

DOCUMENTO ORIENTADOR



4ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE
**DO TRABALHADOR E
DA TRABALHADORA**



TEXTO 1: APRESENTAÇÃO

**APRESENTAÇÃO DA 4ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE
DO TRABALHADOR E DA TRABALHADORA**

Jorge Mesquita Huet Machado

MOTE: “Saúde do trabalhador e da trabalhadora, direito de todos e todas e dever do Estado”!

A quarta Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora - CNSTT trata do desafio de tornar realidade o direito definido pela Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora - PNSTT (DOU, 24-08-2012) no cotidiano do trabalho, nos processos de negociação, intervenção e de definição dos rumos do trabalho no contexto do desenvolvimento econômico, ambiental e social em âmbito local, regional e nacionalmente.

A PNSTT traz em seu texto a definição de papéis dos serviços de saúde, reafirma os princípios do Sistema Único de Saúde - SUS de gestão participativa, da universalidade do sistema e define ações de atenção integral a saúde do trabalhador em um modelo de intervenção de coesão intrasetorial, com articulações intersetoriais.

O contexto das ações decorrentes parte da compreensão de seu pertencimento ao campo da saúde coletiva e trata da análise e intervenções nas relações entre o processo de trabalho e a saúde.

Tal interação ocorre em duas dimensões:

- Em relação ao modelo de desenvolvimento regional, tendo como elemento de intervenção e observação do trabalho suas relações sociais e bases técnicas operacionais. Constituindo-se como um dos elementos estruturantes das transformações do espaço, da dinâmica populacional e de seu modo de reprodução



social. A repercussão na saúde se relaciona com o modelo de desenvolvimento resultante e depende das formas de organização geral das condições de vida na região e das trajetórias de reprodução e inserção social de cada indivíduo.

- E de forma mais específica relacionada aos processos de trabalho em que o trabalhador está envolvido em sua história de vida laboral. Em que as relações sociais e a base técnica em que o trabalho se realiza interagem diretamente com os trabalhadores constituindo-se em um condicionante de saúde. Esse tem sido objeto das ações do campo da saúde do trabalhador, a intervenção direta em situações de risco e vulnerabilidades específicas.

Deve-se observar a articulação entre as dimensões desde o modo de produzir da sociedade no sentido da sua relação com o modelo de desenvolvimento, reflexão pertinente aos sub-eixos 1 e 3 da CNSTT, que englobam a intersectorialidade, na perspectiva das ações de desenvolvimento regional, a saúde do trabalhador nos territórios, bem como, as ações voltadas para o fortalecimento da governança e da institucionalidade referente a promoção e atenção à saúde dos trabalhadores no sentido da estruturação do sistema de saúde.

A TERRITORIALIZAÇÃO DA SAÚDE DO TRABALHADOR

O processo de debate da 4ª CNSTT deve dar ênfase a uma perspectiva de realização em si, ou seja, que as diversas atividades organizadas para seu debate possam trazer uma dinâmica ao processo de organização e um aprofundamento das questões em suas diversas dimensões seja ela local regional e nacional, mas também de distintos recortes temáticos por setores e problemas específicos também dimensionados em seus vários âmbitos e responsabilidades em um processo de construção coletiva de uma maior articulação institucional e popular.

Que enfrente os desafios locais de iniquidades de gênero, geracional e racial, bem como questões de âmbito das relações e estruturas em um aperfeiçoamento de processos de governança intra e inter institucionais. Que aponte prioridades locais de enfrentamento das questões relacionadas aos principais problemas de saúde dos trabalhadores e as estratégias para redução dos impactos na saúde relacionados ao trabalho.

Deve ser enfatizado que todas as etapas têm igual relevância; a conferência não pode ser um processo de centralização de propostas para todos os níveis de intervenção, ao



contrário, as etapas regionais e estaduais devem gerar propostas que tenham resolubilidade regional e estadual.

A etapa de início, seja regional ou setorial, fundamenta as questões e traz a luz os problemas contextualizados no território e processo produtivo a ele associado. A participação se estabelece a partir do debate das estratégias da intervenção sanitária a ser organizada e fortalecida.

A estratégia fundamental decorrente do processo de debate na 4ª CNSTT é o fortalecimento do controle social e do processo participativo nas ações de saúde do trabalhador. Configura-se como a ação e objetivo estruturante da PNSTT durante o processo de conferência e definido como sub-eixo “fortalecer a participação dos trabalhadores e das trabalhadoras, da comunidade e do controle social nas ações de saúde do trabalhador”.

Desse modo a 4ª CNSTT possibilita processos locais de organização, mobilização e participação dos trabalhadores a partir de necessidades e demandas específicas, para além do tempo de realização da conferência.

METAS ESTRATÉGICAS

Realizar uma conferência para fortalecer os caminhos do SUS na temática de saúde do trabalhador na perspectiva de consolidar uma política pública participativa e fundamentada nas ações, programas e questões sobre a temática das relações entre a saúde e o trabalho que vem sendo realizados nas regiões.

A metodologia e a temática deve estabelecer um processo de discussão que dialogue com a avaliação dos 25 anos do SUS e com a 15ª Conferência Nacional de Saúde.

O trabalho de mobilização para a 4ª CNSTT traz a perspectiva de que o “Direito a Saúde do Trabalhador” é de todos e estruturante da ação estratégica de construir um processo de participação na implantação da PNSTT.

A partir das possibilidades de intervenção no âmbito do SUS, dialogando com outros atores no campo da relação saúde-trabalho. Em que as estratégias participativas e intersetoriais devem ser definidas para além dos movimentos sociais e institucionais já instituídos.



4ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR E DA TRABALHADORA

A 4ª CNSTT deve avançar na instituição de modelos e práticas capazes de reverter os elevados índices de acidentes e doenças gerados pelo trabalho e apontar problemas e estratégias de superação em conformidade com a PNSTT.

Em um contexto de apropriação da PNSTT pelos profissionais e interlocutores estratégicos envolvidos com a temática, caminhos e consequências a esse processo de difusão e governabilidade de suas ações devem estar no centro do debate e propostas da 4ª CNSTT.

O debate a ser travado em suas etapas deve apontar para formulação da governança do processo da implantação da PNSTT e afirmar que a Política é de todos. Deve instituir formas de interação nas práticas do cotidiano das ações de saúde do trabalhador no SUS, introduzir a discussão dos determinantes sociais, em particular o trabalho em sua perspectiva de desenvolvimento regional e em sua relação com a saúde.

O lema da saúde do trabalhador como responsabilidade de estado estabelece uma perspectiva de mobilização permanente da saúde do trabalhador como política pública integrada ao SUS e a responsabilidade do Estado em assegurar a proteção da saúde dos trabalhadores e trabalhadoras do setor público e privado, formal e informal, rural e urbano. Deve trazer ao debate quais são de fato as ações de saúde do trabalhador que estão sendo implementadas a partir dos municípios e quais suas perspectivas. Sintetizar, como resultado da agregação do debate, um panorama da saúde do trabalhador no Brasil e as diretrizes para implantação da PNSTT.

Os debates da 4ª CNSTT devem responder se é possível centrar as ações com responsabilidades de execução municipais, quais os aspectos regionais, estaduais e nacionais devem ser problematizados e a partir da prática efetivar as ações da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador - Renast e em particular dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador - Cerest. Destacar as prioridades nas regiões e quais setores econômicos tem sido foco de ação, registrar e analisar os planos locais, as formas de organização dos trabalhadores, a discussão desenvolvida sobre a saúde do trabalhador e definir quais problemas devem ser enfrentados.

Em essência é trazer de forma concreta o debate da forma pela qual a natureza é modificada pelo trabalho, e de como isso gera saúde ou desgaste.



Qual é apropriação do produto do trabalho para a sociedade? Qual a repercussão do trabalho à saúde dos trabalhadores e trabalhadoras? O que liga o trabalho ao desenvolvimento da região, ao território e aos trabalhadores locais? Qual é o contexto socioambiental? Que ações estão sendo desenvolvidas pelo SUS no Estado e/ou município para dar visibilidade aos acidentes e doenças do trabalho? Que ações estão sendo desenvolvidas no Estado ou município para envolver os sindicatos? A síntese das discussões deve analisar e produzir ações intersetoriais e propostas fundamentadas nas realidades locais e regionais. Trazer componentes do SUS e especialmente dos Cerest para dialogar com as prioridades locais, com quatro eixos de debate:

1. A intersetorialidade, na perspectiva das ações de desenvolvimento regional, a saúde do trabalhador nos territórios.
2. A participação dos trabalhadores, processo de governança da política de saúde dos trabalhadores, instâncias e processos participativos.
3. A definição da responsabilidade do SUS e sua relação com a saúde do trabalhador na perspectiva intrasetorial e de regionalização de suas ações, articulação com a atenção integral à saúde, a saúde do trabalhador em rede, especialmente com as ações de vigilância em saúde e de regulação.
4. O financiamento das ações e a adequação das condições estruturais do trabalho em saúde e especialmente um dimensionamento e qualificação dos trabalhadores envolvidos diretamente com a PNSTT.

Em síntese espera-se que o processo de discussão desenvolvido pela 4ª CNSTT traga para agenda dos trabalhadores a discussão de saúde como elemento estratégico para discussão do modelo de desenvolvimento, definindo questões específicas prioritárias que sejam estruturantes da sustentabilidade ambiental e social do trabalho. Que potencialize os serviços e ações institucionais no sentido do amplo direito à saúde dos trabalhadores e proponha ações propiciadoras de uma participação qualificada a ser instituída como processo de governabilidade popular da saúde do trabalhador em âmbito local, regional, estadual e nacional.



TEXTO 2: SUB-EIXO I - O desenvolvimento socioeconômico e seus reflexos na saúde do trabalhador e da trabalhadora;

O DESENVOLVIMENTO SOCIOECONÔMICO E SEUS REFLEXOS NA SAÚDE DO TRABALHADOR E DA TRABALHADORA

Jorge Mesquita Huet Machado

MODELO DE DESENVOLVIMENTO E SAÚDE DO TRABALHADOR

Os modelos de desenvolvimento adotados pelos países em maior ou menor grau têm sido marcados pela ênfase econômica com um fraco desempenho de sustentabilidade ambiental e de consolidação de assimetrias sociais.

No Brasil tem-se adotado um modelo em que se destacam a produção de minerais e produtos agrícolas, uma dependência do capital financeiro com forte endividamento interno e externo, a incorporação de políticas sociais compensatórias de inclusão social e de valorização do trabalho, e um esforço para o desenvolvimento de infraestrutura focalizado em grandes obras e empreendimentos.

A política de saúde se insere no campo das políticas sociais e se expressa de uma forma geral no direito constitucional da saúde para todos como dever do estado, formalizada pela Lei nº 8080/90 e mais recentemente pelo Decreto nº 7508/11 e no campo da saúde do trabalhador, com a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora - PNSTT, de agosto de 2012.

A saúde do trabalhador é condicionada pelo modelo de desenvolvimento e, de uma forma geral, relacionada à configuração dos componentes sócio ambientais dos territórios, onde há a configuração das formas de produção e reprodução da sociedade, em que o trabalho desempenha uma função estruturante. A repercussão na saúde depende assim das formas de organização geral das condições de vida na região e das trajetórias de reprodução e inserção social de cada indivíduo e dos estratos sociais.

As relações entre saúde, trabalho e desenvolvimento são estabelecidas de forma mais específica em uma conexão direta com os processos de trabalho em que os trabalhadores estão envolvidos em suas histórias de vida laboral.



4ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR E DA TRABALHADORA

O foco de ação no campo da saúde do trabalhador tem sido marcado por demandas de cunho trabalhistas e previdenciárias distantes das formulações da saúde coletiva e da potencialidade de uma ação política direcionada ao modelo de desenvolvimento.

Em seu aspecto geral do trabalho como fator estruturante das condições de vida ou em relação às situações de trabalho em si e suas repercussões diretas na interação processo de trabalho e saúde dos trabalhadores.

A prática proposta para superação dessa situação é uma ação participativa articulada intra e intersetorialmente que deve observar três dimensões, em relação ao modo de produzir da sociedade no sentido da sua relação com o modelo de desenvolvimento, na intervenção direta em situações de risco e vulnerabilidades específicas e na instituição da atenção integral aos grupos de trabalhadores.

Nesse sentido uma ênfase deve ser dada ao processo local de realização da Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora - CNSTT, a etapa de início, em que se fundamentam as questões trazendo a luz os problemas contextualizados no território e processos produtivos a ele associado. A participação se estabelece a partir do debate das estratégias de intervenção sanitária a ser organizada e fortalecida em uma rede com foco a partir da ação de acompanhamento e intervenção local.

O foco das discussões da PNSTT deve percorrer os seus objetivos em que se destacam:

Fortalecer a Vigilância em Saúde do Trabalhador - VISAT e a integração com os demais componentes da Vigilância em Saúde, tendo como objeto as situações de risco, necessidades e problemas de saúde nos territórios.

Desenvolver análise, intervenção, regulação, atenção integral, produzir e aplicar tecnologias e dar condições materiais para estruturar as ações em VISAT, com uma ênfase especial na formação de equipes.

Estimular a participação dos trabalhadores no desenvolvimento econômico e social da região, na identificação de demandas, priorização e acompanhamentos das ações em fóruns e atividades e de controle social do SUS.

Desenvolver ações intersetoriais e ações específicas em empresas públicas e por setores econômicos integrando as ações a perspectiva de desenvolvimento local.

As características regionais expressam com menor ou maior ênfase as tendências nacionais do modelo de desenvolvimento resultando em condições de trabalho e vida que configuram um território e sua dinâmica. As formas de trabalhar se entrelaçam ao processo de organização espacial dos locais de trabalho bem como da forma de deslocamento e de moradia.

Um componente do processo de organização espacial do trabalho é sua aglomeração em centros urbanos. Essa confluência de moradias, comércio e serviços entre eles a educação e



4ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR E DA TRABALHADORA

saúde tornando a urbanização uma tendência inexorável para busca das possibilidades de reprodução social.

Esse modelo de ênfase urbana está em conexão com o modelo de uso da terra como espaço de acumulação em que a agricultura familiar se encontra em um polo de resistência cultural, exigindo a descentralização das políticas públicas e a reordenação dos serviços de educação, saúde, saneamento e de infraestrutura institucional. Contrapondo assim, ao modelo urbano com seus componentes de desorganização no modo de mobilização e de carência habitacional e de infraestrutura de saneamento. Se expressando em relações de desigualdade, conflitos institucionais e em violência.

Nesse sentido, o debate do desenvolvimento regional é um tema estruturante para a organização do trabalho com consequências diretas para a saúde dos trabalhadores.

No âmbito de cada etapa da Conferência são propostas como orientações gerais sobre o tema “O Desenvolvimento socioeconômico e seus reflexos na saúde do trabalhador e da trabalhadora”*:

- Quais são as atividades produtivas predominantes na sua região ou no seu território?
- Quais são os principais problemas gerados para a saúde dos trabalhadores e trabalhadoras relacionados aos ambientes e à organização do trabalho e as situações de risco?
- Quais as necessidades e problemas de saúde nos territórios, de que morrem e adoecem os trabalhadores da região? Em quais setores e situações ocorre maior número de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho?
- Há equidade entre brancos (as) e negros (as), homens e mulheres na remuneração pelo trabalho e nos postos de comando? Há outras situações de discriminação e iniquidade?
- Quais as questões e lutas dos trabalhadores e trabalhadoras em curso na região?
- Quais as formas de organização dos trabalhadores e trabalhadoras na discussão das condições de trabalho na região? (comissões intersetoriais de saúde do trabalhador - CIST dos Conselhos de Saúde, Comissões nas empresas, Grupos Temáticos de Saúde do Trabalhador, Comissões e Comitês Intersetoriais em conjunto com o Ministério Público e com o legislativo).
- Quais e como tem sido o papel de outras instituições nas ações intersetoriais que se antagonizam ou interagem favoravelmente para promoção da saúde dos trabalhadores e trabalhadoras na região?
- Os trabalhadores e trabalhadoras têm acesso a serviços de atenção à saúde para diagnósticos de agravos relacionados ao trabalho e para fundamentar o reconhecimento dos seus direitos previdenciários?
- As fontes de informação (institucionais e não institucionais) disponíveis possibilitam um bom diagnóstico da situação de saúde dos trabalhadores em sua



localidade? Quais as facilidades e os entraves existentes para isso? Há a possibilidade de desenvolver ações a partir dessas fontes?

PROPOSTAS ESTRATÉGICAS DE IMPLANTAÇÃO DA PNSTT

Definir uma agenda de saúde do trabalhador e trabalhadora no processo político de discussão do SUS enquanto uma das estratégias para o desenvolvimento sustentável e solidário, articulando ações locais com as políticas sociais e ambientais nacionais com ênfase na implantação da PNSTT:

- a. Estabelecer processo de fortalecimento dos espaços participativos para apropriação da PNSTT visando o protagonismo dos trabalhadores(as) e suas organizações no processo de sua implementação.
- b. Estabelecer e potencializar a articulação e o diálogo entre a política de saúde (SUS) e demais políticas públicas (intersectorialidade), superando a setorialização, a fragmentação e o corporativismo institucional.
- c. Dar ênfase na construção de alternativas para o modelo de desenvolvimento regional pautado em políticas sociais e ambientais.
- d. Estimular processos locais de organização, mobilização e participação dos trabalhadores e trabalhadoras.
- e. Definir o financiamento para universalidade da seguridade social e das políticas sociais e ambientais de desenvolvimento regional que dialogam com a PNSTT.
- f. Desenvolver ações locais de promoção da saúde dos trabalhadores e trabalhadoras a partir de necessidades e demandas específicas identificadas nos processos participativos.

* Propostas fundamentadas nas orientações da Comissão de Formulação e Relatoria.



TEXTO 3: SUB-EIXO II - fortalecer a participação dos trabalhadores e das trabalhadoras, da comunidade e do controle social nas ações de saúde do trabalhador e da trabalhadora.

PARTICIPAÇÃO SOCIAL EM SAÚDE DO TRABALHADOR: ENTRE O INSTITUÍDO E O INSTITUINTE

Maria da Graça Luderitz Hoefel¹
Denise Osório Severo²

1. INTRODUÇÃO

A realização da 4ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (4ª CNSTT), prevista para este ano de 2014, torna o momento atual propício para o resgate e a reflexão acerca dos rumos que a participação social em saúde do trabalhador tem trilhado nos últimos anos, sobretudo nas últimas décadas. A opção se deve à convicção de que os avanços políticos sempre prescindem de um “*olhar para trás*” e de um resgate do processo histórico vivido e construído pelo conjunto da sociedade, a fim de iluminar os caminhos a seguir, realinhar rotas e superar os obstáculos encontrados. Sem isso, corre-se o risco de retornar sempre ao mesmo ponto, desconsiderando processos, pulsões e ideias depositadas pelos trabalhadores em espaços de debate e construção anteriormente realizados.

Com efeito, as Conferências de Saúde constituem espaços fundamentais de participação social - instituída enquanto instância do controle social do SUS – que carregam em si a potência para deflagrar transformações importantes, sobretudo pela amplitude que envolve a realização das mesmas. Mais do que o evento em si, é o *processo* que o precede e a capacidade de dar concretude às deliberações realizadas que influencia às potencialidades que esse espaço poderá desenvolver no que se refere à reflexão, ao debate e à construção de políticas públicas que, efetivamente, reflitam os olhares, os desejos e as necessidades dos trabalhadores.

¹ Doutora em Sociologia. Professora do Departamento de Saúde Coletiva da Universidade de Brasília. Coordenadora do Laboratório de Saúde do Trabalhador/UnB.

² Doutoranda do Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde da Universidade de Brasília. Bolsista da CAPES/PDSE. Pesquisadora do Laboratório de Saúde do Trabalhador/UnB.



Contudo, esse *processo* e capacidade de efetivação das deliberações e demandas da classe trabalhadora transcendem às Conferências, posto que há muitas outras formas de participação social instituintes - vinculadas ao âmbito dos movimentos sociais - que interferem no campo instituído e, como tal, suscitam o “*olhar para trás*”, a fim de compreender as formas pelas quais os trabalhadores estão participando, o modo como estão construindo políticas e criando espaços de vocalização, debate e luta por direitos de cidadania.

Nesse sentido, entende-se que a elaboração das estratégias de fortalecimento da participação social em saúde do trabalhador - definido como um dos eixos da 4ª CNSTT - exige, necessariamente, a compreensão da conjuntura dos processos de participação, tanto nos espaços instituídos de participação em saúde do trabalhador, como na esfera dos movimentos sociais, haja vista que eles se entrecruzam e que o controle social do SUS é fruto dos processos de luta dos movimentos.

Sendo assim, o presente artigo busca refletir sobre o cenário da participação social em saúde do trabalhador, por meio do resgate e da análise dos processos de participação no âmbito dos movimentos sociais e das Comissões Intersetoriais em Saúde do Trabalhador (CISTs), posto que ambos constituem caminhos trilhados e, como tais, poderão subsidiar os futuros delineamentos acerca das estratégias de promoção de diferentes formas de participação da classe trabalhadora na elaboração, no acompanhamento e na fiscalização das políticas de saúde no Brasil. Trata-se de uma pesquisa documental, com base em documentos oficiais, relatórios de pesquisa e revisão bibliográfica.

2. A PARTICIPAÇÃO E OS MOVIMENTOS SOCIAIS NA AMÉRICA LATINA

No âmbito do presente trabalho, os movimentos sociais são concebidos conforme proposto por Gohn (2008), ou seja, como expressões das ações coletivas que traduzem lutas sociais, econômicas ou culturais. Desse modo, os movimentos e as novas formas de expressão da participação social traduzem as permanentes disputas e alianças entre as distintas frações sociais existentes no interior da sociedade civil e expressam o modo como à sociedade se organiza em cada período histórico.

Com efeito, no decorrer do século XX, os movimentos sociais transitaram por momentos de maior ou menor articulação, dependendo da conjuntura econômica e política de cada país. Assim, a observação histórica revela um câmbio nas formas de expressão da



sociedade civil produzido no próprio desenvolvimento dos processos de luta e acompanhou as transformações macroestruturais da sociedade.

Após a segunda metade do século XX, entre os anos 70 e 90, é possível perceber a transição dos movimentos sociais em seu caráter, objetivos e estratégias de atuação. Do mesmo modo que o sistema passou por diferentes períodos de acumulação e crises, os movimentos sociais transitaram de uma postura clássica, pautada na luta por alterações estruturais e traduzida em estratégias de mobilização de massa - com cunho reivindicatório e opositor ao Estado - para uma característica policlassista e propositiva, voltada à luta por cidadania, porém focalizada e traduzida em manifestações mais pontuais (Gohn 2008; Carvalho 1995; Severo, 2008).

Desse modo, os esforços realizados na última década do século XX parecem ter sido canalizados para a superação da democracia representativa e a construção de novos espaços e mecanismos direcionados à construção da democracia participativa. Com efeito, esse período é marcado pela regulamentação dos princípios participativos na relação do Estado e Sociedade. Além disso, pode-se notar, durante esse período, a ascensão das questões subjetivas e culturais como elementos incorporados à centralidade das lutas, ao mesmo tempo em que revela novos contornos às ações coletivas. Assim, o cenário dessa fase evidencia a multiplicidade de expressões da participação social (Severo, 2008).

Na América Latina, essas alterações refletem na reestruturação produtiva global, cujas mudanças se expressam por meio de adoção de políticas neoliberais, privatizantes e de mercado, centradas na redução da intervenção do Estado na oferta de bens e serviços de natureza social (Ferrer, 2004; Laurell, 2000; Anderson, 1995). Essas políticas, consolidadas nos anos 90, desencadearam sucessivas reformas constitucionais que subtraíram progressivamente os direitos dos cidadãos, promovendo privatizações, diminuição dos investimentos em políticas públicas, sucateamento do Estado e desemprego estrutural, dentre tantos outros impactos que comprometeram seriamente a garantia dos direitos sociais e a manutenção da vida humana.

Desse conjunto de mudanças emergiram diferentes formas de participação e expressão das organizações coletivas da sociedade. Nesse sentido, os anos 90 deflagraram o marco do surgimento de novos atores sociais envolvidos nesses processos e na construção de novas estratégias e de espaços de manifestação social. Buscou-se ampliar a



luta anticapitalista na região com a emergência de novos atores sociais, até então distantes dos processos de participação. Nesse processo, a luta social vem se tornando mais complexa, como resultado das mudanças na organização produtiva, social e cultural e concorreu para a construção de formas alternativas antineoliberais de participação social no final do século passado (Hoefel et al, 2010).

Nesse sentido, cabe ressaltar a ascensão das *Redes Sociais*³ como mecanismos de participação que se fortaleceram ao longo desta década e traduziram uma das importantes formas de expressão que viriam a se consolidar no final do século XX, como é caso do Fórum Social Mundial.

Assim, o início do século XXI parece refletir as características da dita contemporaneidade, em que as fronteiras entre o novo e o velho parecem perder a nitidez e as manifestações traduzem a complexidade e a multiplicidade das formas de expressão e construção das relações sociais e humanas (Severo, 2008). Dessa forma, os movimentos e grupos sociais organizados se expressam na primeira década do século XXI por meio de manifestações que revelam tanto características das lutas dos anos 70 e 80, traduzidas nas manifestações de massa e na oposição ao Estado, como também expressam elementos dos anos 90, como o caráter policlassista, a contestação ao modelo neoliberal adotado, e as lutas menos vinculadas às alterações estruturais e mais voltadas ao direito e às diversidades culturais, políticas e sociais, bem como a luta pelo exercício da cidadania (Gohn, 2008; Carvalho, 1995; Severo, 2008).

Com efeito, o contexto atual latino-americano revela a emergência de movimentos camponeses e indígenas na Bolívia, Equador, México, Brasil e Argentina, identificados nos manifestos dos cocaleros e indígenas Andinos, nos movimentos dos desocupados na Argentina, nas experiências zapatistas do México e nas práticas de autogestão encontradas na Bolívia, no Equador e nos assentamentos do Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST) no Brasil (Seoane, 2006).

³ Referindo-se às *Redes Sociais*, Lumnitz (2009, p.18) pondera que: “Uma rede social é um campo de relações entre indivíduos que pode ser definido por uma variável predeterminada e se referir a qualquer aspecto de uma relação. Uma rede social não é um grupo bem definido e limitado, senão uma abstração científica que se usa para facilitar a descrição de um conjunto de relações complexas em um espaço social dado. Cada pessoa é o centro de uma rede de solidariedade e, ao mesmo tempo, é parte de outras redes”



4ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR E DA TRABALHADORA

Cabe ressaltar que existem diversas experiências de participação social criadas nesse contexto e em gestões de governos progressistas que se referem à participação social no interior da estrutura do Estado, casos que se aplicam ao controle social, à gestão participativa e ao Orçamento Participativo no Brasil, ao processo participativo popular da Frente Ampla no Uruguai, à gestão participativa de prefeituras conquistadas pelo Movimento Indígena no Equador, aos Conselhos de participação popular na Venezuela, à experiência de gestão participativa na cidade do México, dentre outros (Hoefel et al, 2010).

As diferentes formas de participação social existentes evidenciam as características da contemporaneidade e, como tais, expressam a complexidade e a diversidade, típicas do atual período. Por outro lado, é preciso destacar que essas formas de atuação contribuíram para a ascensão de governos progressistas na conjuntura política da América Latina na primeira década dos anos 2000, evidenciadas principalmente nas sucessivas vitórias de Chavez, Morales, Lula, Correa, dentre outros (Hoefel et al, 2010).

Essas conquistas parecem ter sido favorecidas, segundo Breilh (2010), pelo contexto de crise de hegemonia decorrente da crise financeira dos EUA e da comunidade europeia, e sinalizam um momento importante de mudanças estruturais e conjunturais na América Latina. As mudanças influenciaram em alguma medida os processos de articulação social e contraposição ao modelo político-econômico vigente, ainda que carregue em si elementos contraditórios que decorrem das relações entre a sociedade civil e a sociedade política, e seus reflexos sobre a organização social e a produção da vida (Hoefel et al, 2010).

É importante ressaltar que o início da segunda década do século XXI parece tornar cada vez mais evidentes as repercussões globais das transições sociais, como pode ser observado no reascenso de grandes mobilizações deflagradas pela Primavera Árabe a partir de 2011, seguida pelos Movimentos dos Indignados na Espanha, Grécia e Portugal, pelo Movimento Occupy Wall Street nos Estados Unidos, pelos manifestos estudantis no Chile e, mais recentemente, pelas manifestações que eclodiram em junho de 2013 no Brasil. Embora distintas, essas mobilizações traduzem a multiplicidade de formas de participação social atualmente existentes e, ao mesmo tempo, reiteram a importância de refletir sobre todas elas.



3. PARTICIPAÇÃO SOCIAL E SAÚDE NA AMÉRICA LATINA

A proposta de realização da saúde como projeto político, social, democrático, participativo e cidadão tem fortes ligações com o movimento mais geral de redemocratização na América Latina. A hegemonia na região de uma concepção elitista e liberal levou que o Estado implementasse uma lógica desigual e excludente de saúde com privilégio dos interesses capitalistas em detrimento das expectativas de boa parte da população. O trabalho de crítica às desigualdades geradas no aprofundamento das relações capitalistas de produção e consumo na América Latina (Paim, 2006) definiu a constituição do que ficou denominado como o campo social da saúde, com expressões no movimento da Epidemiologia Social, da Medicina Preventiva e Social, bem como da Saúde Coletiva no Brasil.

São propostas que surgiram e se estruturaram como projetos políticos de articulação entre movimentos e instituições. Um caminho que buscou ancoragem no pensamento social, particularmente na filosofia *Marxista*⁴ com as categorias teóricas fundamentais de críticas ao modelo de produção e reprodução social do capitalismo, como dimensões objetivas de realização ou negação da saúde e da liberdade. Esse movimento crítico tem permitido repensar a saúde como uma questão social e democrática, determinada nas relações sociais e de poder entre estado e sociedade nas condições da América Latina (Hoefel et al, 2010).

Tais análises partem da premissa de que as posições de classe explicariam melhor o processo saúde-doença do que qualquer fato biológico, particularmente nos países periféricos, onde a modernização capitalista traduziu-se na internacionalização, na industrialização e na urbanização aceleradas, com uma forte desigualdade entre os mais ricos e os mais pobres (Breilh, 1986).

⁴ Segundo PAIM (2006:32): “Cinco conjuntos de fatos podem ser mencionados como contribuições iniciais do pensamento marxista ao projeto da saúde coletiva: a) Reunião de Cuenca em 1972; b) Tese da profa. Cecília Donnângelo – O Médico e seu Mercado de Trabalho em 1972; c) Influência do Dr. J. C. Garcia - Educação Médica na América Latina em 1972; Teses de Arouca em 1975 e Donnângelo em 1976, baseadas em autores marxistas; e) Desenvolvimento da Medicina Social e emergência do campo da saúde coletiva”.



Um caminho teórico e de lutas que buscam na filosofia e na economia política as justificativas que ampliem a compreensão da saúde, atualizadas pelo conhecimento contemporâneo e no pensamento sociológico crítico da modernidade. Um posicionamento crítico do conhecimento e na condição de acumulação pós-moderna capitalista e suas bases coloniais de classe, gênero e raça-etnia. Uma concepção positiva e integral da saúde com base no pensamento de liberdade (Pereira, 2010).

Nessa perspectiva transformadora e de participação social, busca-se uma compreensão ampliada da saúde, entendida como fenômeno político que não se reduz a uma racionalidade individualista do homem, pois, sobretudo, é na liberdade do ser cidadão, sujeito de direitos e responsabilidades, em movimento de vontade de viver em comunidade, que ela se conforma em conhecimentos, institucionalidades e poderes. A saúde definida como novas institucionalidades e novos saberes que vão surgindo em todos os campos da vida social, com perspectivas de justiça social, de cidadania e de direitos humanos (Pereira, 2010).

Essa perspectiva de produção social da saúde constitui o fio condutor que atravessa as reflexões contidas neste artigo, a fim de problematizar o processo histórico de luta da sociedade e da classe trabalhadora pela conquista do direito à saúde e participação social, bem como as especificidades da participação social em saúde do trabalhador.

4. O MOVIMENTO DA REFORMA SANITÁRIA NO BRASIL

A conjuntura política dos anos 70 precipitou a organização de diferentes segmentos da sociedade civil em movimentos sociais que compartilhavam a luta por melhores condições de saúde da população e pela redemocratização do país. Os diversos movimentos sociais que emergiram nesse contexto foram fundamentais para a reconquista da democracia e para a construção do Sistema Único de Saúde no Brasil.

A ascensão do Movimento Sanitário aconteceu em meados da década de 70, e desempenhou papel determinante no processo de luta por transformações sociais no país. Com relação ao Movimento Sanitário - maior protagonista da luta pela Reforma Sanitária - embora tenha surgido no meio acadêmico, ele articulou-se em seu decurso com outras forças de luta, sobretudo o Movimento Sindical, por meio das organizações sintonizadas com as premissas do “novo sindicalismo” e as formulações teórico-conceituais produzidas pelo campo da Saúde Coletiva, elemento que favoreceu a inclusão das questões da saúde



do trabalhador na agenda da Reforma Sanitária brasileira (Dias e Hoefel, 2005; Escorel, 1998; Da Ros, 2005).

Nesse cenário foi travada a luta social pela construção do SUS e pela garantia do direito à participação social nas concepções das políticas de saúde, definida como um de seus princípios e denominada, posteriormente, de controle social do SUS. A 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada durante o período de redemocratização do país, incluiu em seus temas três questões principais: a saúde como dever do Estado e direito do cidadão, a reformulação do Sistema Nacional de Saúde e o financiamento setorial, priorizando as relações entre saúde e cidadania.

A 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, foi o acontecimento político-sanitário mais importante da década em virtude do seu caráter democrático e da maciça adesão de diferentes setores da sociedade (Mendes, 1999). A luta histórica do Movimento Sanitário se refletiu na aprovação de um capítulo sobre a saúde na Constituição Federal de 1988 e na criação do Sistema Único de Saúde (SUS) com a garantia da participação social na sua gestão, configurando um fato inédito no país (Escorel, 1999).

A consagração da saúde como um direito de todos e dever do Estado e a instituição do controle social do SUS, garantidos na Constituição Federal, inaugurou uma nova fase no que se refere às relações entre a sociedade civil e a sociedade política. A proposta do SUS refletiu um projeto consoante com a construção da cidadania, tanto por representar uma conquista social, como por incluir em seus princípios a descentralização das ações e serviços de saúde e a participação da comunidade (Mendes, 1999), aproximando a população do processo de elaboração e da tomada de decisão sobre as políticas de saúde adequadas às demandas da realidade local. Sendo assim, os princípios e diretrizes do SUS representaram um novo objeto na agenda sanitária brasileira que deve ser visto como uma “(...) situação-objetivo a ser alcançada no processo de construção do SUS” (Mendes, 1999, p.124).

5. PARTICIPAÇÃO SOCIAL INSTITUÍDA: CONTROLE SOCIAL EM SAÚDE DO TRABALHADOR

O direito de participação social na elaboração, no acompanhamento e na fiscalização das políticas públicas de saúde no Brasil representa um avanço histórico



conquistado pelo conjunto da sociedade e da classe trabalhadora do país, instituído com a Constituição Federal de 1988.

As instâncias de participação social - posteriormente denominadas de controle social – foram instituídas desde então, especialmente ao longo dos anos 90, após a regulamentação do SUS por meio das Leis Orgânicas 8080 e 8142/90. Além disso, o controle social é regido pela Resolução 33/92, Resolução 333/03 e a recente Resolução 453/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Destaca-se que, no âmbito da saúde do trabalhador, agregam-se à legislação que rege o controle social do SUS, anteriormente mencionada, outras Portarias (Portarias 3908/98, 1679/02, 2437/05 e 2728/09 do MS) que estabelecem particularidades no que tange às esferas de controle social em saúde do trabalhador.

Nesse sentido, as Comissões Intersetoriais em Saúde do Trabalhador (CIST) constituem esferas específicas de exercício do controle social em saúde do trabalhador, que se vinculam de modo direto às demais instâncias instituídas de controle social do SUS. Com relação à Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador (CIST) Nacional, a Resolução 11, de outubro de 1991, do Conselho Nacional de Saúde, define:

“As comissões intersetoriais nacionais têm a finalidade de promover a articulação e a intercomplementariedade de políticas, programas e ações, no que concerne ao interesse da saúde, cuja execução envolva áreas não compreendidas no âmbito específico do Sistema Único de Saúde – SUS.” (Brasil, 1991).

Por outro lado, em relação às Comissões Intersetorias de Saúde do Trabalhador (CIST) Estaduais e Municipais, a Norma Operacional de Saúde do Trabalhador (Resolução 3908/98) do MS, no seu artigo 10º, recomenda a instituição de:

“(…) Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador, com a participação de entidades que tenham interfaces com a área de saúde do trabalhador, subordinada aos Conselhos Estadual e Municipal de Saúde, com a finalidade de assessorá-lo na definição das políticas, no estabelecimento de prioridades e no



acompanhamento e avaliação das ações de saúde do trabalhador” (Brasil, 1998).

Posteriormente, com a instituição da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST), as Portarias 1679/02, 2437/05 e 2728/09 definiram que o controle social da RENAST deverá ser realizado por meio dos Conselhos e Conferências de Saúde, bem como das Comissões Intersetoriais em Saúde do Trabalhador. Assim, as CISTs constituem a principal instância de controle social em saúde do trabalhador e possuem um papel fundamental no que se refere à construção e implementação das ações em saúde do trabalhador e à própria consolidação da RENAST.

Embora a formação de Conselhos de Saúde e a realização periódica das Conferências tenham contribuído para a inclusão de milhares de novos atores sociais em esferas de interlocução entre a sociedade civil e a sociedade política – aspecto que tem favorecido o avanço da democracia participativa no Brasil - sabe-se que existem ainda inúmeros desafios à consolidação do controle social e à construção de estratégias capazes de fortalecer diferentes formas de participação social em saúde.

No que tange ao campo da saúde do trabalhador, agregam-se outros desafios relacionados ao histórico de construção das políticas voltadas à melhoria das condições de vida e trabalho da classe trabalhadora, bem como aos desafios inerentes ao permanente conflito capital-trabalho, cujas repercussões naturalmente se expressam de modo agudo nas instâncias vinculadas à saúde do trabalhador.

Observando-se os espaços instituídos de participação social em saúde do trabalhador – Conselhos, Conferências de Saúde e CISTs – percebe-se uma discrepância no que tange à implantação dessas esferas, se comparado ao conjunto do controle social em saúde. Segundo dados do portal brasil (2012), existem 5.586 Conselhos de Saúde instituídos e, após a Constituição de 1988 e a criação do SUS, já foram realizadas 06 Conferências Nacionais de Saúde.

Por outro lado, especificamente em relação ao controle social em saúde do trabalhador, no mesmo período (entre 1988 e 2013), a saúde do trabalhador realizou duas Conferências Nacionais de ST⁵ e, segundo dados do Relatório de Pesquisa intitulado

⁵ A 1ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador (CNST) foi realizada em 1986, a 2ª CNST foi realizada em 1994 e a 3ª CNST em 2005.



4ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR E DA TRABALHADORA

“Avaliação das Comissões Intersectoriais de Saúde do Trabalhador sob a ótica dos representantes dos trabalhadores” (Hoefel et al, 2013), fruto de recente pesquisa, existem atualmente 95 CISTs implantadas, sendo 25 CISTs Estaduais e 70 CISTs Municipais.

Nota-se que o número de CISTs Municipais ainda é muito baixo, posto que, em sua origem, almejava-se a criação de uma CIST em cada município do Brasil - articulada com os respectivos Conselhos de Saúde - a fim de assessorar, qualificar e propiciar a construção de políticas de saúde do trabalhador adequadas às reais demandas da classe trabalhadora.

Com efeito, a necessidade de fortalecimento das CISTs é uma demanda recorrente pelos membros do controle social e militantes da saúde do trabalhador ao longo dos anos, sobretudo no decorrer da última década. Nesse sentido, as deliberações da 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador (CNST), realizada em 2005, apontam a necessidade de aportar investimentos nos processos de formação e fortalecimento da participação social em saúde do trabalhador (Hoefel e Severo, 2011).

Posteriormente, o Processo de Devolutivas da 3ª CNST, realizado em 20 estados do Brasil ao longo dos anos de 2006 e 2007, também ressaltou, como uma das principais demandas, a importância da construção de estratégias de ampliação das CISTs e demais formas de participação em todo o território nacional (Hoefel e Severo, 2011).

Nesse sentido, embora o quantitativo de CISTs Municipais (70) seja muito baixo, percebem-se alguns sinais de avanços no que tange à formação dessas instâncias. Dados indicam que entre 1995 e 2011 foram criadas somente 36 CISTs Municipais, enquanto que entre 2012 e 2013 foram criadas 34 (Hoefel et al, 2013). Apesar da pequena representatividade do número absoluto, esse resultado sugere mudanças na condução das políticas, posto que nos dois últimos anos foi formada quase a mesma quantidade de CISTs que nos 16 anos anteriores.

Quanto às CISTs Estaduais, nota-se que a maioria delas, precisamente 18 do total de 25 existentes foram formadas entre 1994 e 2011, enquanto as 07 restantes foram criadas entre 2012 e 2013. Percebe-se que as CISTs Estaduais foram implantadas de modo lento e gradual, embora os dados também sinalizem uma ampliação nos últimos dois anos.

É possível que isso esteja relacionado ao fato de que, ao longo dos anos 90, a centralidade dos esforços do movimento sindical - no que tange à saúde - girava em torno



da construção de ações de saúde do trabalhador, em conjunto com os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CERESTs) e os Programas de Saúde do Trabalhador. Ademais, outra explicação provável se deve ao fato de que a implantação das políticas de saúde do trabalhador, sobretudo a partir do começo dos anos 2000, também ocorreu de maneira gradual, sendo inicialmente implementadas de modo mais expressivo nos níveis estaduais, com a habilitação dos CERESTs a partir da RENAST.

É interessante também notar que, ao observar a composição das CISTs, percebe-se que tanto nas CISTs Estaduais quanto nas Municipais, a categoria com maior representação refere-se ao grupo que inclui “federações/sindicatos/ONGs e/ou associações de trabalhadores”. Do total de 25 CISTs Estaduais, em 24 delas há representação dessas categorias, e do total de 70 CISTs Municipais, em 49 delas essas categorias estão presentes na composição dessas arenas (Hoefel et al, 2013). Esse dado evidencia que, apesar dos desafios, os trabalhadores e seus representantes estão participando dos espaços instituídos do controle social mais do que qualquer outra categoria de ator social.

No entanto, considerando que as CISTs constituem a principal instância do controle social em saúde do trabalhador e destinam-se, em sua essência, à participação da sociedade civil organizada na gestão do SUS, surpreende o fato de existir CISTs que não apresentam em sua composição representantes dos trabalhadores. Isso indica, no mínimo, uma situação paradoxal que necessita reflexão, a fim de construir caminhos capazes de corrigir distorções e garantir que essas arenas, efetivamente, se constituam em espaços democráticos de participação social em saúde. Com efeito, discutir e elaborar políticas de saúde do trabalhador sem os sujeitos da ação mostra-se anacrônico, sendo um sinal que tanto pode representar obstáculos à participação destes atores, como também demonstra descrença nas próprias esferas.

Ainda com relação à composição, destaca-se no âmbito das CISTs Estaduais a presença dos CERESTs (19/25), Centrais Sindicais (16/25), Outras Áreas da Secretaria de Saúde (12/25), Ministério do Trabalho e Emprego (09/25), Entidades de Ensino (09/25) e representantes dos Empregadores (06/25). Muitos outros atores sociais foram identificados, porém com menor representação. Por outro lado, nas CISTs Municipais os demais atores sociais com representação significativa foram: Outras Áreas da Secretaria da Saúde (42/70), CERESTs (31/70), Previdência Social (25/70), Ministério do Trabalho e Emprego



(21/70), Empregadores (16/70), Entidades de Ensino (15/70) e Centrais Sindicais (07/70) (Hoefel et al, 2013).

Nota-se que ambas as instâncias revelam em sua composição uma multiplicidade de atores sociais que sinalizam, em certa medida, a busca da concretização da intersetorialidade. Em verdade, a observação da composição permite identificar que os espaços das CISTs têm contemplado tanto a representação dos trabalhadores como também do Estado e do capital (empregadores), ainda que exista diferenças expressivas entre o grau de representação de cada um nas respectivas CISTs. De fato, nas CISTs Estaduais destaca-se a alta presença dos CERESTs e das Centrais Sindicais, enquanto nas CISTs municipais evidencia-se grande representação de áreas da Secretaria de Saúde e pequena presença das Centrais Sindicais.

Cabe realçar que, no que tange às Centrais Sindicais, é possível que a baixa representação em nível municipal se deva ao fato de que grande parte das demandas das lideranças das Centrais está relacionada aos debates e às articulações em nível macropolítico e, como tal, naturalmente enfrenta o desafio de concatenar agendas dos níveis local e nacional. Outras questões que podem constituir-se em causas possíveis da baixa representação mencionada relacionam-se a desafios do próprio movimento sindical e às transições por que passam o conjunto dos movimentos, as fragmentações internas, a falta de formação de quadros e de engajamento da juventude, as relações com o Estado, dentre outras. Mesmo assim, é importante resgatar que a baixa representação refere-se especificamente às Centrais, posto que os sindicatos encontram-se na categoria mais presente nas CISTs, como já discutido anteriormente.

Com efeito, o baixo engajamento da juventude na ocupação dos espaços das CISTs é algo notável no cotidiano. Dados sobre o perfil sociodemográfico dos representantes das CISTs que participaram da referida pesquisa (Hoefel et al, 2013) indicam que mais de 50% das pessoas que responderam aos questionários estão engajadas há mais 15 anos na militância em suas respectivas organizações. Ou seja, nota-se que são majoritariamente pessoas com larga experiência de militância política.

Nesse sentido, outros resultados do estudo também revelam que o principal fator que favorece a participação dos representantes dos trabalhadores nos espaços das CISTs são a satisfação e o compromisso com a militância em saúde do trabalhador. Além disso,



ser sindicalista, conselheiro de saúde, membro da CIST e/ou representante em outras esferas políticas, também foi citado como um elemento que favorece a participação dos trabalhadores nessas instâncias de participação social instituída (Hoefel et al, 2013).

Por outro lado, a falta de reconhecimento da gestão sobre a importância das CISTs, a falta de estrutura e recursos financeiros, assim como as dificuldades relacionadas às agendas dos movimentos e organizações são fatores apontados como obstáculos ao exercício da participação (Hoefel et al, 2013). Com efeito, o exercício pleno da participação social em saúde do trabalhador nas instâncias das CISTs implica, necessariamente, na participação em todos os processos, desde a elaboração, o planejamento e a fiscalização do conjunto das políticas voltadas à classe trabalhadora, posto que o impedimento ou obstáculo a qualquer destes âmbitos compromete o exercício do direito de participação e também o avanço da democracia participativa no Brasil.

Nesse sentido, a pesquisa de avaliação das CISTs (Hoefel et al, 2013) também assinala que 72% dos questionários aplicados aos trabalhadores membros das CISTs apontam que eles estão participando do planejamento das ações em saúde do trabalhador e que 70% participam da programação anual. Contudo, somente 59% participam da avaliação do Relatório de Gestão Anual.

Esses dados revelam avanços e limites no que tange à participação em tais esferas, pois, *a priori*, não deveriam existir quaisquer planejamento e programação sem a participação efetiva dos representantes dos trabalhadores. No entanto, pode-se dizer que o percentual revela uma situação razoável, que merece atenção e superação, mas que dá sinais de potencialidades.

Entretanto, no que toca à avaliação, o resultado é ainda mais preocupante, porque evidencia que pouco mais da metade dos trabalhadores membros das CISTs consegue avaliar a implementação das políticas e aplicação dos recursos públicos destinados para tal. Esse fato configura, por si só, uma profunda distorção, pois infringe o direito da classe trabalhadora de acompanhar e intervir sobre o destino dos recursos, além de inviabilizar possíveis correções e alterações estratégicas advindas do processo avaliativo. Cabe ponderar que não adianta participar da elaboração de qualquer processo se não houver mecanismos que permitam vislumbrar em que medida as deliberações estão sendo cumpridas.



CONSIDERAÇÕES FINAIS

O resgate histórico e a análise dos processos de participação social em saúde do trabalhador nos espaços instituídos e no âmbito dos movimentos sociais nas últimas décadas permitem identificar que a classe trabalhadora sempre construiu formas de luta por melhores condições de vida e trabalho. A participação e a atuação dos movimentos sociais foram fundamentais para o processo de retomada da democracia no Brasil, para a conquista da Reforma Sanitária e do direito de participação social na gestão das políticas públicas de saúde.

Nesse sentido, conduziram à construção de inúmeros espaços de interlocução entre a sociedade e o Estado, o que favorece o aprofundamento da democracia no país. No âmbito da saúde do trabalhador, o Movimento Sindical sempre esteve no bojo desses processos e contribuiu expressivamente para a criação das Comissões Intersetoriais em Saúde do Trabalhador (CISTs) e para a construção das políticas de saúde do trabalhador ao longo de décadas. De fato, conforme apontado na análise, os representantes do Movimento Sindical e de suas organizações são os principais atores sociais que compõem as CISTs Estaduais e Municipais existentes atualmente.

No entanto, o número de CISTs Municipais formadas ainda é muito baixo e, embora conte com a presença significativa de sindicatos, federações, ONGs e associações de trabalhadores, carece da representação das Centrais Sindicais, cuja presença poderia fortalecer e, possivelmente, impulsionar a ampliação e capilarização dessas esferas em todo o território nacional.

Por outro lado, nota-se que a composição das CISTs Estaduais e Municipais expressam um colegiado intersetorial, com presença de representantes dos trabalhadores, do Estado e do capital, ainda que existam grandes variações no grau de representação desses diferentes atores. Todavia, sabe-se que a presença, por si só, não garante a interlocução e o compartilhamento do poder, posto que essas esferas, assim como todos os demais espaços de participação, expressam a luta de classes e as disputas em torno da hegemonia. Ademais, essas instâncias também traduzem em seu interior a conjuntura e o grau de articulação que os respectivos movimentos participantes possuem fora delas, ou seja, a força política e os quadros construídos “nas ruas”, no seio da sociedade civil.



Assim, a dinâmica da participação social instituinte invariavelmente se reflete dentro dos espaços instituídos e também interfere na participação nessas instâncias. Contudo, evidentemente as dificuldades de participação existentes nas CISTs – e em qualquer outro colegiado instituído – não podem ser atribuídas tão somente aos reflexos da força dos movimentos nas ruas, pois existem diversos obstáculos que dizem respeito às resistências do próprio Estado e do capital à partilha do poder. Nesse sentido, a falta de valorização das CISTs pela gestão - e por vezes até mesmo pelos Conselhos de Saúde - configura um elemento que prejudica seriamente a qualificação desses espaços, uma vez que tal atitude fragiliza o exercício da participação social e pode conduzir ao esvaziamento e, até mesmo, à descrença nessas arenas, com consequente perda da legitimidade e representatividade dos colegiados.

Além disso, o Estado possui a obrigação constitucional e o compromisso ético-político de garantir o direito de participação dos representantes dos trabalhadores na gestão das políticas públicas de saúde, ou seja, em todas as fases desse processo, incluídos o planejamento, a programação e a avaliação, uma vez que a inviabilidade de participação em alguma dessas etapas significa concessão parcial de direitos e, consequentemente, desrespeito não somente à classe trabalhadora, mas aos processos democráticos do país.

Percebe-se que refletir e construir estratégias de fortalecimento da participação social instituída (controle social) implica, necessariamente, em acompanhar, compreender e fortalecer também os mecanismos de participação no âmbito dos movimentos sociais, uma vez que, mesmo autônomos, não existe controle social sem movimentos, embora existam (e continuarão sempre existindo) movimentos independentemente da existência ou não de espaços de participação instituídos.

Desse modo, não é possível avançar na consolidação da participação social em saúde do trabalhador sem construir estratégias que fortaleçam ambas as formas, posto que, no que tange ao segmento dos trabalhadores, os atores sociais distribuídos nas CISTs pelo Brasil afora não representam a si mesmos, mas sim, representam os movimentos da classe trabalhadora!



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDERSON, P. Balanço do neoliberalismo. In: SADER, E. e GENTILI, P. (Orgs). **Pós-neoliberalismo: as políticas sociais e o Estado democrático**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995. p. 09-23.

BRASIL, 2012. **RESOLUÇÃO 453/2012**. Conselho Nacional de Saúde. Brasília, 2012.

BRASIL, 2009. **PORTARIA 2728/2009**. Ministério da Saúde: Brasília, 2009.

BRASIL, 2005. **PORTARIA 2437/2005**. Ministério da Saúde: Brasília, 2005.

BRASIL, 2003. **RESOLUÇÃO 333/2003**. Conselho Nacional de Saúde. Brasília, 2003.

BRASIL, 2002. **PORTARIA 1679/2002**. Ministério da Saúde: Brasília, 2002.

BRASIL, 1998. **PORTARIA 3908/1998**. Ministério da Saúde: Brasília, 1998.

BRASIL, 1991. **RESOLUÇÃO 11/1991**. Conselho Nacional de Saúde. Brasília, 1991.

BRASIL, 1990. **LEI 8080/90**. Ministério da Saúde: Brasília, 1990.

BRASIL, 1990. **LEI 8142/90**. Ministério da Saúde: Brasília, 1990.

BREILH, J. Las tres “S” de la determinación de la vida y el triangulo de la política.

Documento apresentado no Seminário do CEBES: “Rediscutindo a questão da determinação social da saúde”. Salvador, 2010.

DA ROS, MA. Uma visão da reforma curricular a partir do movimento sanitário. In: Pereima MJL, Coelho EBS, Da Ros MA (Org). **Da Proposta à Ação: Currículo integrado do curso de Medicina da UFSC**. Florianópolis: Ed. da UFSC, 2005. p. 59 – 80.

DIAS, EC; HOEFEL, MGL. O desafio de implementar as ações de saúde do trabalhador no SUS: a estratégia da RENAST. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**. Vol. 10, n. 4, Rio de Janeiro, out-dez, 2005.

CARVALHO, A. I. **Conselhos de Saúde no Brasil: participação cidadã e controle social**. Rio de Janeiro: FASE/IBAM, 1995. 135 p.

ESCOREL, S. **Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1998. 206 p.

FERRER, A. La Globalización, la crisis financiera y America Latina. In: BORON, Atilio A.; GAMBINA, J. C.; MINSBURG, N. (Orgs). **Tiempos Violentos: Neoliberalismo, globalización y desigualdad en América Latina**. Buenos Aires: Clacso, 2004. p. 85-104.

GOHN, MG. Teoria dos Movimentos Sociais: paradigmas clássicos e contemporâneos. São Paulo: Loyola, 2008. 383 p.



_____. **Movimentos Sociais no Início do Século XXI**: antigos e novos atores sociais. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2003.

HOEFEL, MGL; SEVERO, DO; BRANDÃO, EC; SOUSA, W; LOIOLA, A; ALVES, RJ; ALVES, JA; PIMENTEL, I. Relatório de Pesquisa Avaliação das Comissões Intersetoriais de Saúde do Trabalhador (CISTs) sob a ótica dos representantes dos trabalhadores. Pesquisa financiada pelo Ministério da Saúde. Universidade de Brasília, 2013.

HOEFEL, MGL; SEVERO, DO. Participação Social em Saúde do Trabalhador: avanços, desafios e perspectivas contemporâneas. Revista Tempus – Actas de Saúde Coletiva. Vol. 5, n. 4, 2011.

HOEFEL, MGL; SEVERO, DO; MUSSI, M; BENAVIDES, J; BRAGA, LQV; PEREIRA, MF. Relatório de Pesquisa Políticas, Participación Social y Actores Sociales. Pesquisa financiada pelo COPEH. Universidade de Brasília, 2010.

LAURELL, A. C. Globalización, políticas neoliberales y salud. In: BRICENO- LEON, R.; MINAYO, M. C. S.; COIMBRA JR., C. E. A. (Orgs). **Salud y Equidad**: Uma mirada desde las ciências sociales. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000. p. 73-84.

MENDES, E. V. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: Hucitec, 1999. 300 p.

PEREIRA, MF. O Controle Social e a Participação Democrática nos Conselhos Municipais de Saúde da RIDE-DF. 218 f. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) – Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, 2010.

SEOANE, J. Movimientos Sociales y Recursos Naturales em América Latina: resistencias al neoliberalismo, configuración de alternativas. **Sociedade e Estado**, v. 21, n.1, 2006. p. 85-107.

SEVERO, DO. O Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra e o Controle Social do SUS: concepção do Coletivo Nacional de Saúde. 107 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2008.



TEXTO 4: SUB-EIXO II - fortalecer a participação dos trabalhadores e das trabalhadoras, da comunidade e do controle social nas ações de saúde do trabalhador e da trabalhadora

FORTALECER A PARTICIPAÇÃO DOS TRABALHADORES E DAS TRABALHADORAS, DA COMUNIDADE E DO CONTROLE SOCIAL NAS AÇÕES DE SAÚDE DO TRABALHADOR E DA TRABALHADORA

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

Arnaldo Marcolino Silva Filho

Daniele Correia Salzgeber

Eduardo Bonfim da Silva

Pedro Eduardo Zini Davoglio

1. INTRODUÇÃO

O cunho controle social toma forma nos diversos segmentos da sociedade como um sinônimo de participação social nas políticas públicas. Em linhas gerais, o controle social apresenta-se como um mecanismo estabelecido de participação da sociedade na formulação, execução e gestão dos recursos de planos, programas e projetos que atendam a demanda social.

As esferas da saúde foram pioneiras nas ações de controle social em consequência da efervescência política do final da década de 1970 e à organização do Movimento da Reforma Sanitária que congregou movimentos sociais, intelectuais e partidos de esquerda na luta contra a ditadura com vistas à mudança do modelo ‘médico-assistencial privatista’ para um sistema nacional de saúde universal, culminando com o advento do SUS.

A luta pela redemocratização teve um grande impulso, quando ao final dos anos 70, o movimento sindical retoma a cena política realizando inúmeras greves com ampla participação pelo controle do trabalho, reproduzindo o que ocorreu em diversos países (Lacaz 1983). Esta luta visava à prevenção e buscava manter os determinantes da saúde no



4ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR E DA TRABALHADORA

controle dos trabalhadores, ao objetivar a defesa de sua saúde, mediante a construção do conhecimento da realidade mais integrada e participativa, considerando a subjetividade dos trabalhadores no que chamamos de trabalho real em contraposição ao trabalho prescrito.

Esta atuação do movimento sindical e a inscrição de novos direitos na Constituição Federal de 88 colocam em pauta outra relação Estado e sociedade e inaugura o campo Saúde do Trabalhador. A temática é fortalecida com a implementação de ações e o surgimento do DIESAT (Departamento Intersindical de Estudos e pesquisas de Saúde e dos Ambientes de Trabalho), desempenhando um importante papel na discussão e criticidade do assistencialismo médico existente dentro dos sindicatos. Com o DIESAT estabelece-se um novo paradigma ampliando as discussões em todo o país, organizando um processo social por melhores condições no ambiente de trabalho (Lacaz 1996).

A participação no Sistema Único de Saúde (SUS) na perspectiva do controle social foi um dos eixos dos debates da 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986. Nessa conferência, a participação em saúde é definida como “*o conjunto de intervenções que as diferentes forças sociais realizam para influenciar a formulação, a execução e a avaliação das políticas públicas para o setor saúde*” (Machado, 1987, p. 299). Em dezembro do mesmo ano, foi realizada a 1ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, que marcou politicamente o movimento da instituição desse campo.

Concomitante a isso, o modelo de organização de serviços de saúde pública amplia-se, caracterizando-se nos PST (Programas de Saúde do Trabalhador) e implementando em várias regiões a partir de 1985. Essa ampliação respondeu as demandas trazidas do movimento sindical, e posteriormente, foram denominadas CEREST's (Centro de Referência em Saúde do Trabalhador). Os CEREST's trabalham a Saúde do Trabalhador com equipes multiprofissionais, tendo como interlocutor a classe trabalhadora (Freitas, Lacaz e Rocha 1985). Desta forma, ocorre uma complexa rede de relações que incorpora a participação dos trabalhadores na própria gestão, ações de vigilância nos locais de trabalho entre outras ações, não apenas como mero prestador de serviços de saúde (Lacaz, 1996).

Institucionalizada na Lei 8.142/90, a participação social ou controle social, têm como objetivo avaliar e propor diretrizes para a política de saúde nas três esferas de governo e através dos conselhos – instâncias colegiadas de caráter permanente e



deliberativo, com composição paritária entre os representantes dos segmentos dos usuários, que congregam setores organizados, na sociedade civil e nos demais segmentos (gestores públicos, filantrópicos e privados e trabalhadores da saúde), e que objetivam o “controle social”.

Desse modo, o controle social envolve a capacidade que os movimentos sociais organizados na sociedade civil têm de interferir na gestão pública, orientando as ações do Estado e os gastos estatais na direção dos interesses da maioria da população.

Além dos Conselhos e Conferências de Saúde e de Saúde do Trabalhador, a sociedade tem disponível outros mecanismos de garantia dos direitos sociais, em especial o direito à saúde, por exemplo, o ministério público, a comissão de Seguridade Social e/ou da Saúde do Congresso Nacional, das Assembleias Legislativas e das Câmaras de Vereadores, apesar da interlocução desses espaços ainda ser um caminho a trilhar.

2. ESTADO, SOCIEDADE E CONTROLE SOCIAL

Divagando sobre o Estado e o direito, ao contrário do que sua aparência em muitos casos indica, não são instrumentos neutros de governança da vida política de uma nação, mas dispositivos imprescindíveis para a organização e reprodução da dominação e da exploração de classe típicos do sistema capitalista. Isso porque, ao conformarem-se como formas sociais, esses dois complexos de relações, cumprem um papel fundamental na instituição e na garantia das relações de mercado que são o sustentáculo do capitalismo.

Nesse sentido, o Estado aparece como o ente responsável por garantir a estabilidade dessas relações espontaneamente forjadas pelo processo histórico. O instrumento utilizado por ele para garantir a previsibilidade das relações e, portanto, norteador das decisões que visem a corrigir os desvios verificados em face desse padrão a ser seguido, é a lei. Assim, ao tornar-se legislador, o Estado capitalista abre um campo de organização, cristalização e desenvolvimento de embates sociais, que serão fixados na forma de leis a serem executadas por órgãos competentes. Com isso, e o desenvolvimento histórico das formas estatais, as forças trabalhistas podem encontrar no Estado, além do instrumento que leva a cabo a intercepção da mais-valia produzida por seu trabalho, um meio de garantir condições mínimas de sobrevivência, e até mesmo de garantir avanços sociais em conjunturas favoráveis, ou resistências em conjunturas desfavoráveis.



Vimos, portanto, até aqui, que o Estado capitalista surgiu como uma estrutura separada das relações de produção com a função de garantir a estabilidade das relações de compra e venda de força de trabalho. As relações jurídicas – sujeitos de direito –, que já existiam fora do Estado, foram incorporadas por ele com o surgimento da legalidade, ou seja, das leis. Essas leis, por sua vez, permitiram que o direito deixasse de ser apenas um momento da realização da exploração dos trabalhadores, e passasse a representar também um conjunto de garantias de que eles poderiam dispor.

É imprescindível, contudo, para uma correta compreensão do que representa tanto o direito quanto o Estado capitalista que se perceba o seguinte. O núcleo central do direito, não importa quantos direitos e garantias haja disponíveis, sempre está ligado à compra e venda de mercadorias e, portanto, à exploração. O direito e o Estado, como conjunto de relações que criam e garantem a subjetividade jurídica dos indivíduos, é necessariamente um componente das relações de troca típicas do capitalismo, e, portanto, um instrumento de exploração dos trabalhadores pelo capital. Essa exploração pode se apresentar de um modo mais “humano”, com direitos sociais, ou de um modo totalmente desfavorável aos trabalhadores, como no projeto neoliberal, mas é sempre exploração. É nesse sentido específico que a tradição marxista preconiza a destruição do direito: onde há direito, há exploração, porque o direito é uma das peças fundamentais da apropriação do trabalho pelos capitalistas.

Assim, mesmo que por razões históricas e políticas a burguesia tenda a tomar conta do poder de Estado, ou seja, os governantes tendam a ser ou burgueses, ou representantes deles, não é aí que está inscrito o caráter de classe do Estado e do direito capitalista. É no seu status de forma social, ou seja, no fato de que independentemente de quais classes sociais estejam controlando o Estado, e independentemente da hegemonia que se expresse no conteúdo específico das suas leis, a função central dessas instâncias sociais é tornar possível e estável a troca de mercadorias e por isso, garantir a existência contínua de relações de exploração do trabalho. É com isso em mente que poderemos prosseguir em nossa análise.

Por isso, o surgimento de novos direitos faz ganhar relevância o fenômeno da judicialização e, portanto, faz o judiciário adquirir maior importância social. É isso que podemos observar a partir da Constituição de 1988. Ela é um marco da juridização de vários setores da vida no Brasil. Muitos direitos novos surgiram com ela, a citar, a própria



institucionalização do controle social, criando uma série de novas possibilidades de demandas judiciais. Além disso, essa mesma Constituição apresentou um aumento bastante grande das competências do Poder Judiciário e também do Ministério Público como representante da sociedade civil em juízo, o que provocou um acirramento do fenômeno que denominamos judicialização.

Assim, podemos observar que apesar dos limites que apresenta, a Constituição de 1988 aparece como um importante instrumento de cristalização das tensões sociais que aboliram a ditadura militar iniciada em 1964. Apesar dos sucessivos golpes que as forças trabalhistas e progressistas levaram no desenrolar do processo constituinte, a juridização do novo regime ampliou o potencial das disputas democráticas trazendo uma série de avanços político-institucionais e de novas modalidades de direitos até então inéditas em nosso país.

Em suma, podemos inferir que o controle social acontece no frígido da disputa entre as classes sociais numa dada correlação de forças, devendo se dar no sentido das classes dominadas criarem consensos de consciência de classe, protagonizando reformas cada vez mais transformadoras da lógica de sobreposição de interesses de uma classe (dominante) para o conjunto social (dominadas).

Desta forma, o controle social propõe a perspectiva de atuação de setores organizados da sociedade civil, representados na gestão das políticas públicas, orientando os recursos Estatais a fim de que supram os interesses desse conjunto da sociedade em prol de sua hegemonia.

3. DIRETRIZES

Os apontamentos aqui apresentados não são inovadores no sentido de proposição, mas entende-se como não superadas e não efetivadas as diretrizes de atuação, portanto abaixo relacionadas:

3.1. Fortalecer a participação da comunidade, dos trabalhadores (as) e do controle social na elaboração e execução das políticas públicas:

3.1.1. Incentivar à criação e à manutenção de espaços coletivos de acolhimento e respostas às demandas dos representantes da comunidade, dos trabalhadores e do controle social;

3.1.2. Garantir a participação das CIST/CMS e dos Conselhos Gestores de Saúde no processo de planejamento, discussão, gestão e desenvolvimento das políticas,



Plano Plurianual (PPA), planos e relatórios de gestão da Saúde do Trabalhador e Trabalhadora;

3.1.3. Promover a inclusão dos representantes da comunidade e do controle social nos programas de educação permanente em ST;

3.1.4. Garantir a inclusão de conteúdos políticos e técnicos de ST nos processos de educação permanente, voltados para a comunidade e o controle social, incluindo os grupos de trabalhadores em situações precárias e vulneráveis – ou sob maior risco à saúde ou social;

3.1.5. Incentivar à divulgação e ao acesso do direito à utilização dos sistemas de ouvidorias, bem como de seus relatórios como fontes privilegiadas de informação para a gestão da ST;

3.1.6. Construir e implementar fóruns municipais e estadual, de caráter permanente, interinstitucional e intersetorial, que agregue movimentos de defesa da ST.

3.2. Apoiar e fortalecer as instâncias representativas dos trabalhadores e trabalhadoras e do movimento social:

3.2.1. Apoiar à construção de espaços nos quais os movimentos sociais, populares e sindicais estejam presentes;

3.2.2. Fomentar a interlocução permanente com o movimento e fóruns sindicais como forma de garantir o protagonismo desses atores no planejamento e execução das ações de vigilância sanitária em saúde do trabalhador;

3.2.3. Planejamento e execução das ações da política de ST, com participação das CIPA, Sistema Único de Representação, Comissões Locais de Saúde, Comissões de Saúde do Trabalhador.

3.3. Criar e fortalecer as parcerias com instituições, movimentos e entidades de defesa do direito à saúde dos trabalhadores:

3.3.1 - Divulgar, em toda rede de serviços da saúde e entidades parceiras, órgãos de defesa, orientação aos trabalhadores e à população em geral, sobre onde e como denunciar violações de direito;

3.3.2. Ampliar e fortalecer a articulação de parcerias da saúde com o Ministério Público Estadual e Federal;

3.3.3. Ampliar as ações conjuntas com os diversos Conselhos de Defesa de Direitos;



3.3.4. Divulgar direitos e deveres dos usuários do SUS, bem como adequação das rotinas de trabalho das diversas ações da política de saúde do trabalhador às legislações pertinentes;

3.3.5. Promover à inclusão de populações específicas, visando a equidade no exercício do direito a ST e acesso aos serviços.

3.4. Fortalecer as ações intersetoriais para superar a fragmentação dos conhecimentos e garantir a transversalidade de forma articulada, complementar, cooperativa e solidária das questões de ST:

3.4.1. Fortalecer os canais de acesso aos direitos dos trabalhadores por meio da articulação de ações com os movimentos sociais, fóruns de saúde e sindical, comissões de saúde e demais atores envolvidos com a saúde do trabalhador, considerando as profundas transformações do mundo do trabalho e suas consequências;

3.4.2. Lutar pela inclusão de requisitos de proteção a ST na outorga de financiamentos públicos e privados e nos processos de licitação dos órgãos da administração pública direta e indireta;

3.4.3. Fomentar a utilização de indicadores de impactos à saúde dos trabalhadores e das comunidades para concessão de licenciamento ambiental e incentivo ao desenvolvimento sustentável;

3.4.4. Promover debates para desenvolver mecanismos de proteção social para os trabalhadores e trabalhadoras da economia informal;

3.4.5 - Atuar em rede com os Conselhos Tutelares, CRAS, CREAS, Agência do INSS, Central de Apoio ao Trabalhador da Secretaria Municipal do Trabalho, CADES entre outras;

3.4.6. Identificar e mapear as entidades, instituições, organizações governamentais e não governamentais, associações, cooperativas e demais representações de categorias de trabalhadores presentes no território, incluindo aquelas inseridas em atividades informais de trabalho e populações em situação de vulnerabilidade;

3.4.7. Desenvolver projetos conjuntos com instituições envolvidas com a defesa e a promoção a saúde dos trabalhadores.



3.5. Estabelecer interface com o legislativo

3.5.1. Incentivar à proposição de projetos de lei que promovam a ST, a preservação do meio ambiente e à modernização do parque tecnológico dos setores econômicos do estado e das regiões de saúde, incorporando tecnologias seguras e limpas.

3.6. Produzir saberes compartilhado com o conjunto dos trabalhadores:

3.6.1. Inserir os coletivos de trabalhadores na produção de metodologias, incorporando seu saber e conhecimento em todas as etapas e ações da vigilância em saúde do trabalhador;

3.6.2. Formular e utilizar métodos de investigação e intervenção em ST, considerando as diversas configurações do mundo do trabalho e as novas formas de adoecimento e agravos.

3.7. Democratizar, dar transparência e facilitar o acesso às informações aos representantes da comunidade, dos trabalhadores e do controle social:

3.7.1 - Criar canais de produção e sistematização compartilhada de informação como instrumento de gestão, participação social e promoção da saúde;

3.7.2 - Monitorar as auditorias em ST como instrumento de gestão e do controle social de modo a contribuir para a qualidade das políticas públicas de saúde no estado e nos municípios.

REFERÊNCIAS

SÃO PAULO. Secretaria Municipal da Saúde/COVISA. Programa de Vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS para o Município de São Paulo. São Paulo. 2010.

LACAZ, F. A. de C. *Saúde no Trabalho*, Dissertação de mestrado, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1983.

LACAZ, F. A. de C. *Saúde do Trabalhador: um estudo sobre as formações discursivas da academia, dos serviços e do movimento sindical*. Tese de doutorado, Faculdade de



4ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR E DA TRABALHADORA

Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1996.

FREITAS, C. U., LACAZ, F. A. de C. e ROCHA, L. E. *Saúde Pública e ações de saúde do trabalhador: uma análise conceitual e perspectivas de sua operacionalização programática na rede básica da Secretaria de Estado da Saúde*, Temas IMESC, Sociedade, Direito, Saúde, 1985.

LACAZ, F. A. de C. *Capitalismo globalizado e novas situações de trabalho*, São Paulo, 2006.

MACHADO, F. de A. *Participação social em saúde. Anais da VIII Conferência Nacional de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 1987.



TEXTO 5: SUB-EIXO III - Efetivação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, considerando os princípios da integralidade e intersetorialidade nas três esferas de governo.

AS DIMENSÕES DA INTEGRALIDADE NA EFETIVAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DO TRABALHADOR E DA TRABALHADORA

Marcos da Silveira Franco*

A Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora-PNSTT, instituída pela Portaria nº 1823 de 23 de agosto de 2012, embora se expresse como portaria do Ministério da Saúde, é uma organização normativa que estabelece o caminho para a ação do estado brasileiro em defesa da saúde dos trabalhadores frente aos modelos de desenvolvimento e dos processos produtivos.

Uma política pública de saúde¹ é uma política de estado, não apenas uma ação de governo. Assim, PNSTT é uma política de estado, porque assim foi aprovada no Conselho Nacional de Saúde. Desta maneira, todos os governos da federação têm como prescritivos os eixos e as diretrizes estabelecidas na PNSTT, cabendo a cada um a formulação de propostas para a sua efetivação. Estas propostas governamentais para sua implementação são ações planejadas e que se inserem nos instrumentos de gestão de cada ente, aprovados pelo respectivo controle social e que a cada ano se expressa em uma programação que para ser realizada deve estar inserida na lei orçamentária anual. Este último instrumento é em última instância aprovado também pelo Legislativo.

Uma proposta de um governo que incentive ou não esta política está relacionado ao seu compromisso com a saúde e mais especificamente, com a saúde dos trabalhadores. Não é preciso ser um especialista para compreender a partir daí, a grande diversidade e os diferentes graus de compromisso que os diferentes governos e seus matizes políticos têm com a PNSTT.

Aos foros que contribuíram para a formulação e aprovação desta política de estado brasileiro, como a PNSTT, não faltaram a lucidez de sua urgência. Não se pode dizer o mesmo dos financiadores dos processos produtivos e dos delineadores do desenvolvimento, que acabam por preterir esta política em nome de uma contenção de recursos estatais em favor de investimentos e competitividade, ou outra prioridade expressa em sua carta de compromissos.



4ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR E DA TRABALHADORA

Neste cenário se colocam os protagonistas que desenvolvem a saúde do trabalhador no âmbito de cada esfera de governo do Brasil. Melhor seria dizer, que resistem na militância da saúde do trabalhador. Para eles, é incompreensível uma falta de compromisso governamental. Não há nexos entre um projeto de governo que pregue a qualidade de vida e esqueça a saúde do trabalhador.

Entretanto, é democrático, embora não saudável, a existência de governos que assim se elejam.

Este texto visa estimular uma reflexão sobre como a sociedade civil organizada, os trabalhadores e os gestores devem se posicionar frente à necessária ação governamental e a organização do Sistema único de Saúde-SUS para garantir a saúde dos trabalhadores.

O SUS é a expressão da organização em rede da atenção a saúde, onde o usuário é a razão de sua organização, que se inicia a partir de sua célula que é a família², inserida em sua comunidade, microárea, área, segmento, equipe de atenção básica, unidade básica de saúde, serviços de especialidades, de apoios, de proteção, hospitais de diversos e ascendentes graus de complexidade e densidade tecnológica, até chegar a um hospital de mais alta complexidade. A sua lógica não é a de serviços mais importantes que outros, mas de uma rede solidária e que busque a equidade e priorize as vulnerabilidades do território que se insere. Diga-se que este território, na perspectiva do usuário, não obedece aos limites administrativos dos entes federados, o que implica em uma relação regional interfederativa para que esta responsabilidade seja expressa. Neste território se insere o trabalhador, em seu ambiente de trabalho, em sua família, sua comunidade, seu território vivo com suas lideranças e culturas próprias. Não há um território igual a outro quando se somam estes seus componentes.

O Brasil, em sua diversidade e desafios sociais e econômicos, que se equilibra: com os poucos recursos a que se destina o financiamento do SUS; com as suas necessárias alternâncias de governo nos três entes da federação e seus gestores; com a falta de habilidade profissional para o desenvolvimento do necessário projeto de intervenção no território; com uma rede de atenção à saúde ainda em construção, para garantir uma das importantes dimensões da integralidade^{3,4} que é a referência e a regulação do acesso; com a nossa ainda insuficiência em desenvolver processos de trabalho transdisciplinares que é a expressão da integralidade dos saberes necessário a uma atenção qualificada. Dentre outras circunstâncias, em evolução, aí se insere a PNPSTT.

Como princípio, organizar as linhas de cuidado a partir da atenção básica, ou seja, a partir da família, suas responsabilidades e necessidades, até a suficiência das ações de saúde em serviços de alta complexidade é uma determinação do arcabouço normativo atual do SUS. Mas não é apenas a formalização em instrumento contratual que poderá garantir a operacionalidade desta linha de cuidado. Os serviços devem ter habilidades para a sua missão nesta função em rede. Eles são constituídos por profissionais de saúde, que de uma maneira geral chegam despreparados para o modelo de atenção do SUS, para a missão a que se destina em cada território. Não são formados para isto e cabe ao SUS este apoio de



educação permanente e de apoio institucional ou matricial para esta qualificação. Protocolos de encaminhamento e terapêuticos, regulação de acesso, sistemas de informação e comunicação ainda são demandas importantes de organização do SUS em construção.

As necessidades e demandas da saúde do trabalhador se inserem neste contexto. Parece evidente que, se esta organização está em construção, nela se inserem disputas temáticas a reivindicar para si a prioridade no processo de planejamento. Nenhuma destas áreas que compõe o arcabouço de ações do SUS, da promoção, prevenção, proteção, tratamento à reabilitação, poderiam ser negligenciadas. Mas o que observamos no planejamento do SUS é um verticalismo que tende a suplantar a necessária integração destas ações no território onde vivem e trabalham as pessoas.

É saudável afirmar que a saúde do trabalhador então deve se inserir e participar do processo de planejamento ascendente⁵ da saúde desde o início, ou seja, na relação com a comunidade local, na unidade básica de saúde junto às equipes de atenção básica em seu planejamento do processo de trabalho e projeto de intervenção territorial.

Qual a ação de um Agente Comunitário de Saúde - ACS, que se ocupa de visitar cada domicílio, necessita desenvolver para que neste trabalho seja feita alguma ação de saúde do trabalhador? Há alguma ação de saúde do trabalhador nesta visita? Como apoiar este ACS nesta ação? Como sensibilizar este trabalhador de saúde desta necessidade, uma vez que não se vai instituir uma atenção básica específica, nem um ACS específico para a PNSTT ou qualquer outra política específica. Estas perguntas podem ser reproduzidas para e a partir de cada profissional da equipe de atenção básica, início da linha de cuidado.

Quais as ações de vigilância são necessárias no âmbito da equipe de atenção básica que interessam à PNSTT? Como desenvolver esta institucionalidade e habilidades nesta equipe? Como compor a saúde do trabalhador no processo de trabalho transdisciplinar no ambiente da atenção básica? Qual papel dos técnicos de saúde do trabalhador nesta formulação, institucionalização, desenvolvimento de habilidades e transdisciplinaridade?

O território, a comunidade, seus cidadãos, seus trabalhadores, tem seus condicionantes e determinantes sociais e necessitam da promoção da saúde⁷. Quais as ações de promoção da saúde devem ser desenvolvidas para enfrentar a determinação da condição de saúde do trabalhador em cada um dos diferentes territórios e a partir da responsabilidade sistêmica de cada ente federado? Há muitas determinações deste estado de saúde dos trabalhadores que são comuns, que poderiam ser abordadas de forma mais ampla, mas há situações que se constroem a partir da necessidade e sustentabilidade em cada comunidade para que seja uma comunidade saudável. Qual a participação dos trabalhadores do SUS e em especial dos que trabalham com a saúde do trabalhador na emancipação⁶ social desta comunidade?

Mas a linha de cuidado não se esgota na atenção básica, é apenas o início onde cada uma destas sugeridas reflexões deve ocorrer. Estas questões e outras mais singulares



podem ser formuladas para cada ação e serviço dos diferentes componentes da rede de atenção à saúde - RAS, em suas diferentes densidades tecnológicas e atribuições na rede de atenção à saúde.

Podemos então afirmar que o processo de criação no SUS das nossas responsabilidades sobre a saúde do trabalhador passou por um período de desenvolvimento de expertises e serviços especializados. Este foi um período muito importante na história da saúde pública brasileira. Graças aos seus militantes e trabalhadores foi possível a construção de uma PNSTT que estabelece um novo horizonte de responsabilidades sistêmicas. Se a RENAST é importante, a sua qualificação e inserção na RAS amplia a saúde do trabalhador a ultrapassar os limites da desatenção ao trabalhador. Nosso país viveu no século passado a existência de um modelo de saúde excludente que não pode ser esquecido ou reproduzido. Assim, o CEREST e a RENAST tem um novo desafio a se incorporar em sua missão: ser o apoio para que a RAS seja suficientemente responsável e qualificada na atenção à saúde do trabalhador. Integrar⁸ não é criar um terceiro serviço a partir da união de dois que antecederam, anulando-os, mas o desenvolvimento de um novo processo de trabalho que garanta a complexidade⁹ necessária a uma atenção qualificada, onde o usuário é a lógica organizativa, não a especialidade dos serviços. Em outros termos, uma rede se justifica pela necessidade integral do usuário, não pelo pensar organizativo que valorize apenas as necessárias singularidades dos serviços.

Ao que sabemos estas questões estão a se responder na diversidade e militância dos trabalhadores, gestores e sociedade civil organizada em diversos lugares do Brasil. No mínimo precisamos compartilhar nossos acertos e discutir nossos erros nestas novas fronteiras de efetivação da PNSTT.

Bibliografia:

1. Fleury S, Ouverney AM. Política de Saúde: uma política social. In: Giovanella L, et al. Políticas e sistemas de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2008.
2. BRASIL. Portaria MS 2488/2011. Política Nacional de Atenção Básica. [acesso em 2012 Ago]. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/110154-2488.html>
3. Hartz ZMA, Contandriopoulos A-P. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros” Cad. Saúde Pública. 2004; 20 Sup 2:S331-S336.
4. BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Coordenação de Gestão da Atenção Básica, Integralidade da Atenção à Saúde, Texto adaptado por: Maria do Carmo Gomes Kell, Brasília, 2007.
5. BRASIL, Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro, PORTARIA Nº 2.135, DE 25 DE SETEMBRO DE 2013, Estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).



http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2135_25_09_2013.html acesso em dezembro de 2013

6. SILVA, José Marcos da; SANTOS, Mariana Olívia Santana dos; AUGUSTO, Lia Giraldo da Silva and GURGEL, Idê Gomes Dantas. Desenvolvimento sustentável e saúde do trabalhador nos estudos de impacto ambiental de refinarias no Brasil. Saúde soc. [online]. 2013, vol.22, n.3, pp. 687-700. ISSN 0104-1290.

7. Westphal MF. Promoção da saúde e prevenção de doenças. In: Campos et al. Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo: Hucitec, Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006.

8. Pinheiro R. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. In: Pinheiro R, Mattos RA. Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: ABRASCO; 2001.

9. Morin E. Ciência com Consciência. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 1982.

* Marcos da Silveira Franco: médico; especialista em saúde pública-FSP/USP; mestre em saúde coletiva- UnB; doutorando em ciências da saúde-UnB; Assessor Técnico do Conselho Nacional de Secretárias Municipais de Saúde – Conasems. marcos@conasems.org.br



TEXTO 6: SUB-EIXO IV - financiamento da Política Nacional de Saúde do Trabalhador, nos Municípios, Estados e União.

FINANCIAMENTO DA SAÚDE DO TRABALHADOR

Reginaldo Muniz Barreto

1. FINANCIAMENTO DO SUS: ESTABILIDADE E INSUFICIÊNCIA

1.1. Receitas em crescimento

Definindo que a saúde é direito de todos e dever do Estado, a Constituição Federal estabelece a obrigatoriedade do seu financiamento por parte dos Municípios, dos Estados e da União. As regras estabelecidas pela legislação para viabilizar o financiamento da saúde pública no Brasil adquiriram uma natureza de estabilidade a partir da Emenda Constitucional 29, de 13 de setembro de 2000. Trata-se de uma importante conquista, resultado da luta social e política, que não deve ser subestimada. Como se sabe, municípios e estados devem gastar em ações e serviços públicos de saúde, respectivamente, o mínimo de 15 e 12% dos impostos arrecadados. O Governo Federal, por seu turno, deve destinar ao SUS o montante correspondente ao valor empenhado no exercício financeiro anterior, acrescido de, no mínimo, o percentual correspondente à variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB) ocorrida no ano anterior ao da lei orçamentária anual. A Lei Complementar 141, de 13 de janeiro de 2012, regulamentou a Emenda Constitucional 29.

A estabilidade das regras tem permitido um gradual incremento dos recursos destinados ao SUS, tanto quando se considera o seu valor absoluto, valor por habitante ou como percentual do PIB. Utilizando-se os dados do SIOPS – Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde, pode-se verificar que, no período 2002-2010, o volume total de recursos destinados à saúde pública, nas três esferas de governo – federal, estadual e municipal -, em termos reais (já descontada a inflação), cresceu 85,6%; o crescimento por habitante foi de 69,9%; o crescimento como percentual do PIB foi de 14,3%. Quando se compara os gastos com saúde das três esferas de governo, constata-se que o âmbito



federal foi o que teve menor participação nesse incremento, embora no período 2009 a 2014, de acordo com o Fundo Nacional de Saúde, o orçamento do Ministério da Saúde tenha aumentado em 35%, já descontada a inflação.

1.2. Despesas

Do ponto de vista das despesas com saúde, avanço importante da Lei Complementar 141 foi a incorporação da definição de ações e serviços públicos de saúde a serem considerados para efeito dos percentuais destinados ao SUS, bem como a relação de ações que não podem ser aceitas para esse fim, constantes da Resolução 322 de 08 de maio de 2003, do Conselho Nacional de Saúde. Essa medida tornou claramente ilegal o uso de recursos da saúde para atender a despesas que não correspondam às atribuições específicas do SUS, vez que a Resolução 322 era fortemente contestada pela via judicial por prefeituras e estados.

Para garantir a efetividade dessa determinação é necessária uma atuação sistemática e consequente dos Conselhos de Saúde e de órgãos como o Ministério Público e os Tribunais de Contas. É também de grande importância o fortalecimento das instâncias de acompanhamento e controle como o SIOPS e o DENASUS – Departamento Nacional de Auditoria do SUS.

É fundamental aumentar a eficiência dos gastos com saúde no Brasil, através da melhoria da qualidade da gestão, da consolidação de uma política de gestão do trabalho com democratização das relações de trabalho e desprecarização dos vínculos e das condições de trabalho dos trabalhadores do SUS e de um Controle Social cada vez mais fortalecido.

A busca pelo aumento da eficiência e eficácia na gestão dos recursos da saúde pública deve ser sistemática, contínua e ininterrupta. Por isso mesmo não se pode usar os problemas de gestão como argumento para a manutenção da crônica insuficiência de recursos. Os dois processos devem ser encaminhados de forma conjunta – os recursos disponíveis devem ser incrementados ao tempo em que se promova a melhoria da qualidade da gestão, com políticas e estratégias adequadas à natureza institucional do SUS.

Nesse sentido, um importante componente do sistema de gestão, outro avanço da EC 29, consolidado e ampliado pela LC 141, foi a exigência de criação e funcionamento



dos Fundos de Saúde, como gestores do orçamento do SUS, nas respectivas esferas, o que permite maior racionalização da gestão e possibilidade de um maior controle sobre o uso dos recursos. No entanto, para que isso aconteça, é cada vez mais necessária a presença firme dos Conselhos de Saúde e dos órgãos de acompanhamento, controle e auditoria na fiscalização da atuação dos Fundos de Saúde.

1.3. Insuficiência

Entretanto, tem se tornado evidente ao longo dos últimos anos que a estabilidade das regras e o incremento no volume dos recursos tem sido insuficiente para suprir a necessidade de financiamento das ações e serviços da saúde pública no Brasil, particularmente no âmbito federal. As despesas com saúde tem aumentado para muito além das receitas, não apenas pela alteração do perfil demográfico no Brasil, mas também pelo encarecimento das novas tecnologias produzidas pelas indústria farmacêutica e de produtos e serviços de saúde. A proposta de garantir um piso de 10% da receita corrente bruta para o financiamento do SUS, encaminhada com as assinaturas de mais de um milhão de cidadãos e cidadãs, não foi aceita pelo Governo Federal nem pelo Congresso Nacional. Portanto, é de se reconhecer que a Lei Complementar 141 não contribuiu para o aumento necessário do orçamento destinado à saúde pública no Brasil, mantendo os mesmos patamares da Emenda Constitucional 29.

Em relação à insuficiência dos recursos destinados ao SUS é importante considerar o conteúdo do Relatório da Subcomissão Especial Destinada a Tratar do Financiamento, Reestruturação da Organização e Funcionamento do SUS, de outubro de 2011, da Câmara dos Deputados, quando compara, entre si, países com sistemas universais de saúde – Inglaterra, França, Espanha e Brasil, como se pode constatar a seguir.

“Vê-se, portanto, que no financiamento dos sistemas há uma marcada diferença em relação ao Brasil. Enquanto a Inglaterra aplica recursos públicos na ordem de 8,5% de seu PIB na saúde e a França, de 11%, no Brasil os recursos públicos aplicados na saúde (provenientes dos três níveis federados) correspondem a apenas 3,6% do PIB. Na Espanha, cerca de 70% dos gastos em saúde são públicos, inverso do que ocorre no Brasil, onde a maioria dos gastos já são privados”.

O Relatório chama a atenção para o fato de que tem se verificado, naqueles países, pressões decorrentes da crise econômica mundial e europeia, no sentido de redução dos



direitos sociais, particularmente no campo da seguridade, decorrentes da política de privilégios ao capital financeiro, em detrimento das condições de vida da população.

Segundo o referido Relatório, “o financiamento e sua sustentabilidade estão na origem das demandas por mudanças nos sistemas de saúde universais analisados”, vez que “os elevados custos dos serviços de saúde e as crescentes demandas provocadas pelo envelhecimento das populações e aumento da prevalência de doenças crônicas, num contexto de crise econômica mundial, tem aumentado a pressão pelo aumento da eficiência dos sistemas e colocado em evidência a necessidade de considerar sua sustentabilidade”.

No mencionado Relatório, são apresentados quatro indicadores sobre financiamento da saúde divulgados pelo Observatório Global da Saúde da Organização Mundial da Saúde (OMS) em 2011, para um conjunto de 192 países (praticamente todos os existentes) a respeito dos gastos do ano de 2009.

“No indicador de gasto anual com saúde por habitante (em dólar internacional), o Brasil ocupa a 63º posição, situando-se no grupo de 33% de países que apresentam os maiores gastos”.

No indicador de gasto anual com saúde por habitante (em dólar internacional) realizado pelo setor público, o Brasil ocupa a 77º posição, situando-se no grupo de 40% de países que apresentam os maiores gastos.

No indicador de gasto anual com saúde, como proporção do Produto Interno Bruto - PIB -, o Brasil ocupa a 44º posição, situando-se no grupo de 23% de países que apresentam os maiores gastos.

No indicador de proporção de gasto anual com saúde realizado pelo setor público, o Brasil ocupa a 143º posição, situando-se no grupo de 25% de países cujo setor público menos gastam com saúde, em relação ao setor privado”.

São indicadores preocupantes para o Brasil, a 6ª economia do mundo.

1.4. Renúncia fiscal do Governo Federal para a saúde privada

Um dos aspectos não muito explorados do processo de financiamento da saúde no Brasil se refere à renúncia fiscal do Governo Federal com a saúde privada. Estudo publicado pelo IPEA - Mensuração dos Gastos Tributários: O Caso dos Planos de Saúde



2003-2011 - procura jogar luz sobre a obscuridade reinante quanto a esses dados. A renúncia fiscal total atingiu o montante de 14 bilhões de reais em 2010; com planos de saúde o volume de recursos de renúncia fiscal do governo federal atingiu quase 7 bilhões de reais naquele ano, representando 23,3% e 11,3%, respectivamente, dos gastos federais com o SUS.

Um outro aspecto a ser considerado, na temática do subfinanciamento do SUS e sua relação com a transferência de recursos públicos para a esfera privada, diz respeito ao ressarcimento a ser feito pelos planos de saúde para o SUS, quando este realiza procedimentos previstos na cobertura do respectivo plano. Apesar do significativo incremento no período 2010 a 2013 (de 15,5 milhões de reais para 83 milhões em 2011, 72 milhões em 2012 e 168 milhões de reais em 2013), resultado de um maior empenho de cobrança por parte do Ministério da Saúde, estima-se em cerca de 2 bilhões de reais anuais o que os planos de saúde deveriam ressarcir ao SUS. Há, portanto, muito a ser feito ainda nesse campo.

2. FINANCIAMENTO DA SAÚDE DO TRABALHADOR E DA TRABALHADORA

2.1. Dependência da definição de prioridades em todas as áreas do SUS

A implementação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT) se fará com recursos orçamentários e financeiros do SUS. Logo, é evidente que o financiamento da saúde do trabalhador, neste âmbito, está inteiramente determinado e condicionado pelo nível de adequação às necessidades e grau de estabilidade e crescimento dos recursos destinados ao financiamento do SUS.

As ações, metas e indicadores de saúde do trabalhador deverão ser inseridos nos Planos de Saúde e na Programação Anual de Saúde, nas esferas federal, estadual e municipal, considerando-se os princípios, diretrizes, objetivos, estratégias e as atribuições dos gestores do SUS definidas na PNSTT. Assim, nesse sentido, o volume de recursos destinados à cobertura das ações e serviços relacionados à implementação da PNSTT, nas esferas municipal, estadual e federal, dependerá do grau de prioridade estabelecido pelos respectivos gestores.



Uma perspectiva de fundamental importância a ser considerada é que a implementação da PNSST conduzirá indubitavelmente à necessidade de incremento orçamentário e financeiro dos projetos e atividades vinculados à saúde do trabalhador, para viabilizar as “mudanças substanciais nos processos de trabalho em saúde, na organização da rede de atenção e na atuação multiprofissional e interdisciplinar, que contemplem a complexidade das relações trabalho-saúde.” (PNSST - Art. 6º, parágrafo único).

A definição das prioridades estratégicas no processo de implementação da PNSST deverá compreender a consequente necessidade de dimensionamento do seu financiamento. Parece evidente que o orçamento das estruturas de gestão e coordenação da saúde do trabalhador e da trabalhadora deverá ser reconsiderado para atender à nova dimensão assumida pela temática em função da PNSST. Porém é a definição de prioridades em saúde do trabalhador e da trabalhadora nos campos da Vigilância em Saúde, da Atenção Básica, da Atenção Especializada, da Educação e Gestão do Trabalho em Saúde, da Gestão Participativa que constitui o elemento decisivo na implementação da PNSST, viabilizando, de fato, a inserção dessa temática em todos os níveis e instâncias do SUS. E é exatamente nessas áreas fundamentais que a definição de prioridades e a alocação orçamentária e financeira deverão ser revista, a partir da definição estratégica de implementação da PNSST.

2.2. Quadro atual: recursos disponíveis e não gastos

É fora de dúvida a evolução positiva dos recursos destinados à consecução das atividades específicas de saúde do trabalhador e da trabalhadora, no âmbito do SUS, nos últimos anos, materializando a estratégia de construção da RENAST – Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador. No período 2003 a 2013 houve um incremento de 660% nos recursos destinados à saúde do trabalhador repassados pelo Ministério da Saúde para os Cerest's – Centros de Referência em Saúde do Trabalhador – regionais e estaduais (de R\$ 10,4 milhões para R\$ 79,7 milhões).

Para 2014, a Coordenação Geral de Saúde do Trabalhador do Ministério da Saúde tem um orçamento de 11.000.000,00 (onze milhões de reais) destinados ao desenvolvimento das atividades de articulação nacional, dentre as quais se destaca a coordenação técnica da RENAST, o que implica em permanente articulação com os



Cerest's e com a CIST; encontros anuais e conferências, participação em eventos e, também para convênios, estudos e pesquisas na área de saúde do trabalhador.

Ao longo dos últimos anos, num aparente paradoxo, tem se verificado que um significativo volume de recursos alocados nos Cerest's não tem sido utilizado, sob a alegação de existência de dificuldades de várias ordens apresentadas pelos gestores e, notadamente, pela falta de priorização das ações de promoção, prevenção, diagnóstico e vigilância em saúde do trabalhador.

Os processos formais têm sido realizados. Aparentemente, os Cerest's têm elaborado corretamente os seus Planos de Trabalho Anuais, inclusive com a participação do Controle Social, que são incorporados às respectivas Programações Anuais de Saúde nos estados e municípios. No entanto, a execução dos projetos e atividades constantes do Plano de Trabalho dos Cerest's tem sido insatisfatória: boa parte das ações previstas nos planos não tem se concretizado.

Pesquisa feita recentemente indica que a utilização dos recursos é muito baixa, acumulando-se recursos na conta do Bloco de Média e Alta Complexidade e/ou em outras ações que não vinculadas especificamente ao campo da Saúde do Trabalhador.

Certamente, a identificação clara e objetiva das causas desse aparente paradoxo deverá ser de grande relevância para a definição da estratégia de financiamento do processo de implementação da PNSTT, de forma estrutural e sistemática, em todas as áreas de atuação do SUS.



TEXTO 7: SUB-EIXO IV - financiamento da Política Nacional de Saúde do Trabalhador, nos Municípios, Estados e União.

DIRETRIZES PARA O ESTABELECIMENTO DE PRIORIDADES QUE NORTEARÃO A PROGRAMAÇÃO ANUAL DE SAÚDE, A LEI DE DIRETRIZES ORÇAMENTÁRIAS E A LEI ORÇAMENTÁRIA ANUAL E O SUBFINANCIAMENTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS

Francisco R. Funcia
Consultor da FGV e do CNS,
Professor do Instituto Mauá de Tecnologia e
Universidade Municipal de São Caetano do Sul

INTRODUÇÃO

A necessidade de apresentação do capítulo saúde da Lei de Diretrizes Orçamentárias aos Conselhos de Saúde não surgiu com a Lei Complementar nº 141/2012, pois antes já era obrigatória à luz da legislação e normas específicas vigentes, ficando assegurado seu papel de formular estratégias e controlar a execução da política de saúde, envolvendo também os aspectos econômicos e financeiros.

Porém, a nova legislação definiu que os gestores de saúde dos governos federal, estaduais e municipais, assim como do Distrito Federal, seguirão as diretrizes para o estabelecimento de prioridades que forem aprovadas pelos respectivos Conselhos de Saúde, as quais nortearão a elaboração da Programação Anual de Saúde e a programação da saúde dos Projetos da Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e da Lei Orçamentária Anual (LOA). Trata-se de uma importante exigência da Lei Complementar nº 141/2012 que, se cumprida, pode contribuir para a superação parcial do subfinanciamento do SUS.

Inicialmente, o que se entende por “diretriz”? Considerando o significado etimológico (Houaiss, 2013), trata-se de um “conjunto de princípios e normas de procedimento, regras de comportamento”.

Assim sendo, os Conselhos de Saúde deverão orientar e indicar os “princípios” para o estabelecimento de prioridades para a programação das despesas como as ações e serviços públicos de saúde por parte dos gestores públicos de saúde da União, dos Estados



e dos Municípios. Essas diretrizes devem ser deliberadas pelos respectivos Conselhos de Saúde, nos termos da legislação, cabendo aos gestores o encaminhamento de uma proposta para essa análise e deliberação do CNS. Se não houver esse encaminhamento, os conselhos definirão e deliberarão essas diretrizes, sempre à luz do Plano Nacional de Saúde (PNS) e do Plano Plurianual (PPA) vigentes, bem como da legislação que rege o SUS, especialmente, a Lei nº 8080/90, a Lei nº 8142/90 e a Lei Complementar nº 141/2012.

É importante lembrar que nenhuma despesa poderá ser realizada se não houver previsão na Lei Orçamentária (LOA) e que nada constará nessa lei sem que tenha sido priorizada na LDO e na Programação Anual de Saúde. Por fim, a LDO e a PAS devem ser compatíveis com o PNS e com o PPA. Disso resulta a nova importância dada aos conselheiros de saúde nesse processo: deliberar anualmente sobre as diretrizes para o estabelecimento de prioridades que constarão na LDO e PAS para o detalhamento das despesas na LOA, a partir do processo dos planos quadrienais – PNS e PPA.

REFERÊNCIAS LEGAIS PARA A DEFINIÇÃO DAS DIRETRIZES PARA O ESTABELECIMENTO DE PRIORIDADES

Nos termos do artigo 30 da LC 141/2012, a elaboração dos Projetos de Lei do Plano Plurianual (PPA), da Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e da Lei Orçamentária Anual (LOA) devem contemplar os dispositivos dessa Lei Complementar, inclusive no que se refere ao processo de planejamento ascendente nos termos dos parágrafos 1º a 3º (planos e metas municipais, pactuações intermunicipais e regionais, planos e metas estaduais e planos e metas nacionais, elaborados a partir das necessidades de saúde da população em cada região, com base no perfil epidemiológico, demográfico e socioeconômico, para definir as metas anuais de atenção integral à saúde e estimar os respectivos custos). O parágrafo 4º atribui como competência aos conselhos de saúde a definição das prioridades nas três esferas de governo.

Faz-se necessário destacar que o prazo para o cumprimento do disposto no parágrafo 4º deve ser anterior ao processo de elaboração da Programação Anual de Saúde (PAS), que deve ser aprovada pelos respectivos conselhos de saúde antes do capítulo saúde do Projeto de LDO (parágrafo 2º do artigo 36), sendo este último encaminhado ao Poder Legislativo em abril de cada ano.



4ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR E DA TRABALHADORA

Pelo artigo 2º da LC 141/2012, foram introduzidas novas diretrizes em relação às existentes anteriormente, consolidando definitivamente o entendimento de que despesas com ações e serviços públicos de saúde devem ser caracterizadas também pela garantia do acesso gratuito a esses serviços.

O citado dispositivo legal estabelece no seu Parágrafo Único que a movimentação financeira dos recursos vinculados ao financiamento do SUS deverá ser realizada pelos respectivos fundos de saúde da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios. Também está absolutamente claro que as despesas com ações decorrentes das “políticas públicas que atuam sobre determinantes sociais e econômicos” não podem ser consideradas como ações e serviços públicos de saúde, reforçando entendimento legal já existente sobre essa matéria. Esses dois aspectos devem servir de referência para o estabelecimento das diretrizes citadas. Aliás, estão presentes nas diretrizes dessa nova legislação os princípios anteriormente estabelecidos pelo artigo 7º da Lei nº 8080/90 – universalidade de acesso, integralidade de assistência, defesa da integridade física e moral das pessoas, igualdade da assistência à saúde, direito à informação, divulgação de informações sobre os serviços de saúde, estabelecimento de prioridades e de alocação de recursos segundo critérios epidemiológicos, participação da comunidade, descentralização político-administrativa com direção única em cada esfera de governo (ênfase para os serviços municipais e para a regionalização e hierarquização da rede de serviços), integração das ações de saúde, saneamento e meio ambiente, coordenação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos das três esferas de governo na prestação de serviços à população, inclusive a respectiva organização para evitar duplicidade de ações e capacidade de resolução desses serviços em todos os níveis de assistência à saúde.

O artigo 3º da LC 141/2012 disciplina o que pode ser considerado como despesas com ações e serviços públicos de saúde para o cômputo da aplicação mínima estabelecida por essa lei, base conceitual que deverá ser considerada pelos conselhos de saúde quando da definição das diretrizes para o estabelecimento de prioridades.

O *caput* do artigo 3º remete ao artigo 200 da Constituição Federal (CF88) e ao artigo 6º da Lei nº 8080/90, que apresentam dispositivos que continuam válidos para a definição das despesas que podem ser computadas para o cálculo da aplicação mínima em ações e serviços públicos de saúde, a seguir transcritos:



Art. 200. Ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei:

I - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos;

II - executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador;

III - ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde;

IV - participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico;

V - incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico;

VI - fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano;

VII - participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;

VIII - colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho.

(...) e

Art. 6º Estão incluídas ainda no campo de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS):

I - a execução de ações:

a) de vigilância sanitária;

b) de vigilância epidemiológica;

c) de saúde do trabalhador; e

d) de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica;

II - a participação na formulação da política e na execução de ações de saneamento básico;

III - a ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde;

IV - a vigilância nutricional e a orientação alimentar;

V - a colaboração na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho;



VI - a formulação da política de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos e outros insumos de interesse para a saúde e a participação na sua produção;

VII - o controle e a fiscalização de serviços, produtos e substâncias de interesse para a saúde;

VIII - a fiscalização e a inspeção de alimentos, água e bebidas para consumo humano;

IX - a participação no controle e na fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;

X - o incremento, em sua área de atuação, do desenvolvimento científico e tecnológico;

XI - a formulação e execução da política de sangue e seus derivados.

§ 1º Entende-se por vigilância sanitária um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde, abrangendo:

I - o controle de bens de consumo que, direta ou indiretamente, se relacionem com a saúde, compreendidas todas as etapas e processos, da produção ao consumo; e

II - o controle da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde.

§ 2º Entende-se por vigilância epidemiológica um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos.

§ 3º Entende-se por saúde do trabalhador, para fins desta lei, um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho, abrangendo:

I - assistência ao trabalhador vítima de acidentes de trabalho ou portador de doença profissional e do trabalho;

II - participação, no âmbito de competência do Sistema Único de Saúde (SUS), em estudos, pesquisas, avaliação e controle dos riscos e agravos potenciais à saúde existentes no processo de trabalho;



III - participação, no âmbito de competência do Sistema Único de Saúde (SUS), da normatização, fiscalização e controle das condições de produção, extração, armazenamento, transporte, distribuição e manuseio de substâncias, de produtos, de máquinas e de equipamentos que apresentam riscos à saúde do trabalhador;

IV - avaliação do impacto que as tecnologias provocam à saúde;

V - informação ao trabalhador e à sua respectiva entidade sindical e às empresas sobre os riscos de acidentes de trabalho, doença profissional e do trabalho, bem como os resultados de fiscalizações, avaliações ambientais e exames de saúde, de admissão, periódicos e de demissão, respeitados os preceitos da ética profissional;

VI - participação na normatização, fiscalização e controle dos serviços de saúde do trabalhador nas instituições e empresas públicas e privadas;

VII - revisão periódica da listagem oficial de doenças originadas no processo de trabalho, tendo na sua elaboração a colaboração das entidades sindicais; e

VIII - a garantia ao sindicato dos trabalhadores de requerer ao órgão competente a interdição de máquina, de setor de serviço ou de todo ambiente de trabalho, quando houver exposição a risco iminente para a vida ou saúde dos trabalhadores.

O artigo 4º da LC 141/2012 define o que não pode ser considerado no cômputo da aplicação mínima com ações e serviços públicos de saúde e deve ser combinado com o parágrafo 4º do artigo 24 desta lei, que também indica outras despesas que não podem ser consideradas para esse mesmo fim, a saber, “despesas custeadas com receitas provenientes de operações de crédito contratadas para essa finalidade ou quaisquer outros recursos não considerados na base de cálculo da receita” de Estados, Distrito Federal e Municípios. Assim sendo, os gastos a seguir também deverão ser excluídos do cômputo da aplicação mínima em ações e serviços públicos de saúde: assistência médica a servidores; a parte das despesas referentes à farmácia popular decorrente dos pagamentos efetuados pelos usuários; e outras despesas financiadas com recursos próprios vinculados (como por exemplo, DPVAT no caso da União, taxas de vigilância sanitária, entre outras vinculadas à saúde por competência legal).

O artigo 17 da LC 141/2012 trata do rateio de recursos federais para Estados, Distrito Federal e Municípios. O *caput* desse artigo determina a necessidade do



cumprimento do inciso II do parágrafo 3º do artigo 198 da Constituição Federal (que estabelece a necessidade de considerar entre os objetivos desses repasses a progressiva redução das disparidades regionais), bem como do artigo 35 da Lei nº 8080/90. Entretanto, é importante destacar que a obediência ao critério socioeconômico para a fixação de diretrizes para o estabelecimento de prioridades não pode desrespeitar a regra da garantia do acesso universal, nem incluir despesas de caráter assistencial, vedadas também pela nova legislação em vigor.

Cabe destacar ainda a competência atribuída ao Conselho Nacional de Saúde no parágrafo 1º do artigo 17 da LC 141/2012, de aprovar a metodologia e o montante de recursos a serem transferidos para Estados, Distrito Federal e Municípios pactuados na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), que se repete em outro artigo para as transferências dos Estados para os Municípios pactuados na Comissão Intergestores Bipartite (CIB), bem como o dispositivo (parágrafo 3º do artigo 17) que obriga ao Poder Executivo manter informados os respectivos Conselhos de Saúde e Tribunais de Contas dos entes da Federação sobre os repasses da União baseados no Plano Nacional de Saúde nos termos pactuados. Nesse sentido, quando os conselhos de saúde deliberarem sobre as diretrizes para o estabelecimento de prioridades no PLDO e PLOA, deverá contemplar esse dispositivo referente às transferências de recursos da esfera federal para as demais.

O artigo 43 da LC 141/2012 estabelece que o governo federal cooperará técnica e financeiramente com os demais entes federativos para implementação da regra estabelecida para transferência financeira nos termos do artigo 20 do mesmo diploma legal, para modernização técnica e administrativa dos Fundos de Saúde requerida para o cumprimento dos dispositivos dessa lei e para a formulação de indicadores que serão utilizados pelos conselhos de saúde para apreciar a qualidade dos serviços de saúde prestados à população. Trata-se de outra referência importante para integrar as diretrizes para o estabelecimento de prioridades por parte do Ministério da Saúde que o CNS deve contemplar.

Adicionalmente, o artigo 44 do mesmo diploma legal estabelece ao gestor do SUS a responsabilidade de oferecer programa de educação permanente voltado para a qualificação do conselheiro de saúde, especialmente a representação dos usuários e dos trabalhadores, no papel de formular estratégia e controlar a execução da política de saúde. Essa é outra referência importante a ser observada pelos conselhos de saúde no processo de



aprovação de diretrizes para o estabelecimento de prioridades que orientarão a elaboração dos projetos de LDO e de LOA.

CONSIDERAÇÕES FINAIS: OUTROS ASPECTOS PARA SUPERAR O PROCESSO DE SUBFINANCIAMENTO DO SUS

Foi apresentado anteriormente o conjunto de dispositivos que formam o quadro da referência legal básica para subsidiar os conselheiros de saúde no processo de deliberação das diretrizes para o estabelecimento de prioridades que nortearão a elaboração dos Projetos de LDO e LOA, de modo que o detalhamento das despesas com ações e serviços públicos de saúde que farão parte dos orçamentos da União, dos Estados e dos Municípios deverá estar em consonância com essas diretrizes aprovadas pelos respectivos conselhos de saúde. Uma parte da luta para superar o processo de subfinanciamento do SUS passa necessariamente pela utilização dos mecanismos legalmente constituídos para o processo de planejamento e execução orçamentária do SUS por parte dos conselheiros de saúde.

Entretanto, isso não basta para superar o problema do subfinanciamento do SUS, porque não existe gestão eficiente sem financiamento adequado e, nesse quesito, o Brasil gasta pouco com saúde (menos de 4% do PIB), em comparação a outros países com sistemas de saúde com acesso universal (acima de 6% do PIB). Nessa perspectiva:

1. É preciso fortalecer o processo de planejamento integrado de governo para fortalecer o processo de financiamento do SUS:

1.1. Instituir o “Ciclo Orçamentário Brasileiro do SUS”, com a elaboração de Planos Plurianuais (PPA’s), Leis de Diretrizes Orçamentárias (LDO’s) e Leis Orçamentárias Anuais (LOA’s) nas esferas federal, estaduais e municipais integrados entre si e com os respectivos Planos de Saúde e Programações Anuais de Saúde. Primeiro passo: definir um calendário compatível para esse fim para realização das Conferências de Saúde;

1.2. Retomar a política econômica de 2011 e 2012, de crescimento econômico com reduções sucessivas da taxa básica de juros pelo COPOM (Comitê de Política Monetária do Banco Central). A relevância orçamentária e financeira das despesas com pagamento de juros e amortização da dívida pública no Brasil pode ser observada pelos exemplos a seguir: para cada R\$5,00 alocados para pagamento de juros e encargos da dívida, R\$2,00 são para educação; para cada R\$ 2,00 alocados para pagamento de juros e encargos da



dívida, R\$1,00 é para saúde. Assim sendo, a redução das despesas com juros e encargos da dívida abriria um “espaço” orçamentário para a aprovação da vinculação de 10% da Receita Bruta Federal para o financiamento do SUS.

2. O fortalecimento do processo de financiamento do SUS passa pela revisão do Projeto de Reforma Tributária, que está tramitando no Congresso Nacional, e pela continuidade e aprofundamento da redução do processo de concentração de renda em curso no Brasil nos últimos dez anos:

2.1. Não extinguir as contribuições sociais enquanto fontes próprias do Orçamento da Seguridade Social. Essas fontes específicas representaram uma importante inovação trazida pela Constituição de 1988 e, com isso, poderiam ser utilizadas de forma independente para fortalecer o financiamento do SUS;

2.2. Aumentar a tributação direta (sobre o patrimônio, a renda e a riqueza) e reduzir a tributação indireta (sobre a produção e o consumo). No caso do Imposto de Renda, por exemplo: aumentar as faixas de renda tributável e a quantidade de alíquotas, bem como aumentar as alíquotas dessas novas faixas de rendimento a serem criadas, além de rever as isenções fiscais;

2.3. “Resgatar” a CPMF, não necessariamente para a saúde, mas principalmente para “capturar os fugitivos do Fisco” e fortalecer o financiamento das políticas públicas das três esferas de governo (União, Estados e Municípios). Como a população continua pagando a “CPMF” embutida nos preços dos produtos, que não foram reduzidos após o fim da vigência legal da cobrança desse tributo, o “resgate” representaria a realocação desses recursos do “caixa das empresas privadas” para os “cofres públicos”;

3. É preciso fortalecer o processo de financiamento do SUS para que seja possível cumprir os dispositivos do capítulo constitucional da Saúde, da Lei nº 8080/90, da Lei nº 8142/90 e da Lei Complementar nº 141/2012, assim, aprimorar a gestão:

3.1. Mais recursos financeiros para ampliar os recursos federais para a Atenção Básica (AB): a razão entre a alocação de recursos para a Média e Alta Complexidade (MAC) e para a Atenção Básica foi crescentemente desfavorável para a segunda até 2005. A partir de então, houve uma tendência de estabilização e até uma gradual redução da razão MAC/PAB. Porém, não é possível aprofundar essa redução mediante redistribuição



dos recursos da MAC para a AB, o que exige novo aporte de recursos para o financiamento das duas;

3.2. Não considerar no cômputo da aplicação mínima constitucional federal as despesas com ações e serviços de saúde financiados com os recursos próprios arrecadados pelo MS como taxas de vigilância sanitária, venda de produtos da FIOCRUZ e outros;

3.3. Compensar os valores cancelados dos restos a pagar (despesas empenhadas e não pagas) para garantir que o cumprimento da aplicação mínima constitucional fosse efetivamente atingido nos anos em que as despesas foram empenhadas (desde 2000) e computadas para apuração do valor para esse fim no âmbito da União. O problema da compensação seria mais facilmente solucionado se a movimentação financeira fosse feita exclusivamente pelo Fundo Nacional de Saúde, inclusive com a transferência financeira regular e automática da parcela da arrecadação federal pelo Ministério da Fazenda de forma compatível com os valores consignados no Orçamento Anual do Ministério da Saúde. Com isso, as sobras de caixa decorrentes da diferença temporal entre o fluxo de receitas e o fluxo de despesas do Fundo Nacional de Saúde poderiam ser aplicadas no mercado financeiro, gerando receita patrimonial vinculada à saúde, o que permitiria fortalecer o financiamento do SUS;

3.4. Superar a lógica do “PISO X TETO” vigente no processo de financiamento federal do SUS: a Constituição de 1988 estabeleceu a aplicação mínima, mas a gestão orçamentária e financeira, sob controle do Ministério do Planejamento e Gestão e do Ministério da Fazenda, liberam recursos orçamentários e financeiros segundo a referência do valor da aplicação mínima, ou seja, o “piso” de aplicação foi transformado em “teto” de gasto. Além disso, há um fato novo estabelecido pela Lei de Diretrizes Orçamentárias da União para 2014, a saber, a execução obrigatória das emendas parlamentares individuais (0,6% da Receita Corrente Líquida), que na prática retira cerca de R\$ 3 bilhões (simulação feita com base no orçamento de 2013) do financiamento de outras despesas que já estavam sendo executadas regularmente pelo Ministério da Saúde – isso somente não ocorrerá se os valores a serem aplicados para essas emendas individuais sejam considerados acréscimos aos valores mínimos a serem aplicados nos termos da Lei Complementar nº 141/2012.

Portanto, a superação do subfinanciamento do SUS não pode ficar restrita ao setor saúde, pois a busca por novas fontes de financiamento passa necessariamente pelo



aprofundamento do processo de redução da concentração de renda em curso de forma lenta e gradual nos últimos anos, mediante uma reforma tributária para incidir majoritariamente sobre patrimônio, renda e riqueza, e menos sobre produção e consumo, bem como da retomada da política monetária que promoveu a redução da taxa básica de juros em 2011 e 2012 e da mudança do processo de gestão orçamentária e financeira conduzido pela área econômica do governo federal.

BIBLIOGRAFIA BÁSICA

BRASIL – LEGISLAÇÃO:

- Constituição Federal de 1988.
- Lei nº. 4320/64.
- Lei nº. 8080/90
- Lei nº. 8142/90
- Lei Complementar nº. 101/2000.
- Lei Complementar nº. 141/2012

HOUAISS Dicionário. Disponível em: <http://houaiss.uol.com.br/busca?palavra=diretriz>
(Acesso em agosto/2013).

VIGNOLI, Francisco H. (org.) A Lei de Responsabilidade Fiscal Comentada para Municípios. São Paulo: EAESP/FGV, 2002.



**COMISSÕES DA 4ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE DO
TRABALHADOR E DA TRABALHADORA**

1. COMISSÃO EXECUTIVA

- Maria do Socorro de Souza – Conselho Nacional de Saúde
- Márcio Florentino Pereira – Conselho Nacional de Saúde
- Geordeci Menezes de Souza – Conselho Nacional de Saúde
- João Rodrigues Filho – Conselho Nacional de Saúde
- Carlos Augusto Vaz de Souza – Secretaria de Vigilância em Saúde/Ministério da Saúde
- Terezinha Reis de Souza Maciel – Secretaria de Vigilância em Saúde/Ministério da Saúde
- Fernando Luiz Eliotério – Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa /Ministério da Saúde
- Amanda Maria Campanini – Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa /Ministério da Saúde

2. COMISSÃO ORGANIZADORA

- Jorge Alves Venâncio – Central Geral dos Trabalhadores do Brasil
- Juneia Martins Batista – Central Única dos Trabalhadores
- Luís Aníbal Vieira Machado – Nova Central Sindical de Trabalhadores
- João Donizeti Scaboli – Força Sindical
- Elgiane de Fatima Machado Lago – Central dos Trabalhadores e Trabalhadoras do Brasil
- Willian Clementino da Silva Matias – Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura
- Conceição de Maria Amorim – Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Reprodutivos
- Ubiraci Matildes de Jesus – União de Negros pela Igualdade
- Elias José da Silva – Movimento Popular de Saúde
- Fernanda Benvenuto – Associação Nacional de Travestis e Transexuais
- Carlos Eduardo Ferrari – Organização Nacional dos Cegos do Brasil



- Edmundo Omoré – Coordenação das Organizações Indígenas da Amazônia Brasileira
- Fernanda Lou Magano – Federação Nacional dos Psicólogos
- Ivone Evangelista Cabral – Associação Brasileira de Enfermagem
- Maria Laura Carvalho Bicca – Federação Nacional dos Assistentes Sociais
- José Naum Mesquita – Associação Brasileira de Terapeutas Ocupacionais
- Renato Almeida de Barros – Confederação Nacional dos Trabalhadores em Seguridade Social
- Jorge Mesquita Huet Machado – Associação Brasileira de Saúde Coletiva
- Letícia Coelho da Costa Nobre – Conselho Nacional de Secretários de Saúde
- Marcos da Silveira Franco – Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
- Carlos Augusto Vaz de Souza – Secretaria de Vigilância em Saúde/Ministério da Saúde
- Clóvis Veloso de Queiroz – Confederação Nacional da Indústria

3. COMISSÃO DE COMUNICAÇÃO E MOBILIZAÇÃO

- Luiz Antônio Pereira – Coordenação de Plenária – Região Sudeste
- Pedro Gonçalves de O. Neto – Coordenação de Plenária – Região Norte
- Jacildo de Siqueira Pinho – Coordenação de Plenária – Região Centro-Oeste
- Marli Medeiros Nóbrega – Coordenação de Plenária – Região Nordeste
- Palmira Aparecida S. Rangel – Coordenação de Plenária – Região Sul
- Maria Eliza R. Salgado Lana – Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador/Conselho Estadual de Saúde – Região Norte
- Manoel Lages Mendes Filho – Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador/Conselho Estadual de Saúde – Região Nordeste
- Claudio Augustin – Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador/Conselho Estadual de Saúde – Região Sul
- Zaldimar Tadeu da Silva – Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador/Conselho Estadual de Saúde – Região Sudeste
- Dionízio Gomes Avalhaes – Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador/Conselho Estadual de Saúde – Região Centro-Oeste



- Antonio Augusto de Castro Albuquerque – Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador/Secretaria de Estado da Saúde – Região Norte
- Bernadete Santos Maciel – Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador/Secretaria de Estado da Saúde – Região Nordeste
- Elizeu de Oliveira Freitas – Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador/Secretaria de Estado da Saúde – Região Sul
- Maria Paula de Souza Pozzi – Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador/Secretaria de Estado da Saúde – Região Sudeste
- Guilherme José Duarte – Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador/Secretaria de Estado da Saúde – Região Centro-Oeste
- Grasielle Aparecida Thomaz da Silva – Ministério do Trabalho e Emprego
- Valdir Santos de Lima – Força Sindical
- Luís Aníbal Vieira Machado – Nova Central Sindical de Trabalhadores
- Kátia Reis – Fundação Oswaldo Cruz/Ministério da Saúde
- Aline Cristine Reis – Ministério da Saúde
- Ayana Carneiro Gomes Figueiredo – Secretaria Executiva/Conselho Nacional de Saúde

4. COMISSÃO DE FORMULAÇÃO E RELATORIA

- Eliana Napoleão Cozendey da Silva – Fundação Oswaldo Cruz/Ministério da Saúde
- Maria Cristina Strausz – Fundação Oswaldo Cruz/Ministério da Saúde
- Ana Cláudia Moreira Cardoso – Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos
- Cláudia Rejane de Lima – Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos
- Maria Maeno – Fundação Jorge Duprat Figueiredo de Segurança e Medicina do Trabalho/Ministério do Trabalho e Emprego
- Laura Soares Martins Nogueira – Fundação Jorge Duprat Figueiredo de Segurança e Medicina do Trabalho/Ministério do Trabalho e Emprego
- Adma Maria Gomes – Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde e dos Ambientes de Trabalho



4ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR E DA TRABALHADORA

- Arnaldo Marcolino – Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde e dos Ambientes de Trabalho
- Carlos Minayo Gomez – Associação Brasileira de Saúde Coletiva
- Jussara Cruz de Brito – Associação Brasileira de Saúde Coletiva
- Elizabeth Costa Dias – Associação Brasileira de Saúde Coletiva
- Maria da Graça Luderitz Hoefel – Associação Brasileira de Saúde Coletiva
- Diego Torres – Fórum das Entidades Nacionais dos Trabalhadores da Área da Saúde
- Ivone Martini de Oliveira – Fórum das Entidades Nacionais dos Trabalhadores da Área da Saúde
- Fernando Nunes Alves – Secretaria de Vigilância em Saúde/Ministério da Saúde
- Vinicius O. de Moura Pereira – Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa/Ministério da Saúde
- Sueli Goi Barros – Rede Unida
- Heleno Rodrigues Corrêa Filho – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
- Alexandre Frederico de Marca – Confederação Nacional do Comércio de Bens, Serviços e Turismo

SECRETARIA DA 4ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR E DA TRABALHADORA

- Larissa Gomes Tavares
- Olga Rios
- Marli Souza
- Rosa de Fátima Ribeiro Medeiros Rodrigues

⇒ E-mail da conferência: 4cnstt@saude.gov.br

⇒ Telefones: (61) 3213-8532/8528

