma das unidades administrativas



Fonte: Fiocruz²

Cabe destaque a Coordenação Geral de Gestão de Pessoas (COGEPE) que é um órgão da Presidência da Fiocruz, vinculada à Vice-Presidência de Gestão e Desenvolvimento Institucional (VPGDI). A COGEPE foi criada em 1992 e inicialmente denominada Diretoria de Recursos Humanos (DIREH), porém, a partir do ano de 2017 através do Decreto 8.932/2016 houve atualização da nomenclatura da unidade. No organograma institucional a COGEPE é atribuída como uma unidade Técnico-Administrativa, onde sua missão é:

contribuir para ampliar a eficácia e a efetividade do trabalho realizado na Fiocruz e para a melhoria da qualidade de vida dos trabalhadores, mediante a formulação e implementação de políticas, estratégias e instrumentos de gestão do trabalho, integrando ações de administração de pessoal, de desenvolvimento de pessoas e de saúde do trabalhador (FIOCRUZ, 2012).

De acordo com a PORTARIA Nº 486, de 26 de agosto de 2020 a COGEPE possui em

² Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/organograma>. Acesso em dezembro de 2021.

sua estrutura organizacional a Coordenação de Saúde do Trabalhador (CST) e os seus respectivos núcleos - Núcleo de Saúde do Trabalhador (NUST); Núcleo de Alimentação Saúde e Ambiente (NASA); Núcleo de Atenção Integral à Aposentadoria (NAIA); Núcleo de Análise de Situação de Saúde (NASS); Núcleo de Psicologia e Serviço Social (NUPSS); Núcleo de Vigilância em Saúde do Trabalho (NUVST); Núcleo de Ambiência e Ergonomia (NAE) e Núcleo de Perícia e Avaliação Funcional em Saúde (NUPAFS).

A CST, além de realizar ações de prevenção e de avaliação de situações de risco nos ambientes de trabalho promove atividades educativas e de informação, trata ainda assuntos relacionados à biossegurança e preservação do meio ambiente (FIOCRUZ, 2021) e possui como missão:

Assegurar as melhorias das condições de trabalho e de saúde dos trabalhadores da Fiocruz, mediante a formulação de políticas, estratégias e da coordenação das ações de vigilância dos ambientes e processos de trabalho, de promoção e assistência à saúde em conformidade com a política institucional (FIOCRUZ, 2012).

Evidenciamos ainda que a CST realiza ações de prevenção, avaliação de risco nos ambientes de trabalho, ações de cunho educativo e de informação no campo da saúde do trabalhador e reflexões críticas sobre biossegurança e o meio ambiente. Podemos acrescentar que a CST possui um olhar sobre as questões de vigilância em saúde do trabalhador potencializando o monitoramento das ações desempenhadas (FIOCRUZ, 2021) estimulando a participação das trabalhadoras e dos trabalhadores sobre seus processos de trabalho através das Comissões.

As Comissões internas de Saúde do Servidor Público (CISSP), que na Fiocruz passaram a se chamar CIST, começaram a ser implantadas no ano de 2019, com a assessoria da CST, através da finalidade de construção de ações voltadas para a prevenção de riscos à saúde dos trabalhadores, uma das finalidades da CIST. Atualmente existe formalizadas duas comissões: CIST / ICTB e CISTT/EPSJV.

O ICTB-Fiocruz, antigo Centro de Criação de Animais de Laboratório (CECAL) é uma unidade técnico-científica da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), responsável pela produção e fornecimento de bio modelos, dentre eles, animais de laboratório, sangue e hemoderivados. Também presta serviços de controle da qualidade animal e biotecnologia associada a ciência de animais de laboratório, o que confere ao centro um papel estratégico na área do bioterismo nacional.³ Em 31 de julho de 2019 foi aprovada por unanimidade no Conselho deliberativo do ICTB a implementação da CIST.

A criação desta Comissão contou com assessoria da CST, no primeiro momento através

³Disponível em: <https://www.ictb.fiocruz.br/content/apresenta>

do Curso de Formação realizado no período de setembro a dezembro de 2018 com conteúdo acordado com os membros da Comissão e finalizado no segundo momento com ampla discussão de elaboração do Regimento Interno realizado no período de fevereiro a abril de 2019 sendo conduzido pela equipe multidisciplinar da CST (Serviço Social, Ergonomia, Médico do Trabalho e Técnico de Segurança do Trabalho).

O conteúdo do curso versou sobre os aspectos históricos e conceitos da Saúde do Trabalhador; Aspectos legais: Políticas Nacionais (PASS, PNSST, PNSST); Normas Regulamentadoras e outras legislações relacionadas ao trabalho; Saúde Mental e Trabalho; Acidentes de Trabalho específicos do ICTB; Vigilância e Promoção da Saúde etc.

O indicativo de corresponsabilidade na construção de ações efetivas entre gestão e trabalhadores foi pactuado no encontro realizado em maio de 2018, contudo, importante ressaltar que a proposta de constituição da Comissão ocorreu após ações da equipe da CST durante os Grupos de Conversas sobre Saúde e Trabalho realizado no período de 2014 a 2017.

Esta primeira Comissão de Saúde do Trabalhador, constituído como projeto piloto, tinha a responsabilidade de organizar o processo eleitoral, após dois anos, dos futuros membros tendo como suporte contínuo e assessoria da CST, porém com a pandemia a eleição foi impossibilitada de ser realizada e os membros permaneceram sendo indicados pelas chefias e direção, ou aqueles que quisessem compor a comissão e se auto indicassem.

A CIST do ICTB encerrou o mandato de seus membros em julho de 2021, sendo posteriormente formada nova Comissão com vinte membros no final do segundo semestre de 2021 e realizada reuniões para discutir o Curso de Formação da Comissão de Saúde do Trabalhador sob a coordenação da CST.

Já EPSJV é também uma unidade técnico-científica da instituição que promove atividades de ensino, pesquisa e cooperação no campo da Educação Profissional em Saúde. A EPSJV oferece cursos técnicos de nível médio, de especialização e de qualificação nas áreas de Vigilância, Atenção, Informações e Registros, Gestão, Técnicas Laboratoriais, Manutenção de Equipamentos e Radiologia, além da Educação de Jovens e Adultos (EJA) e de um Programa de Pós-graduação em Educação Profissional em Saúde.⁴ Em 2019, esta unidade foi estimulada pela CST da Fundação a instituir uma CISTT.

No final deste mesmo ano foi constituído um GT composto por professores e pesquisadores de diferentes laboratórios da unidade, um membro do NUST, um membro do Serviço de

⁴ Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/escola/quem-somos>

Gestão de Pessoas (SGP) e trabalhadores que compunham, a época, a Representação dos Trabalhadores da EPSJV (Reprepoli). O objetivo do GT era estudar Regimentos de outras Comissões semelhantes constituídas em outras instituições públicas ou em outras unidades da própria Fiocruz para, então, fazer uma proposta para de Regimento a ser discutida no Conselho Deliberativo (CD) da EPSJV e, partir de sua aprovação, organizar um processo eletivo para compor oficialmente a Comissão.

O grupo de trabalho responsável pela elaboração do regimento utilizou dois documentos como base - o Regimento da Comissão Interna de Saúde do Servidor Público, da Universidade Federal do Rio de Janeiro (CISSP-UFRJ) e o Regimento da CIST do ICTB/Fiocruz.

A pandemia de covid-19 interrompe abruptamente este processo que é retomado de forma remota no segundo semestre de 2020. Em outubro de 2020, já num contexto que inclui como preocupação a convivência dos trabalhadores com a nova doença e o efeito do isolamento social e do trabalho remoto na sua saúde, o regimento da CISTT da EPSJV é aprovado no CD, instituindo oficialmente a Comissão na escola.

A EPSJV/Fiocruz deu início às ações CISTT no ano de 2021. Aprovada em 29 de outubro de 2020, a comissão tem como finalidade contribuir para uma gestão democrática e participativa, independente do vínculo empregatício, discutindo as determinações sociais do processo saúde doença no cotidiano dos trabalhadores e propondo ações de promoção da saúde que contribuam para a melhoria das relações e dos processos de trabalho.

A CISTT é formada por 13 trabalhadores da EPSJV, sendo dez servidores, dois terceirizados e um bolsista, que se encontram semanalmente. Essa primeira comissão tem um caráter transitório e foi nomeada pela Direção da EPSJV para instituir o trabalho em meio à pandemia de Covid-19.

Como proposto no regimento, a Comissão começa suas atividades com um processo formativo organizado pelo NUST/Fiocruz em que se aborda em reuniões semanais o histórico da saúde do trabalhador a partir das concepções do MOI e diferentes aspectos da atuação no neste campo.

Além da formação, o início das atividades da CISTT envolveu uma reunião a distância para apresentar a Comissão aos trabalhadores da escola que contou com a presença de um percentual pequeno de trabalhadores da escola, mas que foi considerada importante já que por muito tempo as assembleias de trabalhadores da instituição vinham ficando excessivamente esvaziadas (mesmo no período pré-pandêmico). Além disso, a Comissão acolheu algumas demandas de trabalhadores que conheciam seus membros intermediando conversas com a direção.

O movimento de retorno de algumas atividades letivas para o modelo presencial encampado pela direção da EPSJV em meados de 2021 acabou por orientar o trabalho da CISTT para o acompanhamento deste processo. A escola já vinha mantendo trabalho em rodízio (parcialmente presencial) em alguns setores (infraestrutura, a secretaria escolar e a biblioteca entre outros), mas a circulação de pessoal era bem pequena e grande parte dos trabalhadores utilizavam serviço de transporte próprio ou da Fiocruz (disponibilizado para estes trabalhadores no período pior da pandemia).

Foi proposto que a escola fizesse uma reunião remota com os trabalhadores para que as condições do retorno fossem expostas e discutidas. Além de participar desta reunião, a CISTT se propôs a fazer reuniões menores com os setores que vinham trabalhando de forma presencial e os que iam começar neste processo para conhecer suas condições de trabalho, suas ansiedades e inseguranças. Foram realizadas 11 reuniões com diferentes setores da EPSJV.

3.1.1.1.1 *Percurso Metodológico*

A intenção para operacionalizar o estudo ora proposto é a abordagem qualitativa, cuja orientação apoia-se no materialismo histórico, para o qual, a realidade material e o trabalho são categorias fundamentais na compreensão do ser e realidade social. Sendo essa metodologia essencial para explicitar os significados a serem buscados na análise das Comissões Internas de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora.

A escolha pela abordagem qualitativa se deu em razão da necessidade em aprofundar o conhecimento do campo Saúde do Trabalhador em relação a organização de trabalhadores em ações coletivas e de participação ativa nos locais de trabalho. Por isso, buscou-se entrevistar aqueles que mantêm relação direta com essa forma de organização, desse modo, a investigação contemplou entrevistas (semiestruturadas) combinando perguntas fechadas e abertas, possibilitando ao entrevistado e entrevistador discorrerem sobre o tema abordado de forma mais livre. As perguntas foram elaboradas com base na bibliografia relacionada a Saúde do Trabalhador versando com dados que dizem respeito a caracterização social dos participantes, além de questões quanto a percepção dos membros das comissões sobre condições e organização do trabalho, ambiente e processo de trabalho, constituição e implantação da comissão, e participação na comissão entre outras.

A pesquisa teve início em março de 2020, com a inserção no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde do Trabalhador, e término em fevereiro de 2022. É constituída de distintas etapas que são articuladas entre si.

Inicialmente foi realizado um breve levantamento bibliográfico do campo da ST, da PNSTT, da PASS – história e organização - na sua gênese até os dias atuais, bem como, o aprofundamento teórico sobre as Comissões de Saúde do Trabalhador.

O levantamento bibliográfico foi feito em todo o processo do estudo: na elaboração do anteprojeto de pesquisa para apreciação no Comitê de Ética; na elaboração do TCR, constituindo num processo de superação do que já está constituído em termos de pesquisa bibliográfica que durante esses dois anos foram levantados tanto para a construção do projeto quanto para o TCR.

Foram realizadas sete entrevistas, este número se justifica pelo quantitativo de trabalhadores que aceitaram participar da pesquisa, foram convidadas 15 pessoas, no entanto, apenas sete aceitaram e tiveram disponibilidade em realizar a entrevista. As entrevistas foram gravadas e depois de transcritas e analisadas, os depoimentos foram revistos para eliminar os vícios de linguagem, se fez uso apenas das partes mais significativas das falas. As entrevistas foram realizadas no período de janeiro de 2022, conduzidas por meio de roteiro semiestruturado (Anexo A).

Além das entrevistas utilizou-se o estudo dos documentos dos Regimentos Internos, atas das reuniões e relatórios das CISTs.

No que se refere aos aspectos éticos, este estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca sob o número de parecer: 5.085.492 e da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio – Fiocruz sob o número de parecer: 5.186.896, procurando atender todos os requisitos da Resolução N° 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (Anexo B e C).

A participação foi voluntária e as entrevistas foram realizadas após o participante conhecer os objetivos da pesquisa, aceitar e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A).

Foi solicitado aos responsáveis pelas unidades técnicas administrativas e técnica-científica da Fundação Oswaldo Cruz autorização para o desenvolvimento da pesquisa por meio de um Termo de Anuência, assinada, carimbada, com sua função (Anexo D e E).

4 AS COMISSÕES DE SAÚDE DO TRABALHADPR E DA TRABALHADORA NA FIOCRUZ: RESULTADOS E DISCUSSÃO

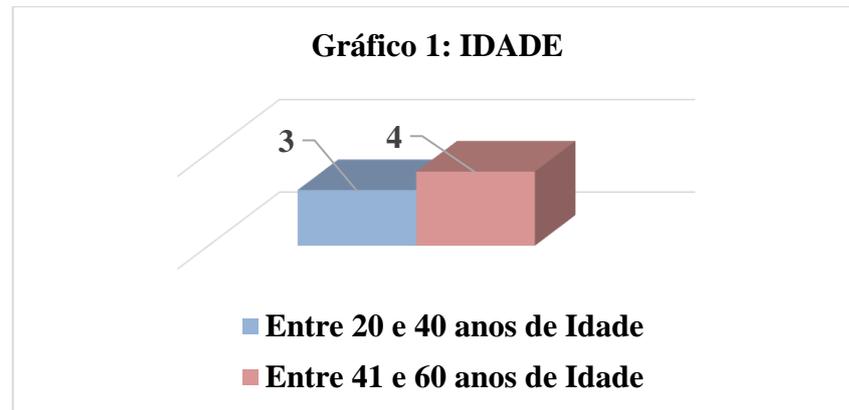
Essa seção tem como objetivo apresentar e discutir os resultados da pesquisa sobre as CISTT como instrumentos de participação democrática. O processo de análise das entrevistas resultou em categorias, sendo estas: quanto a atuação; ao saber operário, ou seja, o saber dos trabalhadores; os desafios enfrentados pelas comissões; e sobre a implicação que a pandemia de covid-19^[10] teve sobre as ações das comissões.

Ao realizar as entrevistas, foi traçado um perfil dos participantes, entre eles, cinco participantes eram mulheres e dois homens.

Uma das entrevistadas, durante a entrevista expressou que gostaria que fosse identificada como mulher participante da pesquisa, e que o recorte de gênero precisava ser exposto, pois, na pandemia principalmente, ela sentiu muito forte em sua realidade o ser mulher e estar deslocada ao trabalho em home office. Ela sentiu o aumento de demandas, a falta de horário delimitado para trabalho e afazeres domésticos, relatou que até seu período de descanso foi dominado por atividades de trabalho e casa. *Olivar e Oliveira (2022)* afirmam que se antes se percebia um tipo de trabalho mais utilizado pelas mulheres, muitas vezes demandadas para reprodução através da pressão doméstica do patriarcado, a pandemia exacerbou este fato. Concentrado no trabalho feminino havia certa tendência de acomodação dos estudiosos do mundo do trabalho e dos sindicatos naturalizando a sobrecarga de trabalho dessas mulheres, que conjugam vida acadêmica, teletrabalho, trabalho doméstico, maternidade, além do cuidado dos filhos e anciãos, ampliando sua jornada de trabalho. Historicamente as mulheres são incumbidas ao trabalho reprodutivo e de cuidados, e, nesse momento em que o trabalho produtivo e o cuidado passaram a se reconcentrar nos domicílios, as mulheres ficaram ainda mais sobrecarregadas. Ou seja, as relações de trabalho e atividades domésticas - não remuneradas - se sobrepõem, fazendo com que elas trabalhem mais, pois as tarefas domésticas permanecem distribuídas desigualmente entre homens e mulheres. Fato é que os tempos do trabalho produtivo e reprodutivo tendem a se chocar. O ambiente doméstico não está preparado do ponto de vista ergonômico para esses trabalhadores e trabalhadoras exercerem seus ofícios. O espaço dos lares não é pensado para ser um espaço de trabalho de 6 a 12 horas por dia.

Ao serem perguntados quanto a sua raça/cor, cinco participantes responderam se identificar como brancos e dois como pardos. No que se refere a idade dos participantes, pode-se observar abaixo:

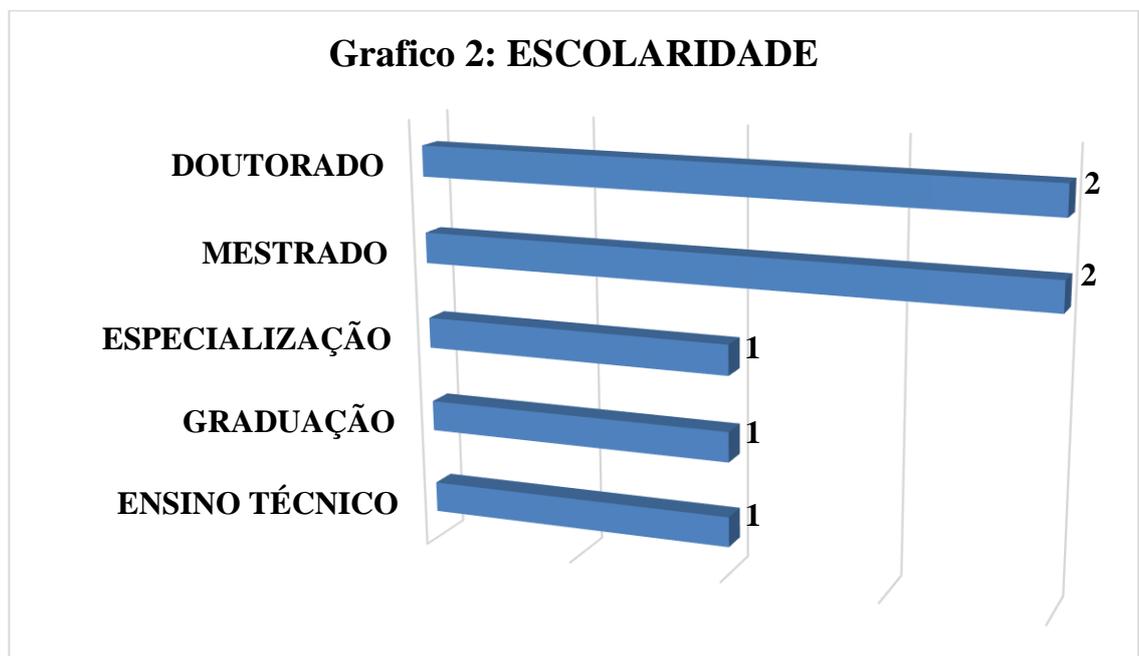
Gráfico 1 - Idade



Fonte: Elaborado pelo autor, 2022.

Em relação a escolaridade, pode-se observar no (gráfico 2) que dois deles concluíram o doutorado, dois o mestrado, um concluiu a pós-graduação na modalidade de especialização, um graduado e outro profissional de nível técnico.

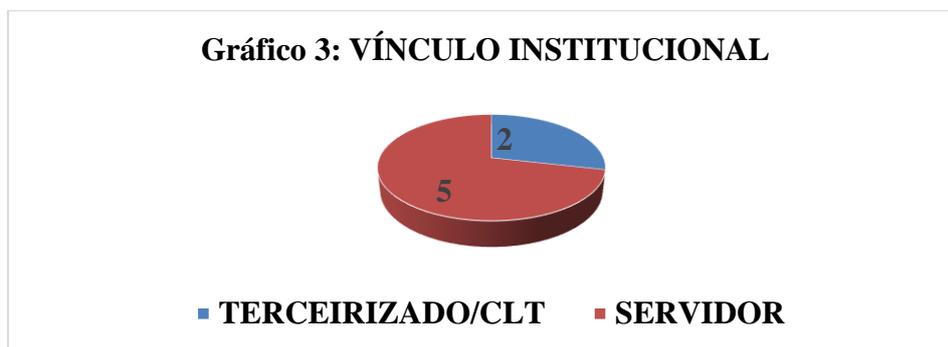
Gráfico 2 - Escolaridade



Fonte: elaborado pelo autor, 2022.

Com relação ao tipo de vínculo institucional (gráfico 3) cinco deles são servidores e dois terceirizados na modalidade CLT.

Gráfico 3- Vínculo Institucional



Fonte: elaborado pelo autor, 2022.

No que se refere a carga horária semanal, seis dos entrevistados cumprem 40 horas e um cumpre 44 horas, todos os participantes relataram que durante a pandemia seu tempo de descanso semanal, assim como férias, foram alterados, no entanto, sinalizaram que quanto ao descanso semanal a alteração se deu mais no início da pandemia, quando utilizaram os dias de folga para atividades do trabalho.

Sobre o tempo que estão na instituição, de acordo com o vínculo informado (gráfico 4), cinco deles estão 10 anos ou mais, e dois deles menos de 10 anos.

Gráfico 4 – Tempo de Serviço na instituição



Fonte: elaborado pelo autor, 2022.

No que se refere a atuação dos trabalhadores na comissão, os trabalhadores citaram já existir uma política participativa em ambas as unidades, com eleição de diretoria, chefias e diversos cargos, inclusive com uma instância representativa de trabalhadores, com direito a voto no conselho deliberativo de uma das unidades, o que evidencia que os trabalhadores já tinham determinado poder decisório e participativo, assim, a CISTT se desdobra como uma instância de fortalecimento do poder de decisão dos trabalhadores sobre seus processos de trabalho.

Nós temos o voto, os trabalhadores votam pra quem eles querem que seja o chefe. Então, nós já tínhamos algo implementado de certa forma, uma cultura que ajudou dentro desse processo da CISTT (participante 02).

No que diz respeito a mais uma vertente da atuação dos trabalhadores enquanto comissão, compondo a inspeção dos ambientes de trabalho.

Um membro da comissão sempre estava junto pra participar da inspeção nos ambientes, com o olhar de orientação (...) então, ia um representante da segurança do trabalho, do RH, e da comissão, quando ocorrem acidentes de trabalho ou alguma situação e fazemos a inspeção (participante 03).

Em relação a representatividade, as unidades buscaram ter um representante de cada setor, e também a diversidade de tipos de vínculos.

Todos os serviços finalísticos e administrativos têm um representante (...). Tem o membro e o suplente, só que a gente desde o início, apesar de ter essa denominação de membro e suplente, todos participam porque se ele não tiver participando e acompanhando como vai substituir? Então, pelo menos todos estarem nas reuniões, entendendo e participando de tudo, todos concordaram dessa forma pra poder estar participando (participante 01).

Houve relato sobre as modificações nos processos de trabalho, sobre isto, Oddone et al (2020), sinaliza que a posição hegemônica dos trabalhadores diante dos problemas que podem adoecer no trabalho, é o que garantiria as transformações que propiciem um ambiente de trabalho que não adoça. Para o autor, à época somente a articulação sindical poderia auxiliar a organização dos trabalhadores para lutarem por estas modificações, ao nosso ver, não mais apenas o sindicato é central nesse contexto de mudanças, mas sim toda e qualquer instância organizativa de trabalhadores, como é o caso das CISTTs.

Foi conversado com o chefe de serviço, tivemos abertura, teve sim. os chefes são muito solícitos também, a gente conversa e eles acatam porque eles também acham que não der a gente também vai rever o processo se realmente dá pra fazer ou não. Sempre em comum acordo com todos (participante 02).

O trabalhador começou a fazer o registro, porque a gente sabia que tinha, mas não era notificado, se não são notificados a gente não sabe nem o que aconteceu, porque aconteceu e o que tem que fazer pra evitar aquilo. Então isso fez com que os trabalhadores se sentissem mais confortáveis de informar no trabalho, porque certas situações não dão pra gente estar em todos os lugares o tempo todo (...) mas o que eu pude perceber é que os trabalhadores estão se sentindo com mais propriedade de poder chegar e falar e fazer os registros dos acidentes que estão ocorrendo e isso foi muito positivo (participante 03).

Alguns trabalhadores, membros da própria comissão tiveram dificuldade em se sentirem seguros em participar ativamente, por medo, o que se enquadra na maneira que a participação ocorreu, e também nas dificuldades, nos desafios enfrentados pelas CISTTs nesse momento de implementação e desenvolvimento de ações.

Vamos dizer que 50 por cento / 40 por cento, se mostrou mais ativo e participativo, esses trabalhadores até eram incentivadores dos outros: “poxa você não falou isso? E aquilo lá que tinha, então vamos falar e tal”. Incentivava os demais, e não sentir medo, ainda tinha a questão da fragilidade, sou terceirizado, será que posso falar? E a gente sempre colocando que ali era a comissão, quem estava falando era a comissão em saúde do trabalhador e não fulano ou beltrano, então, é uma evolução e estamos evoluindo, e eles vão se percebendo e entendendo o processo, que ali não é pra acusar ninguém, pra expor ninguém, não é um lugar pra ficar expondo nem o trabalho e nem a chefia, e sim mostrar a situação que está sendo vivenciada naquele processo de trabalho em que a gente propõe melhoria (participante 03).

Como percebe-se na fala do entrevistado, o medo e receio em se posicionar diante das situações se dá pela fragilidade do vínculo dos trabalhadores, sendo terceirizados e até mesmo bolsistas, sem nenhum contrato de trabalho ou garantias legais. Antunes e Druck (2015) sinalizam que trabalhadores terceirizados têm menos benefícios que os ditos efetivos, ou no caso da instituição analisadas, servidores. Os terceirizados não recebem auxílio creche e educação, seu vale alimentação é sempre menor, inclusive o valor dos salários para mesmas funções também é menor. Os autores sinalizam que no que diz respeito as condições de segurança e saúde no trabalho, observa-se que os terceirizados são os que mais sofrem acidentes e estão mais expostos a riscos. Os trabalhadores terceirizados, além de serem os que ganham menos, trabalham mais, são mais instáveis e têm menos direitos, são os que mais morrem e se acidentam. Essa vulnerabilidade de sua saúde e a maior exposição aos riscos decorrem exatamente desta condição mais precária de trabalho.

A percepção da comissão como instrumento de reivindicação coletiva ainda está se construindo, tanto para alguns participantes, quanto para os trabalhadores das unidades, esse processo de construção e efetivação das CISTTs tem sido também de construção para os trabalhadores, conhecendo e reconhecendo o papel da comissão, e seu papel enquanto comissão.

Então, é um crescimento, ainda não vou dizer que está cem por cento a percepção deles se sentirem com essa propriedade, uma pequena parte sim, mas a gente tem que evoluir e eu acredito que essa nova formação já está vindo com uma outra percepção, com outro olhar, com olhar do que é a CISTT, que ali é um local onde o trabalhador vai poder ter voz. Eu acho que o trabalhador mesmo terá voz independente do vínculo, acredito que essa nova CISTT vai estar evoluindo, é um começo, tem que começar e continuar (participante 03).

Diante do exposto, para Stotz e Pina (2017) tendencialmente tem sido imposto pelo capital o adoecimento da classe trabalhadora, registrados em diversos estudos. No entanto, essa tendência pode ser refreada pela luta de classes, enraizada na resistência dos trabalhadores à exploração. Assim, as comissões, enquanto organização dos trabalhadores é parte na luta de classes. Os trabalhadores se reconhecendo como sujeitos ativos do processo de luta por seus direitos e pela saúde, não delegando a outros (técnicos, profissionais de saúde gestores ou ao

Estado), um sentido compreendido na segunda parte da expressão do MOI, “a saúde não se delega, se defende”, mas quase despercebido, quando não ocultado, e pouco desenvolvido do ponto de vista da produção de conhecimento em saúde. Mais precisamente: saúde como luta da classe trabalhadora dotada de independência política em relação às demais classes sociais e ao Estado (STOTZ; PINA, 2017).

Houve relatos sobre a participação diferenciada, ocasionada pela pandemia de covid-19, mas que trouxe um olhar favorável, em que reuniões que antes estariam mais esvaziadas, em detrimento da pandemia e realizadas de maneira virtual, tiveram quantitativo grande de trabalhadores. As críticas a forma remota/virtual no trabalho são inúmeras, no entanto, o uso de tecnologias deve ser aproveitado de forma positiva pelos trabalhadores, utilizando-se dos recursos tecnológicos para organização, reivindicação, e melhorias, nas palavras de Oddone *et al* (2020) “é necessário que as descobertas científicas sejam socializadas [...], é necessário que a classe operária se aproprie delas e se posicione como protagonista na luta [...]” (p. 29). Segue exemplo:

A gente chamou uma reunião, da própria comissão e teve uma participação razoável - chamada por uma comissão que ninguém nem sabe o que é - eu não me lembro quantas pessoas tinham, mas chutaria umas 30 pessoas. Tempos depois a própria direção chamou uma assembleia de avaliação de cem dias, que também tinha muita gente, com certeza mais de cem pessoas. Pra o que a gente vinha vivendo de desmobilização, eu faço uma boa avaliação, eu acho que é um processo primeiro pela facilidade de você participar online né?! e outro que as pessoas estão precisando se aproximar (participante 07).

De fato, para os membros das comissões, a participação e representação nessa primeira construção da CISTTs se deu de forma representativa, quando foram indicados trabalhadores de todos os setores, e diversos vínculos, no entanto, relatam que nem sempre todos participavam ativamente das reuniões, mas ao menos um membro de cada setor da unidade buscava estar presente.

Nas poucas reuniões presenciais que eu fui, normalmente tinha um membro de cada setor, as vezes os dois, mas pelo menos um de cada setor tinha. E aí depois da covid-19, com a pandemia que o negócio ficou meio complicado mesmo. Nas reuniões a gente tinha pelo menos cinquenta por cento do nosso grupo sempre reunido, debatendo as situações, situações de cada setor, inclusive situações inesperadas (participante 06).

É interessante destacar como os trabalhadores veem a CISTT como uma oportunidade de mudança, como um avanço para as unidades e para a própria instituição.

Olha eu me sinto muito orgulhoso em participar da primeira comissão em saúde do trabalhador da unidade, e ficou como a representatividade da própria FIOCRUZ. Onde outras unidades também demonstraram interesse em fazer uma comissão pra

eles (participante 02).

Com relação ao saber operário, os relatos apresentados evidenciam que a constituição das comissões possibilitou que os trabalhadores tenham participação em decidir e sugerir ações nos processos de trabalho.

Eu vejo que os gestores ouvem o que o trabalhador fala, claro que dentro de uma característica muito pontual do que é possível ser feito, porque se tratando de uma instituição pública, a gente esbarra muito com a questão da falta de recurso pra gente fazer uma melhoria, algo que o trabalhador propõe ser importante, então a gente tem um pouco de morosidade nesse processo, esperando licitação (participante 01).

Deste modo, entende-se a experiência operária, ou seja, a experiência de trabalhadores, não somente como o resultado do conhecimento empírico de sua atividade, mas como resultado da articulação produzida na relação entre a experiência e as teorias, e na possibilidade de um conhecimento partilhado entre trabalhadores, técnicos e gestores (STOTZ; PINA, 2017).

A comissão tem uma habilidade maior de comunicação, uma questão de facilidade no relacionamento, se tornam facilitadores da comunicação, são vozes dos trabalhadores e dos membros da própria CISTT em determinadas questões. (...) Então eu acho que sim, de uma forma geral, nem tudo é possível que a gente opine e participe, mas no que cabe mudança nas áreas que impactam o processo de trabalho tenho visto a participação bacana de nós trabalhadores (participante 03).

Tivemos poder, os dois gestores deram bastante autonomia pra comissão trabalhar, pra gente decidir, criou a portaria e agora foi indicação, que ia ser ou eleição ou indicação, ou voluntariado (participante 02)

Em relação à procura dos trabalhadores pelos membros da CISTT, relatam que

Tinha sim, tinha diálogo muito bom com a gente, alguns procuravam, sabiam que tinha comissão e procuravam, alguns tinham um certo receio, por exemplo em falar e vim procurar a gente, aí com jeitinho a gente conversava com a direção, eles sempre receberam muito bem a gente, resolvendo os problemas que poderia se resolver (participante 02).

Mesmo com alguns trabalhadores procurando a CISTT e levando questões sobre saúde e trabalho, o discurso geral dos entrevistados evidenciou ainda um processo de construção dessa confiança, principalmente na EPSJV, pelo fato, da comissão ser mais recente e terem sido constituídos na conjuntura da pandemia, tendo menos acesso aos trabalhadores da unidade.

Considerar o saber dos trabalhadores, as suas reivindicações, as suas opiniões são fundamentais para preservar a saúde e melhorar o processo de trabalho, e nesse sentido, ambas as comissões perceberam bons resultados.

Melhorou bastante, eu diria a você que de cem por cento, setenta por cento melhorou os processos de trabalho na unidade sim, a questão de ergonomia melhorou bastante, foram feitos uns trabalhos em grupo na época, tudo isso resultou em um resultado

muito bom pra unidade (participante 02).

O movimento organizativo e político das comissões se evidencia na prática das articulações e negociações que os próprios membros e trabalhadores foram construindo.

Tem esse poder de decisão com articulação, as vezes a gente levava alguma questão pra direção que de repente eles não estavam de acordo, mas a gente trabalhava de uma maneira pra mostrar a realidade (participante 06).

A percepção do que é a saúde do trabalhador se relaciona diretamente com a proposta de formação teórica aos membros da CISTT, organizado pelos técnicos da CST. Possibilitar o acesso a conhecimento teórico-metodológico se faz imprescindível para o fortalecimento deste trabalhador em suas ações e decisões, não é levar o conhecimento a ele, mas que a partir do referencial teórico, e suas experiências práticas diárias, ele possa reivindicar e fortalecer suas decisões sobre o cuidado de si, de sua vida e saúde enquanto trabalhador.

Meu entendimento de saúde do trabalhador, eu entendo como a vida desse trabalhador, a qualidade de vida dele no processo de trabalho dele, então eu entendo que o trabalhador ele precisa ter propriedade em relação aos riscos das atividades que ele tá fazendo, e com essa propriedade desse entendimento, dele ver o que ele pode, o que se pode ser feito para reduzir esses riscos, e que ele possa ter uma atividade que garanta uma qualidade de vida dele futura até (participante 03).

Um exemplo: se ocorrer um incêndio? Qual a primeira coisa que você faz? Aí eles diziam, vou salvar os animais. Então, ele esquece da própria vida, ele não valorizou a vida dele porque ele pensa primeiro os animais, então o amor dele pela função, pela atividade dele faz com que ele esqueça da própria saúde dele, de cuidar do próprio corpo, então a CISTT ela, pra esses trabalhadores, ela foi importante por mostrar um outro ponto de vista, da preocupação não só de verificar a percepção dele enquanto trabalhador das funções das atividades dela né?! (participante 03).

O fortalecimento através da instância CISTT, para os entrevistados é de que o trabalhador consiga se perceber no seu processo de trabalho, sua prática, sua experiência, os riscos que corre e como evitá-los.

A constituição da CISTT nas unidades evidenciou que houve mudanças, melhorias em relação ao cuidado com a saúde dos trabalhadores, mudanças em processos e setores de trabalho, em rotinas diárias e em implantação de fluxos de proteção ao trabalhador.

A CISTT vem cobrir um buraco, a falta desse olhar ali no dia a dia do trabalhador independente da fragmentação de contratos, independente de vínculo. Isso eu acho que é um avanço, algo assim que nos sentimos muito honrados né, e preocupados. Honrados por ter esse olhar diferenciado do NUST para a nossa unidade, percebendo a gravidade dos riscos e das situações que a gente tinha aqui, e preocupados: caramba estamos mal mesmo precisamos de ajuda (participante 03).

Vamos dizer assim, talvez: quarenta por cento das pessoas conseguiam refinar as técnicas junto com treinamento e tudo mais, e as chefias uns oitenta por cento, porque assentia, confirmava e metia a mão na massa, mudava uma coisa ou outra. Enfim, eu

acho que a gente teve mais sucesso com as chefias nas mudanças de fluxograma e tudo mais do que com os trabalhadores (participante 06).

A importância da participação coletiva foi destaque para um dos entrevistados, que passou a ser membro da comissão após o período inicial de constituição, e em seu olhar, relata que percebia a chamada a participação dos trabalhadores.

O primeiro registro da CISTT que eu tenho, antes de eu me tornar membro, é essa participação, esse cuidado, de uma construção mais coletiva do regimento. E me lembro que a gente fez mais de uma rodada entre apresentação do regimento no conselho deliberativo da escola, consulta aos grupos e retorno (participante 07).

Os participantes constatarem como a comissão se debruça sobre questões coletivas dos ambientes de trabalho.

A comissão trata mais questões coletivas, um trabalhador individual a gente pode dar orientações, a gente não vai negar de estar ouvindo e apoiando, auxiliando, mas enquanto comissão interna as questões individuais a gente pouco pode fazer, pelo menos é o que eu entendo (participante 04).

O saber operário, ou seja, o saber dos trabalhadores foi considerado primordial nas ações da CISTT, o que se soma ao saber construído em conjunto com os técnicos ou acadêmicos, como exemplo: A CST auxiliar na formação teórica. São técnicos de saúde do trabalhador somando na construção do conhecimento dos trabalhadores das unidades. Enquanto o trabalhador conhece e tem propriedade sobre sua prática, os demais técnicos, acadêmicos etc., somam ao conhecimento deste, a teoria, há uma troca nessa construção de saberes, que nunca deve ser vista de forma hierarquizada ou com graus de maior e menor importância, mas que se somam para o campo da saúde do trabalhador.

Está no nosso regimento que os trabalhadores da comissão teriam um processo de formação. Eu consegui participar de quase tudo da formação, perdi as primeiras aulas. O NUST que ofereceu a formação, foi online, e nós fizemos a formação (participante 07).

Para Oddone *et al* (2020), ao darem encaminhamento as demandas dos operários em relação as mudanças tecnológicas e organizacionais que foram se constituindo, perceberam que da sinergia entre o conhecimento científico e o conhecimento da prática profissional poderia nascer uma experiência científica válida e uma nova comunidade científica, denominada como “comunidade científica ampliada”. E é essa relação de construção de conhecimento que se tem buscado construir com as comissões e a formação teórica.

Brito e Athayde (2020), sinalizam que na Comunidade científica ampliada, o pilar é a linguagem e que esta fosse comum tanto para os trabalhadores como para os técnicos em saúde,

sem essa linguagem comum de entendimento, não é possível que a investigação nos ambientes de trabalho seja promotora de transformação.

Foram 45 dias de treinamento se eu não me engano, que veio médico, enfermeiro, veio bastante gente pra fazer treinamento, a assistente social. Teve todo um treinamento um antes, levou 45 dias e porque teve semana que não conseguia ser todos os dias, entendeu?! Mas teve treinamento, vieram pessoas capacitadas, orientar como deveria ser feito. Você sabe, mudança, quando a gente tem que mudar isso é um pouco difícil, tem que levar com jeitinho, conversando com o trabalhador, até. Não é chegar a ferro e fogo fazendo a mudança, tem que ser gradativamente (participante 02).

A formação organizada pela CST, coaduna com a concepção de “Comunidades Ampliadas de pesquisa” (CAP), uma derivação do conceito de Comunidade Científica Ampliada advinda do MOI, formulada por Oddone *et al* (2020) como exposto. Essa concepção constitui-se em um dispositivo metodológico que tem início no âmbito do Programa de Formação em Saúde, Gênero e Trabalho nas Escolas. Essa abordagem concilia pesquisas científicas e formação de trabalhadores, tendo como foco as relações entre trabalho e saúde nas situações concretas de trabalho que vivenciam. Seu principal propósito é compreender e transformar as relações entre o trabalho e os processos de saúde-doença, reunindo pesquisadores e trabalhadores em processo conjunto de análise (SOUZA *et al*, 2020).

Pensar como seria os primeiros passos da CISTT, foi pensado esse processo formativo, de muitos encontros, encontros elaborados por temas, as aulas eram quinzenais e a gente alternava, uma semana de reunião da CISTT e uma semana de aula. É isso, mais ou menos quatro horas semanais de comprometimento de agenda. E a gente foi até o primeiro semestre de 2021 com essas aulas e as pautas eram da mesma composição da CISTT, de uma reflexão do que eram as aulas, então as pautas nesse período elas foram muito internas ainda, partindo do processo formativos que estávamos vivenciando e de questões ligadas a própria composição da CISTT (participante 05).

Em relação aos desafios enfrentados pelas CISTT, todos os participantes citaram a questão da carga horário de reunião, dos encontros, mesmo previsto pelo regimento, regulamentado e aprovado pelas unidades, os trabalhadores se viam mergulhados nos processos de trabalho, sem conseguirem separar tempo para as reuniões, foi extremamente difícil fazer com que a disponibilidade da maioria ou todos os membros fosse no mesmo dia e horário.

A gente colocou no regimento de destinar uma carga horária semanal para as atividades da comissão, ter esse período para que o trabalhador conseguisse se organizar semanalmente dentro daquela semana num período para qualquer atividade que a comissão precisasse realizar (participante 07).

E o que foi mais interessante nesse processo, foi a questão desses encontros que eu falei, mesmo a gente com dificuldade de agendas e ainda teve certa resistência da própria chefia, pois no regimento fala que esse trabalhador teria que ter 16 horas semanais para se dedicar a CISTT e infelizmente isso não ocorreu na sua totalidade, por

diversas razões as vezes o próprio trabalhador de perceber que ele teria que se organizar nas suas atividades e a própria chefia entender que ele teria que ter aquele tempo dentro da programação das atividades dele, para a CISTT (participante 05).

Uma outra questão dita como desafio, diz respeito aos demais trabalhadores das unidades se sentirem totalmente confiantes e à vontade em levar questões e situações para as comissões. Alguns por ainda não compreenderem e nem entenderam o que de fato é essa instância denominada como CISTT, outros por receio e medo de se exporem e perderem seus empregos, visto a fragilidade de vínculos existentes nas unidades.

Isso é uma barreira que precisa melhorar muito, tanto que pra essa segunda formação da comissão a gente fez uma divulgação junto com as ASCOM pra que as unidades soubessem o que é a CISTT, como essa comissão funciona, porque por mais que os trabalhadores saibam quem é o membro daquela área, é membro representada da nossa área na comissão (participante 03).

Outro apontamento, é sobre a falta de um espaço físico para a CISTT, que ao ver do trabalhador, melhoraria a forma como os demais trabalhadores se aproximariam da comissão, teriam um lugar de referência para procurar os representantes e também, para os próprios participantes da comissão.

Como a gente não tinha um espaço físico definido, ficava difícil, a gente não tem uma sala. A gente aqui tem uma sala de aula que é do mestrado, não temos essa sala disponível sempre, e não ter essa referência dificulta, se tivéssemos um local, independente se fosse a sala de alguém, mas que fosse uma referência para as pessoas saberem que ali é o local para encontrar alguém da comissão, falar com alguém (participante 03).

Um desafio para os trabalhadores é melhorar a efetividade da comunicação,

Eu acho que é um desafio hoje de forma que não chegue em uma chefia e ela não saiba que é CISTT. Como ela vai liberar esse trabalhador se eles nem sabem o que é? o que faz e a importância disso? Melhorar essa comunicação para acompanhar a rotatividade. A CISTT não pode morrer, precisa ser fortalecida em todos os aspectos (participante 03).

Como já citado, os membros da CISTT também perceberam que alguns trabalhadores desconheciam a existência da comissão na unidade.

Quando foi pra gente formar essa nova comissão e foi levado pro CD junto com a direção, vários chefes de serviços falaram que não sabiam o que era CISTT, o que é CISTT? já ouvi falar, mas não sei o que é. Pois, tiveram muitos chefes de serviços novos, trocou muita gente, em dois anos tivemos uma rotatividade muito grande. Então, realmente a pessoa entrou no meio, mudou a chefia também porque teve eleição de chefias e trocou todas as chefias justamente um ano após já ter iniciado a CISTT. E realmente teria que ter talvez essa percepção de que toda vez que trocar em eleição de direção, chefia, seja feito algum trabalho, alguma apresentação para essas novas

chefias (participante 03).

As pessoas podem ter recebido no WhatsApp ou no e-mail que existe a comissão, mas não sabem efetivamente o que é a comissão. As pessoas com quem a gente conversou, nossas reuniões foram muito legais, mas são limitadas (participante 05).

Além do desconhecimento de alguns trabalhadores em relação a existência das comissões, outro desafio exposto foi sobre a falta de compressão quanto ao papel da CISTT, a participação em determinados contextos e decisões, que de início não eram convidados a estarem envolvidos.

Processos dos quais uma comissão como essa é sempre requisitada, sempre convidada, acaba que lá fica sendo esquecida, então, a gente fica ali se validando, afirmando nosso papel. E buscando saber se naquela reunião, naquele colegiado, se a gente deveria participar e sim, deveria sim, nós vamos sendo esquecido, temos que ficar na vigilância pra mostrar o papel que essa comissão tem nessas questões de saúde do trabalhador, ou seja, a todo momento, inclusive pra direção, que estamos aqui, que existe a comissão também (participante 04).

Atualmente a rotatividade no mercado de trabalho tem sido grande, e nas unidades onde existem as comissões, isso não é diferente, com a saída de membros.

Eu acho que agora somos 6 ou 7 pessoas, um número bem reduzido, no regimento são 13 pessoas, então nós estamos pela metade e todo mundo trabalhando muito, a gente não tem tido tempo, o que nós fizemos foram essas reuniões e acompanhamos o caso de um trabalhador que estava pedindo para sair da escola por questões de adoecimento e que estava com mais dificuldade, ele já tinha passado pelo NUST, tinha o relatório do NUST, então a maneira como eu entendo que nós acompanhamos foi mais para dar um apoio a ele (participante 04).

Os próprios trabalhadores sinalizam a necessidade de a eleição ocorrer em ambas as unidades, compreendendo que sem essa eleição, não há de fato representatividade, visto que os trabalhadores não votaram, não escolheram de maneira democrática seus representantes.

E a outra coisa que já está no nosso panorama é a eleição, a gente entende que a gente tem que fazer e promover a eleição, isso tá no nosso projeto ano que vem, estamos esperando o retorno presencial pra fazer essa discussão (participante 07).

No que tange a essa questão da representatividade, foi citado sobre a dificuldade em integrar e alcançar os trabalhadores terceirizados.

A gente uma grande dificuldade da comissão que é integrar os terceirizados, inicialmente a gente tinha trabalhadores terceirizados, mas eles foram deixando (...) temos uma bolsista na comissão e ela quase não vai, convidamos, ela topou, mas não vai. Acaba sendo muito limitado. Eu acho que a gente consegue falar das dificuldades dos servidores e até atingir algumas dificuldades que sejam dos trabalhadores docentes terceirizados, porque é um trabalho semelhante ao nosso, não com a mesma proteção (participante 07).

Antunes e Druck (2015) sinalizam que a rotatividade em relação a trabalhadores terceirizados é muito grande no Brasil, o que se percebe também na instituição analisada.

Porque apesar do regimento estar contemplando esse olhar mais amplo dos trabalhadores, do nível de graduação ou de concurso público, a gente não estava conseguindo na primeira organização. E aí fizemos convites estratégicos e tivemos participantes da CISTT bem no início, alguns terceirizados, bolsista. (...) mas a gente está com dificuldade que tenha essa participação mais diversa, e a gente teve muita saída nesse um ano, não temos mais treze membros atuantes e entre os que saíram foram dois terceirizados (participante 07).

Os autores ainda pontuam que as informações levantadas por pesquisas realizadas em todo o país nos últimos 20 anos evidenciam de forma unânime a indissociabilidade entre terceirização e precarização do trabalho, tanto em investigações de natureza qualitativa, através de estudos de casos, quanto quantitativas, com o uso de estatísticas de fontes oficiais ou de instituições sindicais e do direito do trabalho. Atualmente, temos a terceirização irrestrita em todos os setores e instâncias, inclusive nas atividades fins, o que contribui para o aumento de terceirizados em instituições federais, e também no aumento da precarização do trabalho, em que se oferecem menos direitos e gasta-se menos com a contratação de força de trabalho. Assim, a terceirização está presente como fenômeno central, através do qual se demonstram as diferentes faces da precarização do trabalho (ANTUNES; DRUCK, 2015).

A gente está com dificuldade de ter essa diversidade, esse foi o primeiro desafio, que pode aparecer na época da eleição, mas que nem com convite a gente conseguiu manter e quando esses dois terceirizados estiveram conosco a sobrecarga de trabalho impossibilitou que eles continuassem (participante 05).

Como percebe-se no relato, os membros compreendem que a comissão é um avanço, mas que ainda está em processo de construção, não alcançando ainda todos os trabalhadores, não conseguindo discutir sobre situações de saúde, trabalho e vivências, acaba se limitando a maior representatividade existente na comissão da EPSJV, que é de docentes.

Assim como citado que alguns trabalhadores das unidades não sabiam da existência da comissão, um trabalhador cita o próprio processo vivenciado por eles enquanto membro, de estar conhecendo, aprendendo e compreendendo o que faz uma CISTT.

Depois que eu entrei, eu achei importante, porque a gente levanta a bandeira do trabalhador, a gente está ali pra defender o trabalhador, a gente não está ali pra amenizar nada pra chefia, não está ali pra maquiagem nada, então assim, isso foi importante pra mim e eu acredito que para as outras pessoas também. Política é uma merda né, muita coisa velada. Agora tenho uma observação, eu e umas outras pessoas que falávamos mais, expomos mais as situações porque a gente tinha um crachá laranja, a galera que era bolsista e CLT, a gente sentia que eles ficavam com medo eles seriam muito medo, porque beleza, ali no regulamento interna diz que a pessoas não pode ser demitida, não pode sofrer nenhum tipo de retaliação, mas a gente sabe que as pessoas tem medo

né, não está fácil de arranjar emprego e tudo mais, então eu sentia que muita gente ficava muito calado por isso, não falavam a verdade ou o que estava acontecendo por medo (participante 06)

Outro desafio para eles é a efetivação do mapa de risco, ambas as unidades relatam ser objetivo deles construir o mapa o mais breve possível.

No que se refere as ações e a implicância da pandemia, alguns trabalhadores das unidades permaneceram atuando de forma presencial e a comissão buscou acompanhar tanto esses trabalhadores que estavam indo presencialmente as unidades e o cuidado para não se contaminarem, assim como buscaram acompanhar os trabalhadores que ficaram em home office.

Nesse processo antes mesmo de começar o curso, nós já estávamos acompanhando algumas coisas dos trabalhadores presenciais, chegamos ir em algumas reuniões para ver como estava a questão do uso das máscaras, distribuição do álcool em gel, algumas distribuições, lá na escola a gente tem um comitê que estava monitorando esse pessoal que estava trabalhando presencial, que era pouca gente (o pessoal da secretária escolar, o pessoal da administração, pessoal da limpeza) e a gente acompanhou alguns processos do grupo de monitoramento (participante 07).

Tiveram trabalhadores que ficaram direto em home office e outros totalmente presenciais, e aí quando a gente se encontrava nas reuniões, vinham as mais diversas questões, não porque o trabalhador está em home office, está em casa que maravilha, não é bem assim. Alguns casos era ao contrário, era muito pior, era melhor o horário de 8h as 17h do que ficar em home office sem horário, 24h de domingo a domingo, eram reuniões e treinamentos, relatórios, cobranças, a falta de material e condições básicas de trabalho como estar sem internet, sem mesa, sem computador (...) ficar em casa foi difícil, foi estressante e nessas reuniões debatíamos e falávamos das duas realidades, com essa pressão de trabalho. Foi desgastante para todos (participante 05).

Assim, conforme Antunes (2020) expõe, a realidade e as condições objetivas de trabalho da maior parte da classe trabalhadora são outras, ou seja, são de exposição ao vírus para manter as condições financeiras mínimas para sobrevivência, ou de excesso de trabalho, acelerado e afluído pela pandemia, aumentando a exploração do trabalho pelo capital. Como percebemos, o trabalho remoto diante de todo o contexto foi feito de forma não planejada, e foi desta forma que os entrevistados sentiram. De um dia para o outro, o “inferno do trabalho” foi deslocado para o ambiente doméstico.

Oliveira e Oliveira (2022) afirmam quanto a incerteza, o excesso de carga horária da jornada laboral, o isolamento, a solidão, o afastamento de entes queridos, a escassez de contato humano para discussão e troca de experiências, o luto, a falta de estrutura para o trabalho remoto ou de EPIs para o trabalho presencial e a perda de poder reivindicativo, entre outros, podem levar a quadros como raiva, insegurança, frustração, medo, impotência e tantas outras reações, ocasionando sofrimento psíquico.

Para além do excesso de trabalho, conflito em relação a horários, um dos participantes expressou a falta que sentia em ter tido contato com os demais colegas de trabalho, o quanto as

ações da CISTT foram demarcadas pela pandemia, impedindo que a organização coletiva, a troca de experiências e vivência de situações, inclusive, o reconhecimento da comissão como representante dos trabalhadores, foi prejudicado por esta falta de contato presencial. Este fato coaduna com o que as autoras expressam sobre a fragmentação do trabalho. A dinâmica coletiva estabelecida aos interesses dos trabalhadores e das trabalhadoras tende a ser fortalecida quando se tem mais pessoas no ambiente; deste modo, a comunicação é mais simples. Neste sentido, o trabalho remoto promove a fragmentação do trabalho em favor do enfraquecimento das formas de organização coletiva.

Dentre as ações que a comissão desenvolveu, foi citado por exemplo apoiar a organização do trabalho durante a pandemia.

Na pandemia a gente conseguiu fazer a escala de pessoas, porque estava vindo muita gente na época, conversamos com direção pra diminuir o número de pessoas, ficar mais em home office, e acataram a ideia. Aqui na unidade tinha um tapume na frente das janelas, por causa da obra, e isso fechava a ventilação do prédio, a gente pediu a direção pra tirar os tapumes, e tiraram, com isso abriu mais as janelas pra entrar mais ventilação em tudo, então assim, de forma geral, sempre fomos bem acatados pela direção nesse sentido da nossa visão (participante 02).

A questão da covid né, a comissão teve um papel fundamental no cuidado das áreas, então a gente teve os membros que acompanhavam a sinalização das áreas, se a área tinha álcool em gel, se aquela área estava por exemplo com a quantidade de trabalhadores, superlotada, não superlotada, mas se seria mais perigoso pra transmissão da covid, então a gente teve esse olhar e contou com a ajuda da comissão, inclusive no nosso plano de convivência, tem lá (participante 02).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A atual conjuntura de reformas e contrarreformas na política brasileira que mais retiram direitos da classe trabalhadora do que os afirmam, o desgoverno bolsonarista atual, neste momento de ofensiva ultraliberal globalmente exacerbada, em que os países têm sido dominados por governos que servem ao capital, privatizando todas as fontes de riqueza e aprovando legislações que aumentam a precarização do trabalho, desemprego estrutural, novas formas de exploração e opressão da classe trabalhadora, a uberização, os cortes de direitos, as privatizações, precarização dos atendimentos públicos, desqualificação das instituições públicas e inviabilidade de desenvolvimento e crescimento de todas as políticas sociais restringindo direito, entre outros. É neste contexto que se insere o tema estudado neste trabalho, considerando as comissões de trabalhadores como estratégias organizativas coletivas para lutar contra tais situações.

O presente trabalho constatou as comissões como instrumento de participação democrática, enfatizando os limites e desafios enfrentados por tais comissões, que são muitos, como já sinalizados neste trabalho. Compreendemos que assim como os referenciais teóricos do campo expressam, toda conquista dos trabalhadores foi embasada em muita luta, em processos construídos ao longo do tempo, não se deram de forma rápida e simplistas. Assim o é com as comissões, elas estão em construção, cada trabalhador está vivenciando o processo de se reconhecer como um sujeito de poder, diante de toda conjuntura apresentada, mesmo em uma instituição pública, que em tese não visa lucro, mas que é demarcada como em tudo o é na sociedade capitalista, pela lógica do capital, adentrando a estas instituições e nos processos e formas organizativas de gestão do trabalho a lógica da velocidade, da alienação, do adoecer e de que o trabalhador é mero produtor de mercadorias, sendo trocado e descartado, com outro disponível a assumir seu cargo a qualquer momento.

É nesse cenário que as comissões se constituem e se implementam, buscando romper com a normalização do adoecimento pelo trabalho, buscando reconhecer o poder que o trabalhador tem sobre seu trabalho, e que é através da organização coletiva que isso pode ser modificado, requisitado, construindo articulações, reivindicando.

As comissões ora analisadas já sinalizam perspectivas para que se fortaleçam como representantes dos trabalhadores de forma mais concreta, com a eleição dos membros das comissões e não só a indicação por setores, como foi a organização destas duas primeiras formações das comissões. Compreende-se que elegendo seus representantes os próprios trabalhadores se

vejam representados, e este é o objetivo maior das comissões, serem essa instância representativa, participativa democraticamente constituída.

A constituição das comissões nas instituições públicas federais são um ganho imensurável como destacou uma participante, de fato o é, quando constatamos as normativas legais que a preveem, em um contexto onde tudo que se têm é opressão, desarticulação e destruição da classe trabalhadora, ter aparato legal para se constituir uma instância organizativa de trabalhadores é sim, um ganho, uma vitória e conquista sem descrição.

Diante dessa realidade cada vez mais complexa, o que se afirmar é a necessidade dos trabalhadores se apropriarem cada vez mais dos fundamentos teóricos da saúde do trabalhador para compreenderem as contradições e desafios que aparecem no cotidiano institucional de trabalho, se apropriarem do espaço aberto nas instituições federais ampliando e criando comissões Brasil a fora, se apropriando de seu poder decisório, lutando e contribuindo para acesso a trabalho que gerem vida e saúde.

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, E. T. **O processo de implementação da política de atenção à saúde do trabalhador em instituições públicas federais: o desafio da integralidade**. 2009. Dissertação (Mestrado e Saúde Coletiva) - Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2009.
- ANDREAZZI, M. F. S.; BRAVO, M. I. S. Privatização da gestão e organizações sociais na atenção à saúde. **Trabalho, Educação e Saúde** [online], v. 12, n. 03, p. 499-518, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sip00019>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/qTrtsRNKVsWJbMVrghXN93q/abstract/?lang=pt#>. Acesso em: 10 Jan 2022.
- ANTUNES, R. **Coronavírus Pandemia Capital**. São Paulo: Boitempo Editorial, 2020.
- ANTUNES, R.; DRUCK, G. A terceirização como regra. **Revista do Tribunal Superior do Trabalho**, São Paulo, v. 79, n. 4, p. 214-231, out/dez. 2013.
- ANTUNES, R.; DRUCK, G. A terceirização sem limites: a precarização do trabalho como regra. **O Social em Questão**, Rio de Janeiro, ano 18, n. 34. p. 19-40, 2015.
- BARROCO, M. L. S. Direitos humanos, neoconservadorismo e neofascismo no Brasil contemporâneo. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, ano 143, jan-abr. 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei Orgânica da Saúde** nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1991.
- BRASIL. Decreto nº 7.602, de 07 de novembro de 2011. Dispõe sobre Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho – PNSST. Brasília, DF, 2011.
- BRASIL. **Lei Orgânica da Saúde** nº 8142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema. Brasília, DF, 1991.
- BRASIL. **Portaria N° 2.728**, de 11 de novembro de 2009. Dispõe sobre a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) e dá outras providências. Brasília, DF, 2009.
- BRASIL. **Portaria n° 1.679**, de 19 de setembro de 2002. Dispõe sobre a Estruturação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador no SUS e dá outras providências. Brasília, DF, 2002.
- BRASIL. **Portaria n° 1.823**, de 23 de agosto de 2012. Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Brasília, DF, 2012.
- BRAVO, M. I. S.; PELAEZ, E. J.; PINHEIRO, W. N. As contrarreformas na política de saúde do governo Temer. **Argumentum**, Vitória, v. 10, n. 1, jan./abr. p. 9-23. 2018.
- CASTILHO, D. R.; LEMOS, E. L. S. Necropolítica e governo Jair Bolsonaro: repercussões na seguridade social brasileira. **Rev. Katálysis**, Santa Catarina, ano, 2, v.24, Mai-Ago. 2021.
- CORREIA, M. V. C. Por que ser contra aos novos modelos de gestão do SUS? In: BRAVO, M. I.S.; MENEZES, J. S. B. (org.). **Saúde na atualidade: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade**. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2011.
- COSTA, D.; LACAZ, F. A. C.; JACKSON FILHO, J. M. J.; VILELA, R. A. G. Saúde do Trabalhador no SUS: desafios para uma política pública. **Rev. bras. Saúde Ocup.**, São Paulo, v.38,n.127, p.11-30, [jan./jun.] 2013.
- FIOCRUZ. PORTARIA N° 486, de 26 de agosto de 2020. Estrutura organizacional e a distribuição de cargos. 2020. Disponível em: <http://www.direh.fiocruz.br/aplicativos/gcon-teudo/ata20200902175519.pdf>. Acesso em: 20 dez. 2021.

FIOCRUZ. **Coordenação de Saúde do Trabalhador**. 2020. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/saude-do-trabalhador>. Acesso em: 11 dez. 2021.

FIOCRUZ. **Organograma**. 2020 Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/organograma>. Acesso em: 11 dez. 2021.

GOMEZ, C. M.; LACAZ, F. A. C. Saúde do trabalhador: novas - velhas questões. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, n.4, p.797-807, 2005.

JUNIOR, F. B. Gestão do SUS: O que fazer? *In*: BRAVO, M. I.S.; MENEZES, J. S. B. (org.) **Saúde na atualidade**: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2011.

LACAZ, F. A. C. O campo Saúde do Trabalhador: resgatando conhecimentos e práticas sobre as relações trabalho-saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, n.4, p.757-766, abr. 2007.

LAURELL, A.C.; NORIEGA, M. **Processo de produção e saúde**: trabalho e desgaste operário. São Paulo: Hucitec, 1989.

LEÃO, L. H. C.; VASCONCELLOS, L. C. F. Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST): uma rede que não enreda. *In*: Vasconcelos, Luiz Carlos Fadel; Oliveira, Maria Helena Barros (orgs). **Saúde, trabalho e direito**: uma trajetória de crítica e a crítica de uma trajetória. Rio de Janeiro: Educam, 2011.

LEITÃO, I. M. T. A.; FERNANDES, A. L.; RAMOS, I. C. Saúde Ocupacional: Analisando os Riscos Relacionados à Equipe de Enfermagem Numa Unidade de Terapia Intensiva. **Ciência Cuidado e Saúde**, v.7, n.4, p. 476-484, Out/Dez. 2008.

MANDARINI, M. B.; ALVES, A. M.; STICCA, M. G. Terceirização e impactos para a saúde e trabalho: uma revisão sistemática da literatura. **Rev. psicol. Organ. Trab.** v.16, n.2, p.143-152, 2016.

MENDES, R.; DIAS, E.C. Da Medicina do Trabalho à Saúde do Trabalhador. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.25, n.5, p.341-9, 1991.

MINAYO-GOMEZ, C. THEDIM-COSTA, S. M. F. A construção do campo da saúde do trabalhador: percurso e dilemas. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, v.13, p.21-32, 1997.

NETTO, J. P. A construção do Projeto Ético-Político do Serviço Social. *In*: MOTA, Ana Elizabete *et al.*(orgs.). **Serviço Social e Saúde**: formação e trabalho profissional. São Paulo, Cortez, OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006, p. 141-160.

ODDONE, I. *et al.* **Ambiente de trabalho**: a luta dos trabalhadores pela saúde. Tradução Salvador Obiol de Freitas. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2020.

OLIVAR, M S P. Comissão de Saúde do Trabalhador e a Luta Sindical. *In*: Edvânia Ângela de Souza Lourenço. (org.). **Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora e Serviço Social**: estudos da relação trabalho e saúde no capitalismo contemporâneo. Campinas: Papel Social, 2016, p. 321-336.

OLIVAR, M. S. P.; OLIVEIRA, T. C. O Ano em que o mundo do trabalho parou? **Serviço Social em Perspectiva**, Montes Claros (MG), v. 6, n.1, jan./jun. 2022.

OLIVAR, M. S. P **Saúde do Tabalhador e Serviço Social**: estudo do trabalho dos assistentes sociais na Região Metropolitana do Rio de Janeiro. 2016. Tese (Doutorado em Curso de Doutorado em Serviço Social) - Faculdade de Serviço Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2016.

OSMO, A.; SCHRAIBER, L. B. O campo da Saúde Coletiva no Brasil: definições e debates em sua constituição. **Saúde e Sociedade**, v. 24, p. 205–218, jun. 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/QKtFb9PkdpcTnz7YNJyMzjN/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 03 Dez 2021.

PACHECO, M. V. **Uma análise da implementação da política de atenção à saúde e segurança do servidor público federal (PASS) com foco na equipe multiprofissional**. 2015. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Federal Fluminense, Rio de Janeiro, 2015.

PAIVA, C.; OLIVAR, M. Breves reflexões sobre a Saúde do Trabalhador no Serviço Público e a recente Política de Atenção à Saúde do Servidor do SIASS. **XII Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social**, 2010, Rio de Janeiro.

PAIVA, M. J.; VASCONCELOS, L. C. F. Modelo Operário Italiano: o surgimento do campo da saúde do trabalhador. *In*: VASCONCELLOS, L. C. F.; BARROS, M. H.; BARROS (orgs.). **Saúde, trabalho e direito** - Uma trajetória crítica e a crítica de uma trajetória. Rio de Janeiro: Educam, 2011.

PINA, J. A. *et al.* Movimento Operário na Luta pela Saúde no Brasil: O Atramento Sindical no Estado em Questão. *In*: ODDONE *et al.* (orgs.). **Ambiente de trabalho: a luta dos trabalhadores pela saúde**. 2. ed. - São Paulo: Hucitec, 2020.

REDE nacional de atenção à saúde do trabalhador. **Manual de gestão e gerenciamento**. São Paulo, SP: [s. n.], 2006. 82 p. Disponível em: <http://renastonline.ensp.fiocruz.br/recursos/manual-gestao-gerenciamento-rede-nacional-atencao-integral-saude-trabalhador>. Acesso em: 12 Nov. 2021.

SOUZA, K. R. *et al.* O modelo Operário Italiano e Gramsci: a Pedagogia da Luta dos Trabalhadores pela Saúde. *In*: ODDONE, I. *et al.* (orgs.). **Ambiente de trabalho: a luta dos trabalhadores pela saúde**. 2. ed. - São Paulo: Hucitec, 2020.

SOUZA, Kátia Reis de *et al.* Oficinas em saúde do trabalhador: ação educativa e produção dialógica de conhecimento sobre trabalho docente em universidade pública. **Rev. bras. saúde Ocup.**, São Paulo, v. 45, n. 4, 2020. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0303-76572020000100200&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 15 jan. 2022.

SOUZA, K. R. *et al.* Oficinas em saúde do trabalhador: ação educativa e produção dialógica de conhecimento sobre trabalho docente em universidade pública. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional** [online]. v.45, 2020.

STOTZ, E. N; PINA, J. A. Experiência operária e ciência na luta pela saúde e a emancipação social. **Rev Bras Saude Ocup**, v. 42, 2017.

VASCONCELLOS, L. C. F.; AGUIAR, L. Saúde do Trabalhador: necessidades desconsideradas pela gestão do Sistema Único de Saúde. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v.41, n.113, p. 605-617, abr-jun. 2017.

VASCONCELLOS, L. C. F.; RIBEIRO, F. S. N. A construção e a institucionalização da saúde do trabalhador no Sistema Único de Saúde. *In*: Vasconcelos, Luiz Carlos Fadel; Oliveira, Maria Helena Barros (orgs.). **Saúde, trabalho e direito: uma trajetória de crítica e a crítica de uma trajetória**. Rio de Janeiro: Educam, 2011.

VASCONCELOS, L. C. F. Entre a saúde ocupacional e a saúde do trabalhador: as coisas nos seus lugares. *In*: VASCONCELOS, L.C. F.; BARROS, M.H. (orgs.). **Saúde, Trabalho e Direito: uma trajetória crítica e a crítica de uma trajetória**. Rio de Janeiro: Educam, 2011.

VASCONCELOS, Luiz Carlos Fadel. Entre a saúde ocupacional e a saúde do trabalhador: as coisas nos seus lugares. In: VASCONCELOS, L.C. F.; OLOVERIRA, M. H. B. (orgs). **Saúde, trabalho e direito**: uma trajetória de crítica e a crítica de uma trajetória. Rio de Janeiro: Educam, 2011.

VIANA, A. A. **A participação social dos trabalhadores do serviço público federal no Rio de Janeiro na luta pela saúde e o Fórum SIASS/RJ**: Um olhar sob a perspectiva da saúde do trabalhador. 2017. Dissertação (Mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2017.

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



Prezado(a) participante,

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa “As Comissões Internas de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora como instrumentos de participação democrática”, em função de sua participação como membro de Comissão Interna de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora de uma das unidades da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz): Instituto de Ciência e Tecnologia em Biomodelos (ICTB) ou da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV). Esta pesquisa está sendo desenvolvida pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/Fiocruz), sob a responsabilidade da pesquisadora Thaís Cândido de Oliveira e orientação da pesquisadora Dr. Mônica Simone Pereira Olivar.

O objetivo desta pesquisa é analisar como as Comissões Internas de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora de uma instituição pública federal do município do Rio de Janeiro efetivam a participação democrática dos trabalhadores, conhecer como ocorreu a instituição/organização das comissões e identificar os desafios e limitações enfrentados pelas Comissões Internas de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. A pesquisa será realizada por meio de entrevista com trabalhadores e trabalhadoras membros de uma das comissões e terá duração 30 a 60 minutos. Sua participação é voluntária, ou seja, não é obrigatória. Você tem autonomia para decidir se quer ou não participar da pesquisa, bem como poderá retirar sua participação a qualquer momento durante sua realização, sem prejuízos ou sanção. Você não será penalizado(a) de nenhuma maneira caso decida não consentir sua participação, ou desistir da mesma. Contudo, ela é muito importante para o campo da Saúde do Trabalhador. Se aceitar participar, serão tomados os cuidados necessários para assegurar a confidencialidade e privacidade das informações por você prestadas. Suas respostas serão guardadas no computador pessoal da pesquisadora, que é protegido por senha e serão acessadas somente pela pesquisadora e sua orientadora. Seu nome não será registrado, um código será atribuído a sua entrevista, portanto sua identidade não será revelada nos resultados obtidos, relatórios e publicações resultantes desta pesquisa. É importante destacar que a qualquer momento da pesquisa você poderá solicitar informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa mediante os contatos explicitados neste termo. Você não ganhará nada para participar desta pesquisa. Em caso de qualquer tipo de dano resultante de sua participação na pesquisa, você terá direito à assistência e a buscar indenização por meio das vias judiciais e/ou extrajudiciais conforme previsto no Código Civil Lei 10,406 DE 2002, Artigos 927 e 954 e Resolução CNS/MS nº 510 de 2016 art. 19.

Rubrica do pesquisador: _____

Rubrica do participante: _____

para posterior transcrição e armazenamento em arquivos. A gravação é condição para a participação na pesquisa, portanto, ao assinar o termo, concordará automaticamente com ela. Todo o material será mantido por cinco anos em um banco de dados da pesquisa sob a responsabilidade da pesquisadora.

Os riscos da participação em uma pesquisa variam conforme seu objeto, objetivos e metodologia. A pesquisa em questão pode ter um risco de identificação indireta das respostas pelo número reduzido de membros nas comissões, o que será mitigado pela codificação das entrevistas e divulgação dos resultados de forma agregada. Além deste, existe o risco de provocar algum desconforto em relação ao tema investigado por se tratar de um conteúdo que diz respeito ao modo de vida das pessoas. Sendo assim, a pesquisadora estará atenta à necessidade de interromper ou alterar o curso da entrevista, respeitando a singularidade de cada participante e/ou situação. Existe ainda o risco de desconforto e cansaço com o tempo de entrevista, que podem ser mitigados com a interrupção desta quando desejar e a continuidade em outro momento, ou após um período de pausa. Como a entrevista é presencial e há o risco de contaminação por Covid-19, adotaremos os seguintes cuidados no sentido de mitigar esse risco: como uso de máscara por ambos, pesquisadora e entrevistado; uso de álcool em gel para higienização das mãos; limitação de duas pessoas no espaço destinado à entrevista; sala ventilada; distanciamento; espaço higienizado; verificação da temperatura e cancelamento da entrevista, no caso de temperatura superior a 37°C ou em caso de presença de sintoma suspeito de síndrome gripal. O benefício da pesquisa será indireto e refere-se à oportunidade de identificação dos limites e potencialidades das ações desenvolvidas pelas comissões internas de saúde do trabalhador e da trabalhadora a fim de pensar estratégias de promoção e reprodução das comissões em demais locais de trabalho.

Os resultados desta pesquisa poderão contribuir na análise da realidade social dos trabalhadores verificando de que forma ocorrem a participação ativa dos sujeitos sobre suas condições de saúde e trabalho e como essas comissões são instrumentos de poder político dos trabalhadores efetivando maior decisão e direção sobre seu trabalho. A devolução dos resultados da pesquisa ocorrerá através das reuniões das próprias comissões, combinando previamente um momento oportuno entre os componentes para apresentar os resultados a todos os integrantes. Por fim, esta pesquisa está pautada na resolução CNS nº 510/2016, que aborda a pesquisa com seres humanos.

Rubrica do pesquisador: _____

Rubrica do participante: _____

Este Termo é redigido em duas vias, sendo uma para o participante e outra para a pesquisadora. Todas as páginas deverão ser rubricadas pelo participante da pesquisa e pelo pesquisador do campo, com ambas as assinaturas apostas na última página.

Em caso de dúvida quanto à condução ética deste estudo, entre em contato com os Comitês de Ética de Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (CEP/ENSP) ou com o Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (CEP/EPSJV). Os Comitês são formados por grupo de pessoas que tem por objetivo defender os interesses dos participantes das pesquisas em sua integridade e dignidade e assim, contribuir para que sejam seguidos padrões éticos na realização de pesquisas.

Tel. e Fax do CEP/ENSP: (21)2598-2863

Endereço ENSP/FIOCRUZ: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 – Térreo – Manguinhos – Rio de Janeiro – RJ – CEP: 21041-210

E-mail: cep@ensp.fiocruz.br / <http://www.ensp.fiocruz.br/etica>

Tel. e Fax do CEP/EPSJV: (21)3865-9710 Fax: (21)3865-9729

Endereço EPSJV/FIOCRUZ: Avenida Brasil, 4365 – Manguinhos – Rio de Janeiro – RJ – CEP: 21040-900

E-mail: cep.epsjv@fiocruz.br

Contato com o a pesquisadora responsável– Thaís Candido de Oliveira
Tel.:(21)987319599 - E-mail: thaiscandido.tc@gmail.com

Rio de Janeiro _____ de _____ de 2021.

Assinatura do pesquisador: _____

Nome do pesquisador: _____

Declaro que entendi os objetivos, os riscos e condições de minha participação na pesquisa intitulada “As Comissões Internas de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora como instrumentos de participação democrática” e concordo em participar:

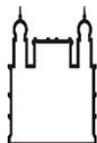
Assinatura do participante: _____

Nome do participante: _____

Rubrica do pesquisador: _____

Rubrica do participante: _____

ANEXO A – Roteiro de Entrevista Semiestruturada com Trabalhadores e Trabalhadoras Participantes de Comissão Interna de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora



Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



Data da entrevista: ____/____/____

DADOS GERAIS

Sexo: () Feminino () Masculino Outro: _____

Raça/cor: _____

Data de nascimento: ____/____/____ Idade: _____

Escolaridade: () Analfabeto () 1ª a 4ª série incompleta EF () 4ª série completa EF

() 5ª a 8ª incompleta da EF () EF completo () Ensino médio incompleto

() Ensino médio completo () Educação superior incompleta () Educação superior completa

() Pós-graduação / especialização () Mestrado () Doutorado

() Outros _____

INFORMAÇÕES RELACIONADAS AO TRABALHO

Ocupação atual: _____ Cargo: _____

Tempo de Ocupação: _____

Tipo de Vínculo: () Estatutário () Cooperativado () Terceirizado () Celetista

() Comissionado () Contratado () outro: _____

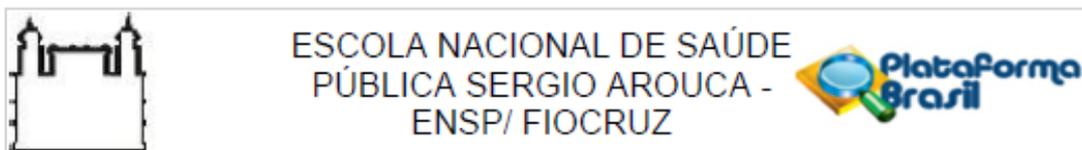
Carga horária semanal: _____ () Plantonista () Diarista

Tem descanso? () Sim () Não Quantas horas? _____

PERGUNTAS NORTEADORAS

1. O que você entende como Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora?
2. Você participou da implementação da Comissão Interna de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora em sua unidade? Se sim, conte-me um pouco sobre esse processo.
3. Quais as dificuldades enfrentadas para a implementação da Comissão Interna de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora em sua unidade?
4. Há quanto tempo você é membro da Comissão Interna de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora em sua unidade?

5. Participou de curso de formação para integrar a Comissão Interna de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora? Se sim, como foi essa experiência?
6. Qual sua percepção em relação as ações desempenhadas pela Comissão Interna de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora em sua unidade?
7. Quais principais mudanças no local, processo e condições de trabalho após a implementação da Comissão Interna de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora?
8. Sente que foi possível incorporar os conhecimentos e experiências dos trabalhadores nas ações em saúde do trabalhador?
9. Sente que com a Comissão Interna de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora os trabalhadores na unidade tiveram mais autonomia e qualidade no trabalho?
10. Com a Comissão Interna de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora os trabalhadores da unidade tiveram maior poder decisão sobre situações de saúde e trabalho?
11. Gostaria de falar sobre mais alguma informação que ache importante?

ANEXO B – Parecer Aprovado – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: As Comissões Internas de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora como instrumentos de participação democrática

Pesquisador: THAIS CANDIDO DE OLIVEIRA

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 51393521.0.0000.5240

Instituição Proponente: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.085.492

Apresentação do Projeto:

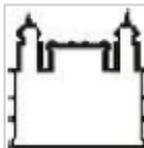
Este parecer se refere a análise de resposta às pendências, emitidas pelo CEP/ENSP no parecer número 5.031.928, em 11/10/2021.

O projeto de pesquisa em tela obteve anteriormente o seguinte parecer consubstanciado do CEP/ENSP: Parecer número 4.981.972, de 17/09/2021 (parecer de pendências).

Projeto de Conclusão da Residência Multiprofissional em Saúde do Trabalhador, de Thaís Cândido de Oliveira, orientado por Mônica Simone Pereira Olivar e financiamento próprio, no valor de R\$3.527,00.

RESUMO

"As Comissões Internas de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora são importantes instrumentos de organização coletiva e de reivindicações dos trabalhadores por melhores condições de trabalho e saúde. São bastante diversas as formas de organização, indo desde os comitês de bairro, até os sindicatos e partidos. Dentro desse conjunto de organismos de massa, um deles tem-se mostrado muito importante: trata-se da organização dos trabalhadores em seus locais de trabalho. O projeto de pesquisa ora apresentado tem como objeto as Comissões Internas de Saúde



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE
PÚBLICA SERGIO AROUCA -
ENSP/ FIOCRUZ



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: As Comissões Internas de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora como instrumentos de participação democrática

Pesquisador: THAIS CANDIDO DE OLIVEIRA

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 51393521.0.0000.5240

Instituição Proponente: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.085.492

Apresentação do Projeto:

Este parecer se refere a análise de resposta às pendências, emitidas pelo CEP/ENSP no parecer número 5.031.928, em 11/10/2021.

O projeto de pesquisa em tela obteve anteriormente o seguinte parecer consubstanciado do CEP/ENSP:

Parecer número 4.981.972, de 17/09/2021 (parecer de pendências).

Projeto de Conclusão da Residência Multiprofissional em Saúde do Trabalhador, de Thaís Cândido de Oliveira, orientado por Mônica Simone Pereira Olivar e financiamento próprio, no valor de R\$3.527,00.

RESUMO

"As Comissões Internas de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora são importantes instrumentos de organização coletiva e de reivindicações dos trabalhadores por melhores condições de trabalho e saúde. São bastante diversas as formas de organização, indo desde os comitês de bairro, até os sindicatos e partidos. Dentro desse conjunto de organismos de massa, um deles tem-se mostrado muito importante: trata-se da organização dos trabalhadores em seus locais de trabalho. O projeto de pesquisa ora apresentado tem como objeto as Comissões Internas de Saúde



Continuação do Parecer: 5.085.492

do Trabalhador e da Trabalhadora como forma de instrumento de participação democrática e organização política de trabalhadores no que diz respeito a conquistas por melhores condições de trabalho".

PARTICIPANTES: 10 trabalhadores, membros titulares ou suplentes das CISTT do ICTB e da EPSJV.

METODOLOGIA PROPOSTA:

"estudo descritivo, com abordagem qualitativa, que será realizado por meio de entrevista e pesquisa documental, tendo como universo de estudo, as Comissões Internas de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora do Instituto de Ciência e Tecnologia em Biomodelos (ICTB) e da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV), unidades da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), implementadas nos anos de 2018 e 2019, respectivamente". A pesquisa documental terá como base o levantamento e análise de documentos oficiais das CISTT, como: regimento interno, atas e relatórios, alguns de acesso restrito. Nas entrevistas semiestruturadas, com duração entre 30 a 60 minutos, as perguntas foram elaboradas com base na bibliografia relacionada a Saúde do Trabalhador, com dados sobre a caracterização social dos participantes, além de questões quanto a percepção dos membros das comissões sobre condições e organização do trabalho, ambiente e processo de trabalho, constituição e implantação da comissão, e participação na comissão, entre outras. "Os participantes da pesquisa serão abordados e convidados a partir da indicação feita por um dos representantes da CISTT da unidade participante, previamente selecionado pela assessoria prestada pela Coordenação de Saúde do Trabalhador (CST), que disponibilizará contato telefônico e e-mail. Ou, diretamente nos locais de trabalho, no Instituto de Ciência e Tecnologia em Biomodelos (ICTB) e na Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV), seguindo a mesma lógica de indicação. A aplicação do instrumento de pesquisa será interrompida pelo critério de saturação, ou seja, quando as concepções, explicações e sentidos atribuídos pelos sujeitos começam a ter uma regularidade de apresentação".

METODOLOGIA DE ANÁLISE DE DADOS:

"Para análise dos dados desta pesquisa será utilizada a técnica de análise de conteúdo que conforme Silva e Fossá (2015) apud Bardin (1977) é uma técnica de análise das comunicações, que irá analisar o que foi dito nas entrevistas ou observado pelo pesquisador, buscando classificar os dados em temas ou categorias que auxiliam na compreensão do que está por trás dos discursos.



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE
PÚBLICA SERGIO AROUCA -
ENSP/ FIOCRUZ



Continuação do Parecer: 5.085.492

nas comissões, que será mitigado com a codificação e retirada de falas que se relacionem o cargo/função, além da divulgação consolidada dos resultados. Devido à realização presencial das entrevistas e o risco de contaminação por Covid-19, medidas de proteção sanitária serão adotadas, como uso de máscara por ambos, pesquisadora e entrevistado; uso de álcool em gel para higienização das mãos; limitação de duas pessoas no espaço destinado à entrevista; sala ventilada; distanciamento; espaço higienizado; verificação da temperatura e cancelamento da entrevista, no caso de temperatura superior a 37°C ou em caso de presença de sintoma suspeito de síndrome gripal. As entrevistas com os participantes da pesquisa poderão suscitar alguma sensibilidade ou desconforto em relação ao tema, especialmente por se tratar de um assunto que envolve o modo de vida das pessoas, suas dificuldades, e seus ambientes de trabalho. Desta forma, a pesquisadora estará atenta para interromper ou alterar o curso da entrevista, respeitando a singularidade de cada participante e de cada situação. O desconforto e o cansaço com o tempo de entrevista podem ser mitigados com a interrupção desta quando o participante desejar e a continuidade em outro momento, ou após um período de pausa".

Benefícios:

"O benefício da pesquisa será indireto e refere-se à oportunidade de identificação dos limites e potencialidades das ações desenvolvidas pelas comissões internas de saúde do trabalhador e da trabalhadora, a fim de pensar estratégias de promoção e Vigilância em Saúde do Trabalhador e reprodução das comissões em demais locais de trabalho".

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O protocolo de pesquisa apresenta todos os elementos necessários e adequados à apreciação ética e as pendências emitidas no parecer anterior foram atendidas.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Para elaboração deste parecer de aprovação, foi analisado o Formulário da Plataforma Brasil nomeado PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1818104.pdf, postado em 28/10/2021. E o formulário de resposta às pendências nomeado Formularioresp_pend_parecer_5031928.doc, postado em 19/10/2021.

Na apresentação inicial foram apresentados e APROVADOS os seguintes documentos, postados na Plataforma Brasil:

- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido sem marcações (TCLE), nomeado TERMO_CONSENTIMENTO_LIVRE_ESCLARECIDO_VERSAOFINAL.pdf, postado em 19/10/2021;

- Termo de anuência da instituição coparticipante Instituto de Ciência e Tecnologia em biomodelos, nomeado TermodeanuencialCTB.pdf, postado em 19/10/2021.

Recomendações:

Vide item "Considerações Finais a critério do CEP".

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Para elaboração deste parecer, as pendências emitidas no parecer consubstanciado número 5.031.928, de 11/10/2021, foram analisadas conforme abaixo:

1. Item de pendência 1: "Foi solicitado e corrigido o nome do responsável pela instituição coparticipante Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV). Porém foi adicionada a instituição coparticipante Fundação Oswaldo Cruz e colocado o nome do diretor do Instituto de Ciência e Tecnologia em Biomodelos (ICTB), como responsável. O ICTB não tem Comitê de Ética em Pesquisa, logo não há necessidade de adicioná-lo na Plataforma Brasil, sendo necessário somente sua anuência. Deixar, na Plataforma Brasil, somente a EPSJV como instituição coparticipante.

Resposta da pendência 1: "Retirei da Plataforma Brasil o ICTB como instituição coparticipante".

ANÁLISE DO CEP: a pesquisadora retirou a Fundação Oswaldo Cruz como instituição coparticipante:
PENDÊNCIA ATENDIDA

3. Item de pendência 3: "a pesquisadora não apresentou nova declaração de compromisso de entrega dos termos de anuência com os nomes discriminados das instituições, nas quais serão realizadas etapas da pesquisa. Optou por anexar os termos de anuência. Anexou os termos de anuência da EPSJV e da CST/COGEPE, que estão adequados. Porém, não foi localizado o termo de

emissão do parecer de aprovação do respectivo CEP para que possa ser iniciado no referido campo de pesquisa.

Considerações Finais a critério do CEP:

1* Em atendimento a Resolução CNS nº 466/2012, cabe ao pesquisador responsável pelo presente estudo elaborar e apresentar ao CEP RELATÓRIOS PARCIAIS (semestrais) e FINAL. Os relatórios compreendem meio de acompanhamento pelos CEP, assim como outras estratégias de monitoramento, de acordo com o risco inerente à pesquisa. O relatório deverá ser enviado pela Plataforma Brasil em forma de "notificação". Os modelos de relatórios (parciais e final) que devem ser utilizados encontram-se disponíveis na página eletrônica do CEP/ENSP (<https://cep.ensp.fiocruz.br/>)

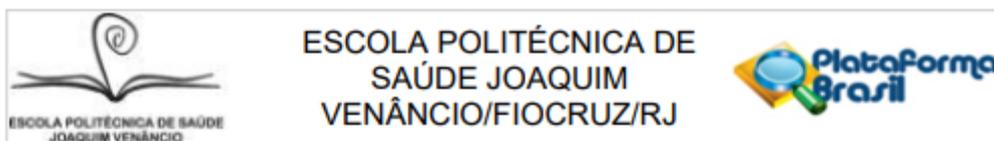
2* Qualquer necessidade de modificação no curso do projeto deverá ser submetida à apreciação do CEP, como EMENDA. Deve-se aguardar parecer favorável do CEP antes de efetuar a/s modificação/ões.

3* Justificar fundamentadamente, caso haja necessidade de interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

4* O Comitê de Ética em Pesquisa não analisa aspectos referentes a direitos de propriedade intelectual e ao uso de criações protegidas por esses direitos. Recomenda-se que qualquer consulta que envolva matéria de propriedade intelectual seja encaminhada diretamente pelo pesquisador ao Núcleo de Inovação Tecnológica da Unidade.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Outros	ThaisCandidodeOliveira_FR.pdf	08/11/2021 13:16:03	Cassius Schnell Palhano Silva	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMACOES_BASICAS_DO_PROJETO_1818104.pdf	28/10/2021 11:00:16		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO_CONSENTIMENTO_LIVRE_E_SCLARÉCIDO_VERSAOFINAL.pdf	19/10/2021 09:18:40	THAIS CANDIDO DE OLIVEIRA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura	PROJETO_DETALHADO_MODIFICADO.pdf	19/10/2021 09:17:06	THAIS CANDIDO DE OLIVEIRA	Aceito

ANEXO C – Parecer Aprovado - Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****Elaborado pela Instituição Coparticipante****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA****Título da Pesquisa:** As Comissões Internas de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora como instrumentos de participação democrática**Pesquisador:** THAIS CANDIDO DE OLIVEIRA**Área Temática:****Versão:** 2**CAAE:** 51393521.0.3001.5241**Instituição Proponente:** Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/FIOCRUZ**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio**DADOS DO PARECER****Número do Parecer:** 5.186.896**Apresentação do Projeto:**

O estudo investiga as comissões internas de saúde do trabalhador e da trabalhadora enquanto mecanismos de participação social democrática e forma de organização e luta dos trabalhadores. Tais comissões são entendidas como estratégias de ampliação de autonomia e contribuem para a melhoria das condições de trabalho e saúde, tendo o trabalhador como protagonista dos processos de mudança, colocando em foco as experiências individuais e coletivas no processo de constituição das comissões e as ações em prol de uma melhor qualidade de vida e trabalho.

Refletir essa e outras formas de organização de trabalhadores tem sido imprescindível visto a aceleração da exploração e precarização do trabalho. A Saúde do Trabalhador enquanto campo de conhecimento e ação política desenvolveu-se inspirada no Modelo Operário Italiano e nas lutas reivindicatórias da classe trabalhadora, que influenciaram e redirecionaram o debate das relações saúde-trabalho no século XX. Esse campo de conhecimento tem como objeto o processo saúde e doença dos grupos humanos em sua relação com o trabalho (MENDES e DIAS, 1991; OLIVAR, 2016). Assim, a Saúde do Trabalhador, conforme Vasconcelos (2011) nos expõe, surgiu como fruto de crítica ao modelo trabalhista-previdenciário histórico, cuja identidade está fortemente vinculada aos campos técnicos da medicina do trabalho e da saúde ocupacional. Com vistas a sua superação tem-se iniciativas de luta por ampliação dos direitos à saúde no trabalho e, nessa linha crítica e contra hegemônica, as principais iniciativas de luta por ampliação dos direitos à saúde no trabalho ocorreram na Itália, a partir dos anos 1960, com o surgimento do movimento operário

italiano, apoiado pelo Partido Comunista Italiano. A configuração de um novo modelo de abordagem das relações saúde-trabalho foi sendo estruturada pela organização operária com a concorrência de intelectuais acadêmicos e atores políticos, resultando no denominado “Modelo Operário Italiano” (MOI), moldando e conceituando os princípios em Saúde do Trabalhador em diversos países como no Brasil. Assim, não resta dúvida de que o capitalismo do século XXI, suas contradições e crises, continua suscitando a necessidade de fundamentação crítica, autônoma e emancipatória dos trabalhadores. O campo de conhecimento da saúde do trabalhador, assim como a forma de organização dos trabalhadores abordada neste trabalho tem como pressuposto histórico e teórico, como já sinalizado, os aspectos pedagógicos do aporte gramsciano e do MOI, estes são tidos como parte do patrimônio teórico, histórico e político da classe trabalhadora. Portanto, permanece em aberto a possibilidade de atualizarmos e experimentarmos tais experiências organizativas, e nas palavras de Gramsci, “Precisamos criticar o passado, a fim de ser mais forte no futuro e vencer” (GRAMSCI, 2004b, p. 235), pois a história é um, ininterrupto, processo de libertação e emancipação social da classe trabalhadora (SOUZA; MENDONÇA, 2013).

No que tange à metodologia, trata-se de estudo em estudo descritivo, com abordagem qualitativa, que será realizado por meio de entrevista e pesquisa documental, tendo como universo de estudo, as Comissões Internas de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora do Instituto de Ciência e Tecnologia em Biomodelos (ICTB) e da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV), unidades da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), implementadas nos anos de 2018 e 2019, respectivamente.

O delineamento metodológico qualitativo, conforme Minayo (2016), responde a questões muito particulares. Ocupa-se com o universo dos significados, dos motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes. Para a coleta de dados serão utilizadas fontes primárias e secundárias.

A pesquisa documental terá como base o levantamento e análise de documentos oficiais das Comissões Internas de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, como: regimento interno, atas e relatórios, alguns de acesso restrito.

A entrevista possibilitará informações diretamente construídas no diálogo com os indivíduos entrevistados e tratará das reflexões dos próprios sujeitos sobre a realidade que vivenciam (MINAYO, 2016). Sendo assim, serão realizadas entrevistas semiestruturadas que combinam perguntas fechadas e abertas, possibilitando ao entrevistado e entrevistador discorrerem sobre o tema abordado de forma mais livre. As perguntas foram elaboradas com base na bibliografia relacionada a Saúde do Trabalhador versando com dados que dizem respeito a caracterização social dos participantes, além de questões quanto a percepção dos membros das comissões sobre

condições e organização do trabalho, ambiente e processo de trabalho, constituição e implantação da comissão, e participação na comissão entre outras.

Os participantes da pesquisa serão abordados e convidados a partir da indicação feita por um dos representantes da CISTT da unidade participante, previamente selecionado pela assessoria prestada pela Coordenação de Saúde do Trabalhador (CST), que disponibilizará contato telefônico e e-mail. Ou, diretamente nos locais de trabalho, no Instituto de Ciência e Tecnologia em Biomodelos (ICTB) e na Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV), seguindo a mesma lógica de indicação.

As entrevistas terão duração de 30 a 60 minutos e serão realizadas no campus da Fiocruz, nas dependências das unidades ICTB e EPSJV ou da Coordenação em Saúde do Trabalhador (CST) - Fiocruz, conforme combinado, de acordo com a preferência dos entrevistados, em salas que permitam a confidencialidade da conversa e realizando as medidas de proteção sanitária definidas para pandemia de Covid-19.

Os critérios de inclusão são: trabalhadores e/ou trabalhadoras maiores de 18 anos, que sejam membros das comissões internas do ICTB e/ou EPSJV. Como critérios de exclusão o fato de não aceitar participar da pesquisa ou aceitar e se recusar a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), ser membro das comissões em período menor ou igual a 6 meses.

Como a pesquisa será realizada presencialmente, os participantes e a pesquisadora responsável assinarão as duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), após a leitura conjunta e os devidos esclarecimentos. O participante será orientado a guardar a sua via para consulta e acesso aos contatos da pesquisadora e dos Comitês de Ética em Pesquisa envolvidos. A coleta de dados iniciará somente após a aprovação pelos dois comitês de ética em pesquisa da Fiocruz.

As comissões têm aproximadamente 27 trabalhadores entre membros titulares e suplentes ao todo. Neste estudo, pretende-se entrevistar ao menos 10 trabalhadores. A aplicação do instrumento de pesquisa será interrompida pelo critério de saturação, ou seja, quando as concepções, explicações e sentidos atribuídos pelos sujeitos começam a ter uma regularidade de apresentação. Assim, nesta pesquisa qualitativa, o universo em questão não são os sujeitos em si, mas as suas representações, conhecimentos, práticas, comportamentos e atitudes, na qual a quantidade de participantes não interfere, mas sim as suas percepções, conhecimentos e práticas, não tendo amostra representativa para essa totalidade (MINAYO, 2016).

Objetivo da Pesquisa:**Objetivo Primário:**

Analisar como as Comissões Internas de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora de uma instituição pública federal do município do Rio de Janeiro efetivam a participação democrática dos trabalhadores.

Objetivo Secundário:

1. Conhecer como ocorreu a instituição/organização das Comissões Internas de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora de uma instituição pública federal do município do Rio de Janeiro;
2. Identificar os desafios e limitações enfrentados pelas Comissões Internas de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora para efetivar a participação democrática de uma instituição pública federal do município do Rio de Janeiro.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:**Riscos:**

Existe o risco de identificação indireta dos participantes, pelo número reduzido de trabalhadores nas comissões, que será mitigado com a codificação e retirada de falas que se relacionem o cargo/função, além da divulgação consolidada dos resultados. Devido à realização presencial das entrevistas e o risco de contaminação por Covid-19, medidas de proteção sanitária serão adotadas, como uso de máscara por ambos, pesquisadora e entrevistado; uso de álcool em gel para higienização das mãos; limitação de duas pessoas no espaço destinado à entrevista; sala ventilada; distanciamento; espaço higienizado; verificação da temperatura e cancelamento da entrevista, no caso de temperatura superior a 37°C ou em caso de presença de sintoma suspeito de síndrome gripal. As entrevistas com os participantes da pesquisa poderão suscitar alguma sensibilidade ou desconforto em relação ao tema, especialmente por se tratar de um assunto que envolve o modo de vida das pessoas, suas dificuldades, e seus ambientes de trabalho. Desta forma, a pesquisadora estará atenta para interromper ou alterar o curso da entrevista, respeitando a singularidade de cada participante e de cada situação. O desconforto e o cansaço com o tempo de entrevista podem ser mitigados com a interrupção desta quando o participante desejar e a continuidade em outro momento, ou após um período de pausa.

Benefícios:

O benefício da pesquisa será indireto e refere-se à oportunidade de identificação dos limites e

potencialidades das ações desenvolvidas pelas comissões internas de saúde do trabalhador e da trabalhadora, a fim de pensar estratégias de promoção e Vigilância em Saúde do Trabalhador e reprodução das comissões em demais locais de trabalho.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de projeto de pesquisa de aluna do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde do Trabalhador da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, da Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de especialista em Saúde do Trabalhador. A orientadora é a professora Dra. Monica Olivar. São instituições coparticipantes da pesquisa a COGEPE/Fiocruz (campo de prática da pesquisadora), o ICTB/Fiocruz e a EPSJV/Fiocruz. O projeto conta com financiamento próprio da pesquisadora.

De acordo com informações da pesquisadora que constam no formulário de resposta à pendências, o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde do Trabalhador da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca não prevê a etapa de qualificação dos projetos de pesquisa.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresentou todos os termos obrigatórios.

Recomendações:

Corrigir o endereço do CEP/EPSJV nos TCLES, acrescentando a localização do setor. Desta forma o endereço completo do CEP/EPSJV deverá ser: CEP/EPSJV/FIOCRUZ: Avenida Brasil, 4365 - Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio – térreo, Manguinhos – Rio de Janeiro – RJ – CEP: 21040-900. Telefone: (21) 3865-9809 | e-mail: cep.epsjv@fiocruz.br

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Pela análise procedida, este Comitê (registrado junto à CONEP – Cf. Ofício n. 2254/Carta n. 0078 – CONEP/CNS/MS, de 12 de agosto de 2010) considera o presente protocolo APROVADO.

Considerações Finais a critério do CEP:

- Enviar relatório final ao término do estudo;
- Informar ao CEP, caso necessite fazer modificações relevantes nos objetivos ou metodologia previstos;
- Notificar o CEP caso ocorra alguma situação adversa;
- Manter sob sua guarda por pelo menos 5 anos as vias do TCLE ou do Registro de Consentimento, bem como os dados coletados na pesquisa;

- Informar o número CAAE do projeto nos produtos da pesquisa (relatórios, artigos, monografia, dissertação, tese).

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1855582.pdf	26/11/2021 19:03:19		Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracao_Pesquisador_Thais_Candido.docx	26/11/2021 18:59:53	THAIS CANDIDO DE OLIVEIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_MODIFICADO.docx	26/11/2021 18:58:30	THAIS CANDIDO DE OLIVEIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_VERSAOFINAL.docx	26/11/2021 18:58:20	THAIS CANDIDO DE OLIVEIRA	Aceito
Outros	Resposta_pendencia_parecer_5119375.docx	26/11/2021 18:57:37	THAIS CANDIDO DE OLIVEIRA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_TCR_DETALHADO.docx	26/11/2021 18:56:24	THAIS CANDIDO DE OLIVEIRA	Aceito
Outros	ThaisCandidodeOliveira_FR.pdf	08/11/2021 13:16:03	Cassius Schnell Palhano Silva	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO_CONSENTIMENTO_LIVRE_E_SCLARECIDO_VERSAOFINAL.pdf	19/10/2021 09:18:40	THAIS CANDIDO DE OLIVEIRA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_DETALHADO_MODIFICADO.pdf	19/10/2021 09:17:06	THAIS CANDIDO DE OLIVEIRA	Aceito
Outros	Formularioresp_pend_parecer_5031928.doc	19/10/2021 09:15:56	THAIS CANDIDO DE OLIVEIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO_CONSENTIMENTO_LIVRE_E_SCLARECIDO_MODIFICADO.pdf	19/10/2021 09:12:22	THAIS CANDIDO DE OLIVEIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TermodeanuenciaCTB.pdf	19/10/2021 09:11:48	THAIS CANDIDO DE OLIVEIRA	Aceito
TCLE / Termos de	TermodeAnuenciaEPSJV.pdf	01/10/2021	THAIS CANDIDO DE	Aceito

Assentimento / Justificativa de Ausência	TermodeAnuenciaEPSJV.pdf	17:26:33	OLIVEIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TermodeanuenciaCSTCOGEPE.pdf	01/10/2021 17:26:22	THAIS CANDIDO DE OLIVEIRA	Aceito
Outros	Formulariorespndparecer4981972.doc	01/10/2021 17:25:59	THAIS CANDIDO DE OLIVEIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMODECOMPROMISSODEUTILIZACAODEDADOSTCRTHAISCANDIDODE OLIVEIRA.pdf	31/08/2021 15:06:19	THAIS CANDIDO DE OLIVEIRA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIO DE JANEIRO, 24 de Dezembro de 2021

Assinado por:
Marcio Sacramento de Oliveira
(Coordenador(a))

ANEXO D - Termo de Anuência do Instituto de Ciências e Tecnologias em Biomodelos



TERMO DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL

Eu, Christoph Schweitzer Milewski, responsável pelo Instituto de Ciência e Tecnologia em Biomodelos (ICTB), autorizo a realização do estudo “As Comissões Internas de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora como instrumentos de participação democrática” desenvolvida por Thaís Candido de Oliveira, discente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde do Trabalhador da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), sob orientação da Dr. Mônica Simone Pereira Olivar.

Declaro estar ciente de que o objetivo desta pesquisa é analisar como as Comissões Internas de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora de uma instituição pública federal do município do Rio de Janeiro efetivam a participação democrática dos trabalhadores, conhecer como ocorreu a instituição/organização das comissões e levantar/identificar os desafios e limitações enfrentados pelas Comissões Internas de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora.

Declaro ainda que fui informado pelo responsável do estudo sobre os procedimentos da pesquisa, bem como sobre as atividades que serão realizadas na instituição a qual represento. E que concordo com a pesquisa nos documentos da instituição e a realização das entrevistas com os membros da Comissão Interna de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora.

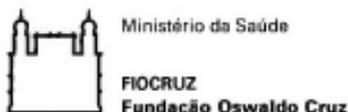
Este Termo de Anuência está condicionado aos cumprimentos das determinações éticas normatizadas pelas Resoluções CNS/MS nº 466/2012, 510/2016 e 580/2018 e às resoluções complementares relacionadas ao objeto da pesquisa. O projeto somente poderá ter início nesta unidade mediante sua aprovação prévia e documental pelo Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP/FIOCRUZ. Esta instituição está ciente de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

Rio de Janeiro, 30 / 09 / 2024.

Assinatura e Carimbo do Diretor da Unidade

CHRISTOPH MILEWSKI
DIRETOR
SIAPE: 1897061
ICTB/Fiocruz

ANEXO E - Termos de Anuência da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio



TERMO DE ANUÊNCIA DA INSTITUIÇÃO

Declaramos estar ciente e de acordo com a realização do estudo “As Comissões Internas de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora como instrumentos de participação democrática”, desenvolvida por Thaís Candido de Oliveira, discente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde do Trabalhador da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), sob orientação da Dr. Mônica Simone Pereira Olivar.

A pesquisa tem como objetivo analisar como as Comissões Internas de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora de uma instituição pública federal do município do Rio de Janeiro efetivam a participação democrática dos trabalhadores, conhecer como ocorreu a instituição/organização das comissões e levantar/identificar os desafios e limitações enfrentados pelas Comissões Internas de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora.

A etapa metodológica prevê pesquisa documental da instituição como base o levantamento e análise de documentos oficiais das Comissões Internas de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, e entrevistas semiestruturadas, com os membros das Comissões Internas de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora do Instituto de Ciência e Tecnologia em Biomodelos (ICTB) e da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV), unidades da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), implementadas nos anos de 2018 e 2019, respectivamente.

Esta autorização está condicionada à aprovação final da proposta pelo Comitê de Ética em Pesquisa responsável por sua avaliação.

Rio de Janeiro, 08 de setembro de 2021.


Anamaria D'Andrea Corbo
Diretora

Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio
Fundação Oswaldo Cruz/MS

