

3ª CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR **SÃO PAULO**

TRABALHAR SIM, ADOECER NÃO

RELATÓRIO FINAL

No dia 29 de setembro de 2005, na Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas (APCD), à rua Voluntários da Pátria, 547, Santana, São Paulo-SP das 16h às 19h30, procedeu-se ao credenciamento dos participantes da conferência: delegados, convidados e observadores. A solenidade de abertura foi iniciada e a mesa presidida pelo Dr. Luiz Carlos Morrone, coordenador da área temática de Saúde do Trabalhador da COGEST da Secretaria Municipal de Saúde.

Após a apresentação do Hino Nacional, houve o pronunciamento das seguintes autoridades:

Sr. Antonio Carlos Lima, Gerente Regional de Saúde do INSS-SP;
Sr. Benedito Alves de Souza, representante dos Usuários no Conselho Municipal de Saúde;
Sr. José Erivalder Guimarães Oliveira, representante dos Trabalhadores no Conselho Municipal de Saúde;
Sr. Naelson Guimarães, Representante dos Usuários no Conselho Municipal de Saúde;
Sr. Miguel João Neto, assessor, representando o Sr. Secretário Municipal do Trabalho;
Sra. Sandra Magali Barbeiro, assessora, representando o Sr. Secretário Municipal do Verde e Meio Ambiente;
Deputado Estadual Carlos Neder;
Deputado Federal Roberto Gouveia;
Sr. Rogério Guimarães Frota, do Conselho Estadual de Saúde de São Paulo;
Sr. Paulo Kron, representando a Sra. Secretária Municipal de Saúde;
Sr. Marco Antonio Gomes Perez, Coordenador de Saúde do Trabalhador do Ministério da Saúde, representando o Sr. Ministro da Saúde.

A seguir, o Sr. Presidente da mesa procedeu à leitura da Proposta de Regimento, a qual foi votada e aprovada por unanimidade (Anexo I). Foram corrigidos erros de digitação e modificado o parágrafo primeiro do artigo 25, que dispõe sobre o percentual de assinaturas de Delegados Credenciados para moções, estabelecendo horário da divulgação da contagem.

No dia 30 de setembro de 2005, às 9h, iniciou-se o Painel dos 3 Eixos Temáticos, no Auditório, com os seguintes palestrantes.

Eixo I: Dra. Virgínia Junqueira; Dra. Magda Andreotti; e Dr. Nelson de Barros Camargo;

Eixo II: Dr. André Luís Moura de Alcântara (Anexo II);

Eixo III: Leitura do texto enviado pelo Dr. Francisco Antônio Lacaz, (Anexo III).

A Equipe de Relatoria foi composta por doze relatores, coordenados por Marília Cristina Prado Louvison, Relatora Geral e transcorreu sem intercorrências. Às 12hs, em suas respectivas salas, teve início as Plenárias Temáticas Parciais, com os debates e votações, num total de 255 delegados:

Eixo I (Auditório A): 29 usuários; 32 representantes do governo/prestadores e 32 trabalhadores da saúde num total de 93 delegados;

Eixo II (Auditório B) num total de 71 delegados;

Eixo III (Auditório C) com a seguinte composição: 38 usuários; 8 representantes do governo/prestadores e 45 trabalhadores da saúde, num total de 91 delegados. Nos três auditórios, os debates e votações foram muito produtivos e terminaram por volta das 19:30 horas, quando iniciou o trabalho da relatoria de síntese, concluída às 5:00 hs do dia 01/10/2005, com o relatório preliminar sistematizado das plenárias parciais sendo distribuído para votação na Plenária Final .

No **Eixo I**, foram aprovadas 24 (vinte e quatro) propostas de âmbito municipal com mais de 70 %, sendo 11 sem destaques e 13 com alterações. 4(quatro) novas propostas para o âmbito municipal e 8 (oito) para o nível estadual, foram aprovadas. Do total de 43 propostas de base, 32(trinta e duas) foram aprovadas sem alterações e 11(onze) emendas foram aprovadas com mais de 70%. Das 14(quatorze) novas propostas, 13 foram aprovadas por maioria e 1 foi aprovada na faixa de 30 a 70%. No total, foram 92(noventa e três) propostas aprovadas e 3 encaminhadas à Plenária Final para votação.

No **Eixo II**, foram aprovadas 18 (dezoito) propostas municipais, sendo 8 originadas no documento base e outras 10 novas propostas, tendo sido todas aprovadas com mais de 70% dos delegados presentes. Da mesma forma foram aprovadas um total de 8 (oito) propostas de âmbito estadual. Das 41 propostas nacionais para este eixo, 31 (trinta e uma) foram aprovadas sem destaques e 10 (dez) emendas foram aprovadas com mais de 70 % dos votos dos delegados, sendo apenas duas delas de supressão total. Outras 12 (doze) novas propostas de âmbito nacional foram também aprovadas pela maioria do plenário. No total, 79 (setenta e nove) propostas foram aprovadas neste plenário e 1 encaminhada à Plenária Final para votação.

No **Eixo III** foram aprovadas com mais de 70% dos votos, 44(quarenta e quatro) propostas municipais (20 sem alterações, 20 com alterações e 4 novas),10 estaduais novas e 11 nacionais. Foram aprovadas na faixa de 30 a 70% de votos, 7 municipais, sendo duas propostas novas, que serão remetidas à Plenária Final. Duas propostas municipais sofreram supressão total. Propostas que não foram votadas na plenária e que serão remetidas a votação da Plenária Final somam 67, sendo 3 propostas municipais e estaduais, 4 estaduais, 2 estaduais e nacionais, 2 nacionais novas, 1 emenda nacional e 55 propostas de base. O documento base não foi apreciado nesta Plenária Parcial. No total, 65 (sessenta e cinco) propostas foram aprovadas e 19 encaminhadas à Plenária Final para votação . Foram apresentadas cinco moções, sendo quatro de repúdio.

Foram os Termos de Referência :

EIXO I – INTEGRALIDADE NO SUS, INTERSETORIALIDADE E TRANSVERSALIDADE

O Sistema Único de Saúde – SUS – no Município de São Paulo tem sido construído aos saltos e com grandes lacunas de tempo e método. O passado recente nos lembra de 1989, que foi um tempo de expansão e criação de Unidades Básicas de Saúde - UBS, Hospitais, Hospitais-dia, Centros de Convivências (CECCOs), Centros de referência de AIDS, de Saúde do Trabalhador; a gestão seguinte significou um tempo de destruição, que

foi o do PAS, quando restaram para a Secretaria Municipal de Saúde gerenciar apenas os Centros de Referência.

Na gestão passada, com o fim do Plano de Assistência à Saúde - PAS, São Paulo assumiu a gestão plena do **Sistema Único de Saúde - SUS**. Para tanto, além da reorganização da Atenção Básica através do Programa de Saúde da Família – PSF, estabeleceu a **Vigilância em Saúde**, tendo como órgão central Coordenadoria de Vigilância à Saúde – COVISA – e de forma descentralizada **equipes de vigilância** nas Coordenadorias de Saúde.

Os **Centros de Referência em Saúde do Trabalhador – CRST** – se constituem em unidades de saúde que integram especialistas, com proposta de realizar a Assistência, Vigilância aos ambientes de Trabalho e Educação/Capacitação em Saúde do Trabalhador, estando organizados dentro de cinco regiões: Norte, Sul, Leste, Oeste e Centro. Estiveram durante muito tempo no centro de uma polêmica quanto à suas competências até a aprovação de Portaria GM/MS 1679/02 de 20 de setembro de 2002, que instituiu a **Rede Nacional de Saúde do Trabalhador - RENAST**, com atribuição de cumprimento de **Política de Saúde do Trabalhador** também através dos Centros de Referência de Saúde do Trabalhador Regionais e Estaduais, inclusive com destinação de verba específica.

A implantação do Sistema de Informação e Vigilância aos Acidentes do Trabalho – SIVAT – (Portaria Municipal 1470/02) em toda a rede municipal e em muitas unidades hospitalares estaduais, filantrópicas e privadas, que atendem ao SUS, vem constituindo exemplo de uma ação intra e intersetorial junto às unidades de Saúde, Delegacias Regionais do Trabalho, Secretaria de Segurança Pública e Ministério Público do Trabalho. Este sistema abrange os acidentes graves, fatais e com menores de 18 anos, mas não acidentes de trajeto (casa-trabalho e vice-versa) e doenças do trabalho.

A geração de informação epidemiológica confiável é fundamental e para tanto se deve aumentar a cobertura do SIVAT, ampliar o elenco de agravos notificáveis para além dos acidentes como previsto pela Portaria 777, integrar informações municipais e estaduais ao sistema de vigilância, disponibilizar de forma sistemática e atualizada os bancos de dados de empresas aos agentes executores de vigilância.

Conforme a 2ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador (1994), "deve ser garantida a todos os setores da sociedade brasileira a universalização do acesso aos serviços de saúde, bem como a atenção integral em todos os níveis de assistência, de acordo com o perfil sócio-epidemiológico da população, com o estado do conhecimento científico-tecnológico e com as necessidades de atenção, promoção, prevenção, tratamento e reabilitação em saúde, independentemente de os trabalhadores serem da esfera pública ou privada, formal ou informal, da zona urbana ou rural, ou ainda terem ou não vínculo empregatício."

Precisa-se, para tanto, garantir o caráter interinstitucional e multidisciplinar das ações de saúde do trabalhador. Tal caráter está dado no arcabouço legal pela Lei Orgânica da Saúde (capítulo II, art.7º), pela Norma Operacional de Saúde do Trabalhador (NOST-SUS / Portaria Federal 3908, pela Instrução Normativa de Vigilância de Saúde do Trabalhador no SUS (Portaria Federal 3120/98, seção 3). E ainda, no Município de São Paulo, o Código Sanitário do Município (Lei municipal 13.725, Título II).

O SUS tem importância estratégica na definição das políticas públicas de proteção à saúde dos trabalhadores, em particular aquelas que perpassam seu próprio setor e a Previdência, o Trabalho, a Educação, Justiça e o Meio-ambiente. Um modelo de atenção à Saúde do Trabalhador no município de São Paulo deve levar em conta toda a complexidade que envolve a ação intersetorial.

O trabalhador exige que haja uma articulação no Governo para a implementação de uma política de Estado que assuma todas as questões relacionadas ao exercício do trabalho e que garanta o direito constitucional à saúde.

A defesa intransigente dos direitos dos trabalhadores a ter Saúde e defendê-la mesmo quando os interesses econômicos de organização do processo produtivo não o desejem é o objetivo dos órgãos de Saúde do Trabalhador.

Os trabalhadores têm identidade através do seu trabalho, por exemplo, o padeiro existe para fazer o pão todos os dias e se ele não puder trabalhar mais por causa das dores, da doença que o atinge, ele deixa de ser padeiro, deixa de ter função, deixa de existir.

Eis que se apresenta a contradição fundamental que vivenciamos **todos**, de um lado os trabalhadores que tem o seu trabalho para oferecer, vender, de outro, as empresas e patrões que os empregam e os pagam para subsistir, viver e produzir. No meio disto, está o Estado, que deve assegurar Saúde, Transporte, Educação, Trabalho, Meio-ambiente, Serviços Sociais, Previdência Social e de preferência, este Estado deve fazer isto de forma **racional**, sem custos adicionais, sem desperdício e sem divergências entre os vários setores.

Esta contradição não está nem perto de ser resolvida e depende de **toda a sociedade** e de sua organização efetiva. Estas questões devem ser explicitadas, buscando a superação dos conflitos. Tivemos como desafio para esta 3ª Conferência entender a dinâmica que se estabelece na Seguridade Social quanto a competências, territórios e universalidade da atenção que envolve, principalmente, Previdência Social – INSS, Ministério do Trabalho – Delegacias Regionais do Trabalho, Meio-Ambiente e Ministério Público do Trabalho.

EIXO II – COMO INCORPORAR A SAÚDE DOS TRABALHADORES NAS POLÍTICAS DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL NO PAÍS?

A proposta de desenvolvimento sustentável surgiu nos debates e na agenda social internacional a partir dos anos 1970. Pode-se inferir que já havia problemas sócio – ambientais relacionados a desenvolvimento social, econômico e cultural, principalmente a partir da revolução industrial. Entretanto, somente há poucos anos se vem observando a problematização das questões ambientais e do desenvolvimento, e o despertar de consciência crítica sobre a gravidade e a complexidade que elas merecem. Nesse primeiro momento, basicamente entre os intelectuais que militam na área do meio ambiente, sem a apropriação por parte da população e dos trabalhadores sobre estas questões.

Em 1972, a ONU realizou a Conferência das Nações Unidas para o Meio Ambiente Humano, em Estocolmo e o relatório que derivou dela recebeu o sugestivo nome de “Nosso Futuro Comum”. Suas propostas apresentavam visões contraditórias sobre desenvolvimento

econômico, produção e preservação do meio ambiente, mas foi a partir dele que a Comissão Mundial para o Meio Ambiente e Desenvolvimento – órgão patrocinado pela ONU – lançou o **Conceito de Desenvolvimento Sustentável**, em 1987. Considerou que o **“desenvolvimento sustentável é o desenvolvimento que satisfaz as necessidades do presente sem comprometer a capacidade das futuras gerações satisfazerem as suas próprias necessidades. Este foi um conceito datado historicamente, pois expressou o acordo possível entre dois grupos: os interessados em proteção ambiental e os preocupados em promover uma agenda de desenvolvimento social.”**(1). Porém, quando se traz esta discussão para o campo social pode parecer contraditório, pois *“desenvolvimento enquanto transformação sócio-econômica e cultural é incompatível com princípios de sustentabilidade humana e ambiental além de todos os interesses políticos, econômicos, sociais e culturais”* (1) envolvidos na grande escala de produção capitalista e neoliberal. Com relação à Saúde dos Trabalhadores, é consenso entre aqueles que estão hoje em seu campo de debate que *“a realização histórica do modo de produção e consumo do capitalismo tem se baseado também na exploração do trabalho humano, sem uma repartição justa de seus frutos, e ainda espoliando a saúde dos trabalhadores em ambientes de trabalho poluídos, perigosos e penosos...”* (1), deixando de lado e subordinando as dimensões social e ambiental. Ou seja, a forma como as atividades produtivas tendem a ser realizadas hoje traz sério impacto à saúde humana e dos ecossistemas, ameaçando a qualidade de vida e até mesmo a sobrevivência de todos.(2)

Na promulgação da Constituição Federal, em 1988, seção II, institui-se que a saúde é um direito de todos e dever do estado, e que os poderes Público Estadual e Municipal devem garantir o direito à saúde, mediante: “Políticas sociais, econômicas e ambientais que visem o bem estar físico, mental e social do indivíduo e da coletividade e a redução do risco de doenças e outros agravos”. A 8ª Conferência Nacional de Saúde já apontou que a saúde é resultado das formas de organização social, da produção e do meio ambiente em que vivemos.

O ambiente de trabalho e o de vida têm fronteiras cada vez menos claras, seja pela mobilidade cada vez maior dos riscos envolvidos nos processos produtivos - que saem pelas chaminés, pelos esgotos, junto com o lixo, ou que circulam em caminhões, tubulações, dutovias, contaminando os espaços de moradia e convivência; seja porque cada vez mais pessoas trabalham em suas casas, nas praças, nas ruas, em ambientes urbanos que são fruto do processo de desenvolvimento/industrialização.

Desta forma, coloca-se uma questão para a Cidade de São Paulo, uma megalópole, com distintas diferenças sócio - ambientais, territoriais e culturais, onde o trabalho informal e a necessidade de sobrevivência se sobrepujam a qualquer interesse, em muitos momentos causando danos para o próprio meio ambiente e a saúde desta população trabalhadora: **C o m o a p r o x i m a r e s s e s g r u p o s d e s s a q u e s t ã o ?**

Ao Estado, que tem como papel sugerir e propor políticas públicas na área ambiental no sentido de preservação do meio ambiente e de sustentabilidade do processo de desenvolvimento; às organizações não governamentais (ONG's), que há muito vem tomando para si o papel que o estado em muito deixa de cumprir; à sociedade civil organizada, os **s i n d i c a t o s , r e p r e s e n t a n t e s d o s t r a b a l h a d o r e s ?**

Todos os segmentos têm sua parcela de responsabilidade. Porém, cabe ao Estado assumir um papel pró-ativo na sustentabilidade do processo de desenvolvimento, desencadear e promover junto ao conjunto dos trabalhadores, por meio das Centrais Sindicais, Sindicatos e outras organizações de trabalhadores, assim como a sociedade civil organizada, o conceito de integralidade entre ambiente de trabalho, o processo produtivo e meio ambiente; procurar aprimorar as Leis ambientais atribuindo mais responsabilidade aos

municípios, pois é no território que as pessoas vivem e trabalham; procurar através do controle social, com a participação efetiva dos trabalhadores e representantes da sociedade debater e traçar diretrizes viáveis para a cidade; desenvolver, capacitar e ampliar a visão integrada de desenvolvimento e sustentabilidade junto às ações de vigilância sobre a elaboração de políticas, no sentido de avaliar, debater e garantir que tenham impacto positivo para toda a Comunidade.

Cabe, ainda, ao Estado o papel de formador e capacitador dos trabalhadores da saúde e meio ambiente, oferecendo capacitação para agentes ambientais, agentes de saúde comunitários (PSF) e agentes de zoonoses, aumentando com isto o leque de atuação na preservação do meio ambiente e nos agravos à saúde dos trabalhadores e procurar dar visibilidade aos impactos negativos do desenvolvimento.

A criação de um Fórum Municipal intersetorial e intersecretarial, que contemple as diversas instâncias da administração pública e da sociedade civil poderia ser um caminho para fortalecer o debate público sobre as questões sócio ambientais e a sua sustentabilidade, estabelecendo Políticas Públicas de intervenção no meio ambiente e no trabalho, garantindo o empoderamento dos trabalhadores com relação ao desenvolvimento que queremos e a sustentabilidade desejada. Esta opção política poderia implicar em inverter prioridades e criar, coletivamente, alternativas de desenvolvimento que sejam incluídas, harmônicas com o ambiente, compatíveis com a saúde.

Devemos procurar formas descentralizadas de atuação para a cidade de São Paulo, respeitando sua realidade, trazendo o micro-território e envolvendo o poder público, os trabalhadores e a população, nele estabelecida para busca de soluções, tanto para as questões ambientais como para as questões de saúde / trabalho/ moradia e que desemboque no processo de sustentabilidade para o desenvolvimento necessário e com justiça ambiental.

EIXO III: COMO EFETIVAR E AMPLIAR O CONTROLE SOCIAL EM SAÚDE DOS TRABALHADORES?

A legislação brasileira contempla diversos mecanismos de participação popular na gestão do Estado. Ao cidadão é assegurado este direito nas áreas sociais, por exemplo em setores como meio ambiente, saúde, assistência social e educação. Um dos mecanismos propostos para a manifestação da população são os Conselhos e Conferências. A Constituição Federal de 1988 - “constituinte cidadã” - conforme a definiu Ulysses Guimarães, então presidente da Assembléia Nacional Constituinte - garante esta prerrogativa.

O setor que mais avançou neste campo, certamente é o da saúde, que possui uma longa tradição de conferências e de participação popular que, inclusive, antecede a promulgação da constituição em 1988.

A primeira Conferência Nacional de Saúde foi realizada em 1941, antes mesmo da criação do Ministério da Saúde (que só foi implantado em 1953). Uma série de outras se realizaram, todas com o caráter de “reunião de notáveis”, onde especialistas debatiam o tema. Esta situação mudou em março de 1986, quando a VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em Brasília, pela primeira vez abriu-se à participação popular com a presença dos chamados usuários do sistema de saúde.

A reunião de Brasília se tornou um marco histórico e pautou os debates sobre o capítulo da Saúde da Constituição Federal. O resultado desta mobilização foi a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e de toda uma estrutura de participação popular na gestão

da saúde por meio dos Conselhos de Saúde, implantados nos municípios, estados e na federação, sistema que ficou conhecido como controle social.

Neste contexto em São Paulo, foram criados em 1989, seis Centros de Referência em Saúde do Trabalhador que têm como histórico a luta dos trabalhadores na defesa da Saúde do Trabalhador. Os CRST's prestam atenção ambulatorial à saúde do trabalhador, realizam vigilância aos ambientes de trabalho, formação e capacitação nas unidades do SUS, Organizações Sociais, Entidades Sindicais, Universidades entre outras.

Em 1993 os Conselhos Gestores dos CRST's organizaram-se em uma Plenária com o objetivo de construir a Política de Saúde do Trabalhador de forma unificada e democrática no Município de São Paulo. Esta Plenária dos Conselhos Gestores dos CRST realizou a I Conferência Municipal em Saúde do Trabalhador, em 1997 com o tema "CIDADANIA É TRABALHO COM SAÚDE". A partir de proposta dessa mesma conferência essa plenária constituiu-se na Plenária Municipal de Saúde do Trabalhador e realizou em 1999 a II Conferência Municipal de Saúde do Trabalhador com o tema "A CIDADE CONSTRUINDO O TRABALHO SAUDÁVEL".

A partir da consolidação destes preceitos constitucionais diversas conferências nacionais de saúde foram realizadas (a Conferência Nacional de Saúde é atualmente realizada de quatro em quatro anos) e aconteceram diversos encontros sobre temas específicos como saúde bucal, mental, da mulher etc.

Apesar desta estrutura organicamente elaborada, da saúde do trabalhador ser uma obrigação constitucional do Estado através do SUS e da extrema importância deste assunto para o desenvolvimento econômico e social do país, sua implantação no sistema de saúde público sempre caminhou a passos lentos.

A primeira Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador ocorreu em 1986, a segunda em 1994 e, somente em novembro de 2005, está acontecendo a terceira. Os longos intervalos entre estes encontros podem ser explicados por vários motivos: o desinteresse de governos mais conservadores em explicitar a divergência entre patrões e empregados neste campo; o fracionamento das ações em saúde do trabalhador entre os ministérios da Saúde, da Previdência Social e do Trabalho e Emprego e mesmo a crise econômica que fez com que os sindicatos priorizassem a recuperação do poder de compra do salário e a manutenção do emprego e não a melhoria das condições de trabalho.

Na realidade, para se entender a atuação do SUS neste campo, é preciso remontar à história da saúde pública no Brasil. A partir dos anos 30 do século passado, quando a industrialização passa a se tornar uma questão central para o país, coube ao Ministério do Trabalho (então Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio) e suas inspetorias a fiscalização das condições de trabalho e aos Institutos de Pensão, divididos por categorias profissionais, a prestação dos serviços médicos.

Na prática, a ação preventiva do atual Ministério do Trabalho se resume a normatizar e definir, através das Normas Regulamentadoras, as questões de prevenção no interior das empresas, sendo o agente efetivo destas ações os Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT's), o Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO) e o Programa de Prevenção de Riscos Ambientais (PPRA), iniciativas e órgãos privados com pouco ou nenhum controle por parte dos trabalhadores ou do setor

público. A Previdência Social, por seu lado, não possui capacidade preventiva, se resumindo a reparar financeiramente, na qualidade de seguradora, os acidentes e doenças contraídas no trabalho.

Segundo estimativas do SEADE, São Paulo possuía em 2004, população de 10.679.760 pessoas e 3.361.671 trabalhadores formais. Para a Organização Internacional do Trabalho – OIT, cerca de 55% dos trabalhadores estão inseridos no mercado de trabalho informal e/ou precarizado, portanto, a margem das políticas de previdência social e das políticas implementadas pelo Ministério do Trabalho e pelos empregadores, contando apenas com as ações desenvolvidas pelo SUS. Devemos aqui lembrar que as rápidas e profundas mudanças pelas quais passam os processos técnicos, as formas de organizar e gerenciar e as formas de inserção no mercado de trabalho têm enorme impacto sobre as formas de adoecer e morrer da população. Identificar o mais precocemente possível as necessidades de saúde dos indivíduos, implementar ações de proteção e promoção da saúde no trabalho constitui um desafio para o SUS. Isto só é possível através da participação da sociedade no planejamento e na gestão da oferta de ações de saúde. (In: Texto de apoio à III CNST).

Esta é a realidade sob a qual está se realizando a 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador; um quadro fracionado onde o SUS não consegue cumprir a contento seu preceito constitucional de tratar da saúde do trabalhador e os demais ministérios envolvidos na questão têm atuação limitada e pouco efetiva.

Este diagnóstico é bastante conhecido tanto por parte das autoridades quanto das organizações que atuam no campo da saúde do trabalhador, em especial os sindicatos, colocando-se neste momento o desafio de transformar as ações isoladas dos três ministérios em uma política integrada de saúde orientada por diretrizes comuns, o que implica, dentre outras coisas, em resignificar e ampliar a abrangência dos princípios consagrados constitucionalmente, dentre eles o controle social.

Constitui grande desafio para o controle social superar o corporativismo, o particularismo e o privilegiamento da expressão de necessidades e preferências dos segmentos mais organizados, reivindicativos e estáveis do mercado de trabalho em detrimento de trabalhadores menos organizados, menos escolarizados, de menor poder de barganha e menor estabilidade no mercado de trabalho como os trabalhadores temporários, terceirizados, domésticos e informais.

Na mesma direção é necessária a criação de mecanismos regimentais que evitem a oligarquização dos conselhos (no sentido da participação de poucos). A presença por mandatos consecutivos sempre dos mesmos indivíduos representando interesses particulares de suas categorias quando não interesses pessoais (acesso privilegiado a informações, facilitação de acesso a serviços, etc), muitas vezes sem prestação de contas a sua base social mina qualquer possibilidade de real controle da sociedade civil sobre a ação governamental, e esvazia a legitimidade e credibilidade das instancias de controle social. (In: Texto de apoio à III CNST).

Entendendo que o exercício do controle social deve ser ampliado, não se limitando aos órgãos estatais e públicos, mas englobando todos os espaços onde a função social é preponderante, caso típico das relações trabalhistas. É necessário assegurar que os trabalhadores sejam protagonistas em todas as etapas das ações de prevenção e promoção

de saúde, tanto no local de trabalho, que é onde se originam os agravos à saúde, quanto no âmbito das políticas públicas, espaço onde são institucionalizados e legitimados os modelos e práticas sociais.

Assim, o controle social pressupõe a intervenção nos espaços já institucionalizados como os conselhos, conferências, etc, mas também a ação organizada dos trabalhadores nos locais de trabalho, através dos seus organismos de representação, condição básica para dinamizar e assegurar a implementação das políticas públicas. O reconhecimento do direito à organização sindical no local de trabalho, a reformulação do papel das CIPA's e SESMT's, o estabelecimento de uma lógica de vigilância em saúde a partir do processo de trabalho, que necessariamente incorpore os trabalhadores, são pré-requisitos para instituir de forma mais efetiva a prevenção e a promoção da saúde. A inclusão de desempregados no controle social e o estabelecimento de Conselhos Gestores na Previdência Social e Ministério do Trabalho e Emprego, com a participação organizada dos trabalhadores nas deliberações das Agências da Previdência, nas Delegacias e Sub-Delegacias Regionais do Trabalho e nas mudanças na política de segurança e saúde no trabalho do Ministério do Trabalho e Emprego deve entrar na pauta de discussão.

Para garantir a visibilidade social das questões do sofrimento e do adoecimento causado pelas situações de trabalho é fundamental o estabelecimento de uma política de informação e formação para os trabalhadores. De posse destas informações o trabalhador será capaz de identificar e intervir nas situações de riscos e agravos, articulando suas representações e ações com o poder público.

Dentro desta perspectiva ampliada de controle social está colocado o desafio de se instituir mecanismos de regulação que permitam compatibilizar desenvolvimento tecnológico e econômico com melhorias na qualidade de vida dentro e fora do trabalho, incorporando às estratégias de sustentabilidade, o combate à práticas predatórias de trabalho que diariamente matam, adoecem e mutilam milhares de trabalhadores, bem como limitam e/ou excluem outros tantos das possibilidades de acesso ao trabalho, ao emprego e a uma vida digna.

O controle social das tecnologias deve ser exercido com vistas à preservação da saúde, do meio ambiente e de condições dignas de sobrevivência. Estas medidas visam criar condições para que o avanço técnico-científico seja colocado à serviço da reprodução da vida e sejam prioridade na agenda pública, para que, efetivamente, seja implantado o desenvolvimento sustentável.

Assim, o aperfeiçoamento do controle social é pré-requisito para a garantia da eficiência das políticas públicas e mecanismo privilegiado para o exercício da cidadania, sendo necessário, portanto, criar novos espaços e estratégias que possibilitem à sociedade não só fiscalizar como ter uma participação efetiva na definição de prioridades e no planejamento das ações.

PROPOSTAS MUNICIPAIS APROVADAS:

EIXO I – INTEGRALIDADE NO SUS, INTERSETORIALIDADE E TRANSVERSALIDADE

- ✓ Ampliação de mais 5 (cinco) Centros de Referência de Saúde do Trabalhador - CRSTs, sendo os 2 primeiros para as regiões SUL e LESTE, em curto prazo, e as demais regiões a médio prazo, no período máximo de 2 anos, com profissionais capacitados, ampliando também o quadro atual de funcionários, por meio de concursos públicos.
- ✓ Avaliar e implementar o Sistema Nacional de Agravos de Notificação – SINAN, para inclusão de todos os agravos relacionados ao trabalho, incluindo acidentes do trajeto e doenças do trabalho, além dos já relacionados na Portaria MS 1.339/99.
- ✓ Compilar, através dos sistemas de informação em saúde, todas as informações relacionadas ao atendimento pelo Sistema Único de Saúde - SUS de trabalhadores acidentados e portadores de doenças no trabalho, promovendo a inclusão dos trabalhadores informais nas políticas públicas de saúde e coibindo a sub-notificação de ocorrências.
- ✓ Continuar e aprimorar a capacitação das Unidades de Saúde para o atendimento ao trabalhador, reconhecendo a existência de agravos relacionados do trabalho e encaminhando adequadamente as necessidades identificadas, seja quanto à vigilância, previdência, informação, assistência especializada e denúncias sobre impactos ao meio ambiente.
- ✓ Criar legislação que garanta, através de instrumentos públicos administrativos, que as verbas das multas aplicadas no município provenientes da vigilância em saúde do trabalhador sejam revertidas para ações intra e intersetoriais de saúde do trabalhador, através do fundo municipal de saúde.
- ✓ Criar quadro de pessoal, com ingresso por meio de concurso público e reposição automática de cargos vagos, necessários para realização da Atenção e Vigilância à Saúde do Trabalhador especificamente, e à Saúde de todos os municípios.
- ✓ Cumprir a Convenção nº 161, da Organização Internacional do Trabalho (OIT), assinada em 7/6/85 e promulgada em 22/5/91, que prevê a inserção dos princípios de segurança, saúde e meio ambiente no trabalho como tema transversal aos currículos de ensino dos níveis fundamental, médio e superior, princípios estes pautados nos 5 pilares estruturais que fundamentam o Sistema Único de Saúde - SUS bem como orientados, implantados e avaliados de forma intersetorial.
- ✓ Efetivar e ampliar os Termos de Cooperação Técnica a exemplo dos já estabelecidos junto ao Ministério do Trabalho mediante sua representação local (DRT e Fundacentro), Ministério Público Federal do Trabalho, Instituições Formadoras, de Pesquisa, Conselhos Profissionais, Sindicatos e Associações de Especialistas.
- ✓ Efetivar, através dos órgãos públicos competentes, as ações integradas de vigilância em saúde, rompendo as barreiras à realização da vigilância epidemiológica, sanitária, ambiental e de saúde do trabalhador de forma integrada.
- ✓ Estabelecer efetivamente os Centros de Referência do Trabalhador - CRST's como referência especializada no Sistema Único de Saúde - SUS, tendo como porta de entrada as diversas unidades de saúde e na perspectiva intersetorial, receber encaminhamentos das instituições relacionadas à saúde do trabalhador como Ministério do Trabalho, Previdência Social, Meio Ambiente, Órgãos Sindicais e outros de Representação de Trabalhadores.
- ✓ Estabelecer política de reabilitação com definição de competências dos vários setores e instâncias de governo. Reabilitação deve ser garantida na rede do Sistema Único de Saúde - SUS e nos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador.
- ✓ Estabelecer, em conjunto com a Previdência Social, protocolos de atendimento e reconhecimento da existência das doenças do trabalho, permitindo a discussão e a

exposição de provas técnicas, em Câmaras Técnicas definidas no Fórum Intersetorial de Saúde do Trabalhador.

- ✓ Estornar os recursos desviados da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador - RENAST, recebidos em 2004, para implementação das ações em saúde do trabalhador, por meio dos Centros de Referência do Trabalhador - CRSTs, com a fiscalização dos Conselhos Gestores dos CRST e do Conselho Municipal de Saúde.
- ✓ Favorecer o envolvimento e a participação dos trabalhadores ou de suas representações em todas as atividades, inclusive as de elaboração sócio-educativas das propostas e planos.
- ✓ Garantir a referência e contra-referência de reabilitação prolongada, cirurgias e exames complementares como patch teste, eletroneuromiografia, ultra-som de partes moles, ressonância magnética, toxicológicos, etc.
- ✓ Garantir ao Conselho Municipal de Saúde, por meio da Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador – CIST municipal, o acompanhamento da implementação e divulgação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST), com efetiva aplicação de recursos nas ações de saúde do trabalhador.
- ✓ Garantir recursos do Seguro Acidente do Trabalho para o Sistema Único de Saúde, com o objetivo de custear os procedimentos em Saúde do Trabalhador.
- ✓ Garantir sistema de articulação da rede de vigilância em saúde do trabalhador, no município de São Paulo, com a participação dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador em conjunto com o Ministério do Trabalho, Previdência, Meio Ambiente, Secretaria Municipal de Assistência Social, Secretaria Municipal de Educação e outras instituições.
- ✓ Implementar, através do Governo Municipal e outros órgãos envolvidos, Sistema de Informação e comunicação intersetorial, que possibilite avaliação e planejamento de ações em saúde do trabalhador.
- ✓ Instituição de política de saúde e segurança dos trabalhadores e Meio Ambiente do trabalho para os servidores da administração pública direta e indireta, conforme as Convenções 155 e 161 da Organização Internacional do Trabalho - OIT, ratificadas pelos decretos federais 1254/94 e 127/91, respectivamente.
- ✓ Instituir Fórum Interinstitucional e Intersetorial, para implantação e implementação das propostas aprovadas na 3ª Conferência Municipal de Saúde do Trabalhador, que garanta ações de Estado em saúde do trabalhador de forma integral, intersetorial e transversal com representação de todos os setores, áreas e instituições que atuem na perspectiva da saúde do trabalhador, de acordo com suas especificidades e sob o controle social.
- ✓ Manter o número atual de funcionários e técnicos nos Centros de Referência de Saúde do Trabalhador - CRSTs, até que se defina a estrutura formal das coordenações de Saúde e das SUVIS; adequando as necessidades de pessoal às pactuações das ações de vigilância em saúde nelas incluídas as ações de saúde do trabalhador em consonância com o COGEST-ST e Coordenação de Vigilância em Saúde - COVISA-ST. Que os CRSTs sejam ligados diretamente/hierarquicamente às Coordenadorias de Saúde e possuam autonomia para as ações de intervenção nos ambientes de trabalho.
- ✓ Os Pólos de Capacitação do Sistema Único de Saúde devem contemplar a área da Saúde do Trabalhador em toda a sua intersetorialidade / transversalidade.
- ✓ Promover debates entre os órgãos públicos e privados atuantes em Saúde do trabalhador e as instituições de financiamento de pesquisas sobre investimento na produção de conhecimento para valorização das ações do setor.

- ✓ Que seja obrigatória criação, pelo poder público municipal, de quadro técnico com provisão de cargos, para a atuação na avaliação, modificação e controle dos riscos ocupacionais para seus servidores.
- ✓ Reconhecer em todas as instâncias, públicas e privadas, os pareceres técnicos de todos os profissionais de saúde.
- ✓ Tornar obrigatório o cadastro junto à Vigilância Sanitária (Cadastro Municipal de Vigilância Sanitária - CMVS; Cadastro Estadual de Vigilância Sanitária - CEVS) de todos os serviços de saúde do trabalhador de empresas privadas de qualquer porte que prestem serviços de controle médico e saúde ocupacional e programas de prevenção de riscos ambientais no Sistema de Vigilância em Saúde Municipal como estabelecimentos de interesse à saúde.
- ✓ Viabilizar termos de cooperação técnica entre Universidades e Serviços Públicos em todas as instâncias nas ações integradas em saúde do trabalhador, principalmente no que diz respeito à formação profissional e pesquisa.

EIXO II – COMO INCORPORAR A SAÚDE DOS TRABALHADORES NAS POLÍTICAS DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL NO PAÍS?

- ✓ A Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador – CIST Municipal deverá desencadear ação junto às Subprefeituras, para que na revisão e implementação dos Planos Diretores Regionais – PDR's sejam contempladas e respeitadas as questões sócio-ambientais para garantia da promoção à saúde dos trabalhadores e da preservação do meio ambiente.
- ✓ A Secretaria do Verde e Meio Ambiente, Secretaria Municipal da Saúde (COGEST, COVISA e os Centros de Referência de Saúde do Trabalhador - CRST's), Secretaria Municipal das Subprefeituras, Sindicatos e as Centrais Sindicais, tendo como instrumento de referência e ação a Agenda 21 e respeitando o território em que estes trabalhadores estão inseridos, firmarão compromissos e metas de trabalho para a garantia da Saúde dos Trabalhadores e as questões Sócio-Ambientais.
- ✓ Ampliar os mecanismos de divulgação e informação por meio da criação de um site para socializar informações relacionadas a legislações pertinentes, bibliotecas locais nas empresas, espaços de informação nos locais de trabalho, dentre outros.
- ✓ Criação e implantação de protocolos relativos aos efeitos neurotóxicos de agentes, tais como, mercúrio e compostos halogenados.
- ✓ Criação em nível municipal de Grupo de Trabalho formado entre técnicos das áreas da Secretaria do Verde, da Secretaria da Saúde e Secretaria da Educação que deverão preparar materiais educativos a serem utilizadas nos programas de ensino fundamental e médio.
- ✓ Criar Fórum intersetorial e intersecretarial que contemple as diversas instâncias da administração pública e da sociedade civil para fortalecer o debate público sobre a questão sócio-ambiental e a sua sustentabilidade.
- ✓ Desenvolver, capacitar e ampliar a visão integrada de desenvolvimento sustentável e as ações de vigilância em saúde.
- ✓ Divulgação da agenda 21, para as subprefeituras e as supervisões de saúde existente no município para que possam ter acesso.
- ✓ Efetivar ações de vigilância em Saúde em cooperativas de materiais recicláveis fazendo um intenso trabalho de fiscalização para romper com o ciclo de comercialização de resíduos de forma ilegal.

- ✓ Estabelecer convênios e acordos junto às Universidades Públicas e Fundação Jorge Duprat Figueiredo de Segurança e Medicina do Trabalho – Fundacentro – do Ministério do Trabalho e Emprego – MTE – para o desenvolvimento e difusão de estudos das relações entre desenvolvimento econômico, saúde e meio ambiente, bem como de alternativas de subsídio à atuação dos responsáveis pelas políticas econômicas.
- ✓ Estabelecer espaços tripartites de negociação objetivando o combate veemente da prática de assédio moral que tem influenciado diretamente no processo produtivo, na Saúde e na preservação do trabalho.
- ✓ Estabelecer Políticas Públicas de intervenção, no meio ambiente e trabalho através do Fórum Intersetorial e Intersecretarial, garantindo o empoderamento dos trabalhadores com relação ao desenvolvimento que queremos e a sustentabilidade desejada.
- ✓ Os Três níveis de Governo devem desencadear e promover junto ao conjunto dos trabalhadores, através das Centrais Sindicais, Sindicatos e outras organizações de trabalhadores, assim como, a sociedade civil organizada, ações visando a integralidade entre ambiente de trabalho, o processo produtivo e meio ambiente.
- ✓ Promover discussão sobre saúde do trabalhador no trabalho informal e na economia solidária.
- ✓ Que se respeite a legislação de saúde e a do meio ambiente nos locais de trabalho tornando-os o mais salubre possível, garantindo a distribuição de EPI - Equipamentos de Proteção Individual sempre que necessário e zelando pela manutenção do maquinário a fim de se evitar os acidentes de trabalho, para o trabalhador formal e informal de todas as categorias, inclusive as empregadas domésticas.
- ✓ Que todo trabalhador formal ou informal tenha acesso aos informativos de âmbito Federal, Estadual e Municipal e à cursos gratuitos de formação, com conteúdos de educação ambiental, jurídica, etc, e com direito ao transporte e alimentação, criando condições de crescimento e de multiplicação.
- ✓ Redução das horas extras através de legislação específica, fixando volume anual, semestral, mensal e diário máximos de horas extras por trabalhador, combinada com estratégias que permitam controlar os ritmos e intensidade do trabalho, objetivando a qualidade de vida do trabalhador.
- ✓ SVMA em parceria com SMS promoverão, através de entidades públicas de notória capacidade e/ou instituições próprias, capacitação em saúde e meio ambiente para agentes de Zoonoses, Agentes Comunitários de Saúde e Trabalhadores da rede de saúde, respeitando o pertencimento e a realidade dos territórios das 31 subprefeituras, visando entre outras ações o empoderamento dos trabalhadores de saúde nas questões do desenvolvimento e sustentabilidade que queremos.

EIXO III: COMO EFETIVAR E AMPLIAR O CONTROLE SOCIAL EM SAÚDE DOS TRABALHADORES?

- ✓ A Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador – CIST Municipal deverá desencadear ação junto as Coordenadorias Regionais de Saúde e as Subprefeituras, para que na revisão e implementação dos Planos Diretores Regionais – PDR's – sejam contempladas e respeitadas as questões sócio-ambientais, na garantia de promoção a saúde dos trabalhadores e na preservação do meio ambiente.
- ✓ A Conferência Municipal de Saúde do Trabalhador orienta, para que em todos os níveis do sistema, que o segmento dos usuários, tanto na composição das Comissão Intersetorial de

Saúde do Trabalhador – CIST, quanto nos Conselhos de Saúde, tenha em seus quadros representação dos Trabalhadores do mercado informal, garantindo assim ampla representação social e democrática no processo de eleição de seus representantes. .

- ✓ A exemplo do Sistema Único de Saúde - SUS e dentro de uma perspectiva intersetorial, instituir instâncias de controle social em todas nas instituições públicas municipais envolvidas com a saúde do trabalhador e meio ambiente, com a criação de conselhos nas secretarias do Verde e Meio Ambiente, do Trabalho, Previdência e da Educação.
- ✓ Assegurar a divulgação dos relatórios técnicos e do conhecimento produzido aos sindicatos de trabalhadores, sindicatos patronais e instituições com responsabilidade e interesse na área e a sociedade em geral.
- ✓ Autuar e penalizar empresas públicas, privadas, fundações, autarquias, instituições públicas, que comprovadamente apresentem altos índices de acidentes de trabalho e criar mecanismos de financiamento e estudos para superação destas situações.
- ✓ Capacitar as CIPAs, CONSATs e SESMTs, através da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador - RENAST, para o exercício da vigilância em saúde do trabalhador nos locais de trabalho, articulando-a com o poder público.
- ✓ Continuidade do informativo SIVAT e ampliação de sua divulgação.
- ✓ Criação de Conselhos Gestores na Previdência Social e no Ministério do Trabalho e Emprego, com controle social, participação popular e proporcionalidade entre os usuários, trabalhadores e gestores, nos moldes das Leis 8080 e 8142/90.
- ✓ Criação de cronograma de apresentação ao Controle Social (CG, CMS, CIST) e de acompanhamento, pelo mesmo, da implementação das resoluções da III CNST.
- ✓ Criar cursos para capacitação de conselheiros, representantes da Comissão Intersectorial de Saúde do Trabalhador – CIST, Conselhos Gestores do Centros de Referência de Saúde do Trabalhador - CRSTs em saúde do trabalhador, através do CEFOR, potencializando os mesmos para planejamento e avaliação das políticas de saúde e meio ambiente.
- ✓ Criar Projeto de Lei que garanta aos servidores públicos municipais, estaduais, autarquias e fundações e outros regimes de trabalho, a extensão das Normas Regulamentadoras – NRs, respeitando os avanços alcançados na legislação por estas instâncias.
- ✓ Elaboração pelos técnicos de saúde do trabalhador de pesquisas sobre identificação e conhecimento de quais modelos de participação social são utilizados pelos diversos setores e Secretarias – exemplos: controle consultivo controles deliberativos, etc. e diagnóstico da situação de conselhos existentes.
- ✓ Encaminhar à Câmara Municipal de São Paulo Projeto de Lei que garanta a liberdade de organização e participação dos trabalhadores para o controle social das questões relativas à sua saúde em todos os locais de trabalho (públicos, privados e precarizados).
- ✓ Encontro entre todos os conselhos da cidade de São Paulo, no início do segundo semestre de 2006, com o tema “Acompanhamento das ações de saúde do trabalhador no Município de São Paulo” – Evento organizado pelo CMSSP/CIST.
- ✓ Estabelecimento de canais regulares de acesso à população geral, visando socializar as informações pertinentes à prevenção e à promoção da saúde do trabalhador e ao meio ambiente através de boletins, endereços eletrônicos dos Conselhos Municipais, Estaduais e Nacionais, gibis, programas em rádios comunitárias e inserção nos meios de comunicação sindical, com utilização de parte de verba de comunicação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador - RENAST.
- ✓ Garantia de participação dos trabalhadores na elaboração das normas e políticas de segurança e saúde no trabalho e na fiscalização das condições de trabalho.

- ✓ Implantação de “quadro de aviso” do controle social em todas unidades de saúde, meio ambiente, etc do município.
- ✓ Implantação de Grupo de Trabalho intersecretarial (Saúde, Educação, Meio Ambiente e Trabalho) para estabelecimento da difusão dos conceitos de segurança e saúde do trabalhador na rede de ensino municipal e inclusão nos cursos profissionalizantes e de educação permanente do tema saúde do trabalhador e meio ambiente.
- ✓ Incorporação do tema saúde do trabalhador e meio ambiente na agenda de discussões do Fórum Municipal de Pesquisa.

- ✓ Instituição em lei da estabilidade dos Conselheiros representantes dos trabalhadores, durante o mandato e pelo período de um ano após o final do mandato com vistas a garantir a liberdade de expressão e de participação nos Conselhos Gestores.
- ✓ Mecanismos divulgadores e de comunicação do Conselho Gestor nos Centros de Referência de Saúde do Trabalhador - CRST's. como por exemplo boletim mensal, página na internet, etc, e que seja afixada em local visível da unidade painel do Conselho Gestor com sua composição, incluindo os segmentos representados, forma de contato (telefone, e-mail) e informes.
- ✓ Notificar as entidades sindicais de trabalhadores das atividades de vigilância à saúde do trabalhador a serem realizadas.
- ✓ Obrigatoriedade de comunicação das ações de vigilância nos ambientes de trabalho aos representantes dos trabalhadores garantindo a participação dessas entidades no acompanhamento de tais fiscalizações.
- ✓ Os Centros de Referência de Saúde do Trabalhador - CRST's devem participar no desenvolvimento de projetos interinstitucionais, com: Ministério Público Estadual, Secretaria de Estado da Saúde, Fundacentro, Universidades, Ministério do Trabalho, diferentes Secretarias da Prefeitura Municipal de São Paulo, Sindicatos e Centrais Sindicais, etc.
- ✓ Para efeito de empoderamento do Controle Social e difusão de conhecimentos e disponibilização das informações geradas, o CMSSP deve estabelecer parcerias com MTE (Ministério do Trabalho e Emprego) e suas entidades, como FUNDACENTRO (Fundação Jorge Duprat Figueiredo de Segurança e Medicina do Trabalho), bem como o Ministério da Previdência para, através de sua Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador – CIST, receber todo mês, as informações , resultantes das pesquisas feitas ou em andamento, para que sirvam de suporte técnico e garantia da difusão dos conhecimentos para toda a sociedade brasileira.
- ✓ Participação das instâncias de controle social do planejamento das ações de vigilância em saúde do trabalhador e meio ambiente.
- ✓ Participação na Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador – CIST, na qualidade de convidados, dos representantes do Ministério Público do Trabalho.
- ✓ Que a Secretaria de Estado da Saúde e a Delegacia Regional do Trabalho disponibilizem por meios eletrônicos, todos os relatórios de fiscalização nos ambientes de trabalho, contendo no mínimo, nome da empresa, data da fiscalização, fiscais envolvidos, medidas adotadas, como forma de garantir a transparência das ações.
- ✓ Que a Secretaria Municipal de Saúde apresente relatório mensal do plano de aplicação de recursos da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador - RENAST ao Controle Social (Conselhos Gestores, CIST, Conselho Municipal de Saúde, Centrais Sindicais e Sindicatos).

- ✓ Que a secretaria municipal de saúde e o Conselho Municipal de Saúde assumam como atribuição prioritária a criação de um Fórum Municipal intersetorial e intersecretarial que contemple as diversas instâncias de administração pública e da sociedade civil no sentido de se fortalecer o debate público sobre Saúde do Trabalhador e a questão sócio-ambiental e a sua sustentabilidade.
- ✓ Que a SMS, Previdência Social e DRT garantam o apoio político técnico e administrativo as instancias de controle social (particularmente os conselhos gestores).
- ✓ Que as instituições envolvidas com a saúde, trabalho e meio ambiente incentivem as organizações nos locais de trabalho, com representantes dos trabalhadores eleitos entre seus pares, para as questões de saúde, com garantia de estabilidade durante o mandato e por um ano após.
- ✓ Que as secretarias municipais e suas instâncias de controle social, seus conselhos gestores locais, estabeleçam canais permanentes de comunicação e planejamento de ações, para que não atuem como instancias paralelas e divorciadas, permitindo efetiva discussão as necessidades das ofertas de ações de saúde do trabalhador em todos os níveis.
- ✓ Que esses Conselhos assumam como atribuição prioritária a definição de plano de trabalho e cronograma de reuniões, produção de diagnóstico e identificação de problemas, acompanhamento de ações governamentais através não só de relatórios como também de visitas de campo e entrevistas com os dirigentes, usuários e trabalhadores dos serviços.
- ✓ Que nos órgãos como SMS, INSS, DRT, onde hajam previsão da existência de Conselhos Gestores, reservem recursos financeiros para capacitação de membros e criação de estrutura administrativa mínima de funcionamento dos mesmos. Que esta capacitação contemple aspectos históricos, técnicos e éticos da constituição do campo da saúde dos trabalhadores.
- ✓ Que o CADES (Conselho de Desenvolvimento) contemple as discussões sobre saúde do trabalhador em suas atividades.
- ✓ Que o Conselho de Representantes das Subprefeituras, quando de sua criação, incorporem entre suas atribuições o acompanhamento das políticas de saúde, trabalho e meio ambiente no âmbito de seu território.
- ✓ Que o Conselho Municipal de Saúde de São Paulo organize debate para a discussão, com a sociedade organizada, das ações ou propostas de privatização que se contraponham à integralidade das ações, tais como: mudança na Política de Segurança e Saúde no Trabalho do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE); proposta de privatização do Seguro Acidente do Trabalho no Ministério da Previdência Social e outras.
- ✓ Que os Conselhos gestores de unidades, distritais, Conselhos Municipal e Estadual discutam e estabeleçam em nível local e municipal políticas de comunicação em prol da saúde do trabalhador, envolvendo assessorias dos órgãos governamentais e não governamentais, além de ter fluxo contínuo com os diversos meios de comunicação.
- ✓ Que os Conselhos, assim que constituídos definam seu regimento e regulamento para regulamentar o funcionamento dos mesmos.
- ✓ Que os exames periódicos de saúde, admissional, de retorno ao trabalho, de mudança de função e demissional sejam realizados com qualidade e se estendam a todos os trabalhadores, independente do regime de contratação (estatutário, celetista) e, onde não houver, que seja imediatamente implantada a realização, garantindo que estes sirvam exclusivamente à prevenção de agravos à saúde, promoção, acompanhamento e recuperação da saúde dos trabalhadores.
- ✓ Que os serviços de saúde prestados pelas empresas e entidades públicas ou privadas aos seus trabalhadores sejam reconhecidos como serviços de saúde pública sob gestão

privada, portanto, sujeito aos mecanismos de regulação previstos em Lei, e sob o controle social por parte dos trabalhadores.

- ✓ Que os técnicos do Sistema Único de Saúde - SUS realizem estudos de eliminação de riscos nos ambientes de trabalho , que se contraponham aos estudos de limite de tolerância.
- ✓ Que sejam constituídos Conselhos Gestores em todas unidades de saúde do Município de administração direta e indireta, incluídas as entidades filantrópicas conveniadas com o Sistema Único de Saúde - SUS, conforme legislação vigente (Leis 8080 e 8142). Sob pena de cessar o repasse de verba SUS às unidades que descumprirem esta determinação.
- ✓ Que SMS, Previdência Social e DRT promovam ações conjuntas para divulgação do papel das ações de Saúde do Trabalhador junto aos trabalhadores, sindicatos, associações e universidades.
- ✓ Que todas as unidades municipais de saúde da administração direta e indireta (autarquias, organizações sociais e entidades filantrópicas) que recebem recursos do Sistema Único de Saúde - SUS, tenham CIPAS, Comissões de Saúde e SESMT's, sob pena de não recebe-los.
- ✓ Realização de pré-conferências regionais antecedendo a Conferência Municipal de Saúde.
- ✓ Realização de Seminário de atualização para os trabalhadores e representantes dos usuários sobre as transformações no mundo do trabalho e nas formas de organização dos trabalhadores promovido pela secretaria municipal de Trabalho e Desenvolvimento.
- ✓ Realização de Seminário/Oficina com representantes de entidades sindicais, e áreas de comunicação das secretarias envolvidas para discussão do tema e elaboração de planejamento das ações de divulgação sobre saúde do trabalhador para as respectivas categorias.
- ✓ Retomada do boletim do CMSSP, contemplando temas relativos a saúde do trabalhador e meio ambiente.
- ✓ Transformar, em permanente, o caráter da Comissão de Investigação sobre os recursos desviados da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador - RENAST, criada pelo CMS, para acompanhar os desdobramentos das medidas destinadas ao ressarcimento das verbas desviadas e à punição dos responsáveis.

PROPOSTAS APROVADAS PARA SEREM ENCAMINHADAS ÀS CONFERÊNCIAS ESTADUAL E NACIONAL POR TEREM ÂMBITO ESTADUAL E/OU NACIONAL

EIXO I – INTEGRALIDADE NO SUS, INTERSETORIALIDADE E TRANSVERSALIDADE

- ✓ Adoção imediata pela Previdência Social da Portaria MS/GM 1339/98 no estabelecimento de nexos causais de doenças ocupacionais.
- ✓ Aplicar o código sanitário e criar legislação específica quando não houver, que obrigue a disponibilização de cadastro por parte das empresas com informações sobre acidentes e doenças do trabalho, riscos e efeitos à saúde decorrentes da exposição ambiental e riscos ambientais. Criar *site* alimentado continuamente pelos Ministérios do Trabalho e Emprego, Previdência Social, Saúde, Meio Ambiente e Universidades Públicas com os dados provenientes do cadastro referido acima, pesquisas e informações pertinentes.
- ✓ Assegurar o caráter público do SAT - Seguro de Acidente do Trabalho, revogando, através de emenda constitucional, o parágrafo 10 do artigo 201 da Constituição Federal, que prevê a participação de empresas privadas.

- ✓ Assegurar o princípio da universalidade nas ações e políticas de saúde, incluindo todos os trabalhadores no sistema de proteção social, dentre eles, trabalhadores públicos e informais.
- ✓ Avaliar e implementar o Sistema Nacional de Agravos de Notificação – SINAN, para inclusão de todos os agravos relacionados ao trabalho, incluindo acidentes de trajeto e doenças do trabalho, além dos já relacionados na Portaria MS 1.339/99.
- ✓ Avaliar e implementar o Sistema Nacional de Agravos de Notificação – SINAN, para inclusão de todos os agravos relacionados ao trabalho, incluindo acidentes do trajeto e doenças do trabalho, além dos já relacionados na Portaria MS 1.339/99.
- ✓ Criar registro Nacional unificado de empresas gerenciado pelo Ministério do Trabalho e Emprego, devendo conter no mínimo as seguintes informações prestadas de forma compulsória e anual: a) quantidade de funcionários; b) produtos utilizados tais como: matéria-prima, produtos, produtos finais de interesse, subprodutos intermediários, aditivos e insumos, resíduos e emissões potenciais; c) descrição e número de incidentes; d) número de acidentes que tenham ocasionado agravos à saúde e à integridade dos trabalhadores; e) passivos de contaminação ambiental; f) relatório anual de advertências e multas (gerais); g) Certificados de Autorização de Destinação de Resíduos Industriais solicitados, aprovados e reprovados e executados (CADRIS); h) pedidos de mudanças do CNAE (Código Nacional de Atividades Econômicas); e i) descrição de atividades e serviços prestados.
- ✓ Efetivar e ampliar os Termos de Cooperação Técnica a exemplo dos já estabelecidos junto ao Ministério do Trabalho mediante sua representação local (DRT e Fundacentro), Ministério Público Federal do Trabalho, Instituições Formadoras, de Pesquisa, Conselhos Profissionais, Sindicatos e Associações de Especialistas.
- ✓ Efetivar e ampliar os Termos de Cooperação Técnica a exemplo dos já estabelecidos junto ao Ministério do Trabalho mediante sua representação local (DRT e Fundacentro), Ministério Público Federal do Trabalho, Instituições Formadoras, de Pesquisa, Conselhos Profissionais, Sindicatos e Associações de Especialistas
- ✓ Estabelecer, em conjunto com a Previdência Social, protocolos de atendimento e reconhecimento da existência das doenças do trabalho, permitindo a discussão e a exposição de provas técnicas, em Câmaras Técnicas definidas no Fórum Intersetorial de Saúde do Trabalhador.
- ✓ Estabelecer, em conjunto com a Previdência Social, protocolos de atendimento e reconhecimento da existência das doenças do trabalho, permitindo a discussão e a exposição de provas técnicas, em Câmaras Técnicas definidas no Fórum Intersetorial de Saúde do Trabalhador.
- ✓ Garantia de não penalização ao segurado, nos casos de sonegação de contribuição ao INSS pelas Empresas, na concessão do benefício.
- ✓ Garantir recursos do Seguro Acidente do Trabalho para o Sistema Único de Saúde, com o objetivo de custear os procedimentos em Saúde do Trabalhador.
- ✓ Garantir recursos do Seguro Acidente do Trabalho para o Sistema Único de Saúde, com o objetivo de custear os procedimentos em Saúde do Trabalhador.
- ✓ Inclusão dos distúrbios da voz relacionado ao trabalho, no rol de doenças relacionadas ao trabalho, do INSS.
- ✓ Instituir ou criar estrutura específica de atenção à saúde do servidor público que contemple diagnóstico, tratamento e reabilitação, bem como atividades de promoção à saúde e prevenção de agravos relacionados ao trabalho com vistas a uma política de saúde e segurança plena com o respectivo controle social (OIT 155 e 161).

- ✓ Instituir ou criar estrutura específica de atenção à saúde do servidor público que contemple diagnóstico, tratamento e reabilitação, bem como atividades de promoção à saúde e prevenção de agravos relacionados ao trabalho com vistas a uma política de saúde e segurança plena com o respectivo controle social (OIT 155 e 161).
- ✓ Os Pólos de Capacitação do Sistema Único de Saúde devem contemplar a área da Saúde do Trabalhador em toda a sua intersetorialidade / transversalidade.
- ✓ Os Pólos de Capacitação do Sistema Único de Saúde devem contemplar a área da Saúde do Trabalhador em toda a sua intersetorialidade / transversalidade.
- ✓ Que a atenção à saúde mental e física dos agentes comunitários de saúde, seja assumida integralmente pelos empregadores.
- ✓ Reconhecer em todas as instâncias, públicas e privadas, os pareceres técnicos de todos os profissionais de saúde.
- ✓ Reconhecer em todas as instâncias, públicas e privadas, os pareceres técnicos de todos os profissionais de saúde.
- ✓ Viabilizar termos de cooperação técnica entre Universidades e Serviços Públicos em todas as instâncias nas ações integradas em saúde do trabalhador, principalmente no que diz respeito à formação profissional e pesquisa.
- ✓ Viabilizar termos de cooperação técnica entre Universidades e Serviços Públicos em todas as instâncias nas ações integradas em saúde do trabalhador, principalmente no que diz respeito à formação profissional e pesquisa.

EIXO II – COMO INCORPORAR A SAÚDE DOS TRABALHADORES NAS POLÍTICAS DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL NO PAÍS?

- ✓ Ampliar os mecanismos de divulgação e informação por meio da criação de um site para socializar informações relacionadas a legislações pertinentes, bibliotecas locais nas empresas, espaços de informação nos locais de trabalho, dentre outros.
- ✓ Ampliar os mecanismos de divulgação e informação por meio da criação de um site para socializar informações relacionadas a legislações pertinentes, bibliotecas locais nas empresas, espaços de informação nos locais de trabalho, dentre outros.
- ✓ Criação de banco de dados para disponibilizar informações, para uso público, contendo documentação de processos e tecnologias e a produção das indústrias como documentação rastreável.
- ✓ Criação de mecanismos de avaliação de empréstimos para empresas privadas junto a Instituições Públicas (BNDES, Banco do Brasil, etc.) que considerem análise de quantidade e gravidade das doenças e acidentes do trabalho proporcionado por estas empresas com dados do MTE, DRT, etc.
- ✓ Criação e implantação de protocolos relativos aos efeitos neurotóxicos de agentes, tais como, mercúrio e compostos halogenados.
- ✓ Criação e implantação de protocolos relativos aos efeitos neurotóxicos de agentes, tais como, mercúrio e compostos halogenados.
- ✓ Criação, pelo Ministério da Saúde, de um Grupo de Trabalho, formado por representantes sindicais, trabalhadores, empregadores e técnicos de saúde, para elaboração de uma regulamentação, com objetivo de caracterizar o assédio moral como desencadeador de transtornos mentais no trabalho.

- ✓ Efetivar ações de vigilância em Saúde em cooperativas de materiais recicláveis fazendo um intenso trabalho de fiscalização para romper com o ciclo de comercialização de resíduos de forma ilegal.
- ✓ Estabelecer espaços tripartites de negociação objetivando o combate veemente da prática de assédio moral que tem influenciado diretamente no processo produtivo, na Saúde e na preservação do trabalho.
- ✓ Estabelecer espaços tripartites de negociação objetivando o combate veemente da prática de assédio moral que tem influenciado diretamente no processo produtivo, na Saúde e na preservação do trabalho.
- ✓ Garantir espaços tripartites de negociação, sobre mudanças tecnológicas e organizacionais nos processos produtivos com vistas a preservação do trabalho, emprego, saúde e meio ambiente.
- ✓ Os três níveis de governo devem desencadear e promover em conjunto com as centrais sindicais, sindicatos e outras organizações de trabalhadores, ações visando a integralidade entre ambiente de trabalho, processo produtivo e meio ambiente, junto aos trabalhadores.
- ✓ Os Três níveis de Governo devem desencadear e promover junto ao conjunto dos trabalhadores, através das Centrais Sindicais, Sindicatos e outras organizações de trabalhadores, assim como, a sociedade civil organizada, ações visando a integralidade entre ambiente de trabalho, o processo produtivo e meio ambiente.
- ✓ Promover discussão sobre saúde do trabalhador no trabalho informal e na economia solidária.
- ✓ Promover discussão sobre saúde do trabalhador no trabalho informal e na economia solidária.
- ✓ Que seja apresentado um projeto de Lei que assegure a dona de casa, direito a auxílio doença e aposentadoria mesmo sem contribuição ao INSS.
- ✓ Que todo trabalhador formal ou informal tenha acesso aos informativos de âmbito Federal, Estadual e Municipal e à cursos gratuitos de formação, com conteúdos de educação ambiental, jurídica, etc, e com direito ao transporte e alimentação, criando condições de crescimento e de multiplicação.
- ✓ Que todo trabalhador formal ou informal tenha acesso aos informativos de âmbito Federal, Estadual e Municipal e à cursos gratuitos de formação, com conteúdos de educação ambiental, jurídica, etc, e com direito ao transporte e alimentação, criando condições de crescimento e de multiplicação.
- ✓ Redução das horas extras através de legislação específica, fixando volume anual, semestral, mensal e diário máximos de horas extras por trabalhador, combinada com estratégias que permitam controlar os ritmos e intensidade do trabalho, objetivando a qualidade de vida do trabalhador.
- ✓ Redução das horas extras através de legislação específica, fixando volume anual, semestral, mensal e diário máximos de horas extras por trabalhador, combinada com estratégias que permitam controlar os ritmos e intensidade do trabalho objetivando a qualidade de vida do trabalhador.

EIXO III: COMO EFETIVAR E AMPLIAR O CONTROLE SOCIAL EM SAÚDE DOS TRABALHADORES?

- ✓ Criação de Conselhos Gestores na Previdência Social e no Ministério do Trabalho e Emprego, com controle social, participação popular e proporcionalidade entre os usuários, trabalhadores e gestores, nos moldes das Leis 8080 e 8142/90.

- ✓ Criação de Conselhos Gestores na Previdência Social e no Ministério do Trabalho e Emprego, com controle social, participação popular e proporcionalidade entre os usuários, trabalhadores e gestores, nos moldes das Leis 8080 e 8142/90.
- ✓ Criar mecanismos de financiamento e estudo para superar casos e situações que comprovadamente apresentem alto índices de acidentes de trabalho, segundo demandas sociais.
- ✓ Criar Projeto de Lei que garanta aos servidores públicos municipais, estaduais, autarquias e fundações e outros regimes de trabalho, a extensão das Normas Regulamentadoras – NRs, respeitando os avanços alcançados na legislação por estas instâncias.
- ✓ Encaminhar à Assembléia Legislativa, Projeto de Lei que garanta a liberdade de organização e participação dos trabalhadores para controle social das questões relativas aos locais de trabalho (públicos, privados e precarizados).
- ✓ Estabelecimento de canais regulares de acesso à população geral, visando socializar as informações pertinentes à prevenção e à promoção da saúde do trabalhador e ao meio ambiente através de boletins, endereços eletrônicos dos Conselhos Municipais, Estaduais e Nacionais, gibis, programas em rádios comunitárias e inserção nos meios de comunicação sindical, com utilização de parte de verba de comunicação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador - RENAST.
- ✓ Estabelecimento de canais regulares de acesso à população geral, visando socializar as informações pertinentes à prevenção e à promoção da saúde do trabalhador e ao meio ambiente através de boletins, endereços eletrônicos dos Conselhos Municipais, Estaduais e Nacionais, gibis, programas em rádios comunitárias e inserção nos meios de comunicação sindical, com utilização de parte de verba de comunicação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador - RENAST.
- ✓ Estabelecimento de Conselhos Gestores nas Agências do INSS do Município de São Paulo, que atuem na implantação e acompanhamento do estabelecimento de “nexo causal epidemiológico”.
- ✓ Garantir a participação de trabalhadores e usuários no controle social, de acordo com os princípios do SUS, no GEISAT – Grupo Executivo Interministerial em Saúde do Trabalhador.
- ✓ Garantir a participação de trabalhadores e usuários no controle social, de acordo com os princípios do Sistema Único de Saúde - SUS, no Grupo Executivo Interministerial em Saúde do Trabalhador - GEISAT.
- ✓ Incorporar conteúdos de Saúde do Trabalhador nos programas de educação ambiental nos estabelecimentos de ensino.
- ✓ Incorporar os temas de cor / raça / etnia, gênero, diversidade sexual e faixa etária, bem como deficientes físicos, portadores de necessidades especiais e todas as ações de capacitação e educação continuada dos trabalhadores e gestores responsáveis pela operacionalização do Plano Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador – PNSST.
- ✓ Instituição em lei da estabilidade dos Conselheiros representantes dos trabalhadores, durante o mandato e pelo período de um ano após o final do mandato com vistas a garantir a liberdade de expressão e de participação nos Conselhos Gestores.
- ✓ Instituição em lei da estabilidade dos Conselheiros representantes dos trabalhadores, durante o mandato e pelo período de um ano após o final do mandato com vistas a garantir a liberdade de expressão e de participação nos Conselhos Gestores
- ✓ Instituir conselhos gestores nos postos da Previdência Social e Delegacias Regionais de Trabalho.
- ✓ Os Ministérios ligados à Saúde do Trabalhador (Ministério da Saúde, Ministério do Trabalho e Emprego, Ministério da Previdência e Assistência Social, Ministério do Meio

Ambiente) deverão fazer gestão junto ao Executivo para apresentar medida legal para adoção de metodologia de critério epidemiológico no estabelecimento da relação entre trabalho e doença, invertendo o ônus da prova na Concessão do Benefício.

- ✓ Os órgãos do Executivo Federal envolvidos na questão Saúde do Trabalhador (MS, MPAS, MTE), a Casa Civil, e o CNS devem encaminhar à Câmara Federal questionamento pela aprovação da PEC do Dep. Prof. Rosinha, que devolve ao Poder Público a exclusividade do gerenciamento do SAT (Seguro de Acidente do Trabalho).
- ✓ Para efeito de empoderamento do Controle Social e difusão de conhecimentos e disponibilização das informações geradas, o CMSSP deve estabelecer parcerias com MTE (Ministério do Trabalho e Emprego) e suas entidades, como FUNDACENTRO (Fundação Jorge Duprat Figueiredo de Segurança e Medicina do Trabalho), bem como o Ministério da Previdência para, através de sua Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador – CIST, receber todo mês, as informações, resultantes das pesquisas feitas ou em andamento, para que sirvam de suporte técnico e garantia da difusão dos conhecimentos para toda a sociedade brasileira.
- ✓ Que a Secretaria de Estado da Saúde e a Delegacia Regional do Trabalho disponibilizem por meios eletrônicos, todos os relatórios de fiscalização nos ambientes de trabalho, contendo no mínimo, nome da empresa, data da fiscalização, fiscais envolvidos, medidas adotadas, como forma de garantir a transparência das ações.
- ✓ Que nos órgãos como SMS, INSS, DRT, onde hajam previsão da existência de Conselhos Gestores, reservem recursos financeiros para capacitação de membros e criação de estrutura administrativa mínima de funcionamento dos mesmos. Que esta capacitação contemple aspectos históricos, técnicos e éticos da constituição do campo da saúde dos trabalhadores.
- ✓ Que nos órgãos como SMS, INSS, DRT, onde hajam previsão da existência de Conselhos Gestores, reservem recursos financeiros para capacitação de membros e criação de estrutura administrativa mínima de funcionamento dos mesmos. Que esta capacitação contemple aspectos históricos, técnicos e éticos da constituição do campo da saúde dos trabalhadores.
- ✓ Que o Governo do Estado institua espaços tripartites de negociação e os conselhos de políticas públicas iniciem um amplo programa de estudos e debates sobre as introduções e mudanças tecnológicas e organizacionais nos processos produtivos com vistas à preservação do trabalho, emprego, saúde e meio ambiente.
- ✓ Que o INSS, Ministério do Trabalho, Delegacias Regionais do Trabalho, Meio Ambiente e Ministério Público formem seus Conselhos Gestores do Usuários bem como seja publicado e informado em âmbito nacional por todos os meios de comunicação os seus critérios, para assim a população poder saber onde e quando se candidatar.
- ✓ Que o INSS, Ministério do Trabalho, Delegacias Regionais do Trabalho, Meio Ambiente e Ministério Público formem seus Conselhos Gestores do Usuários bem como seja publicado e informado em âmbito nacional por todos os meios de comunicação os seus critérios. Para assim a população poder saber onde e quando se candidatar
- ✓ Que os técnicos do Sistema Único de Saúde - SUS realizem estudos de eliminação de riscos nos ambientes de trabalho, que se contraponham aos estudos de limite de tolerância.
- ✓ Que os técnicos do Sistema Único de Saúde - SUS realizem estudos de eliminação de riscos nos ambientes de trabalho, que contraponham aos estudos de limite de tolerância.
- ✓ Que sejam instituídos Conselhos Gestores em todas unidades de saúde do Estado de administração direta e indireta, incluídas as entidades filantrópicas conveniadas com o Sistema Único de Saúde - SUS, conforme legislação vigente (Leis 8080 e 8142), sob

pena de cessar o repasse de verba SUS às unidades que descumprirem esta determinação.

- ✓ Que todas as unidades municipais de saúde da administração direta e indireta (autarquias, organizações sociais e entidades filantrópicas) que recebem recursos do Sistema Único de Saúde - SUS, tenham CIPAS, Comissões de Saúde e SESMT's, sob pena de não recebê-los.
- ✓ Realização de Seminário de atualização para os trabalhadores e representantes dos usuários sobre as transformações no mundo do trabalho e nas formas de organização dos trabalhadores promovido pela secretaria municipal de Trabalho e Desenvolvimento.
- ✓ Realização de Seminário de atualização para os trabalhadores e representantes dos usuários sobre as transformações no mundo do trabalho e nas formas de organização dos trabalhadores promovido pela secretaria municipal de Trabalho e Desenvolvimento.
- ✓ Realização de Seminários com os Centros de Referência de Saúde do Trabalhador - CRSTs, conselhos gestores, conselheiros municipais, conselheiros estaduais, Comissões Intersetoriais de Saúde do Trabalhador – CISTs, para acompanhamento do cumprimento das ações estabelecidas no Plano Estadual de Saúde do Trabalhador – evento organizado pelo Conselho Estadual de Saúde – Comissão técnica de Saúde do Trabalhador.
- ✓ Utilização de verba da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador - RENAST para confecção de material de comunicação, com temas específicos sobre saúde do trabalhador a ser distribuído também através de Conselhos Gestores Estaduais e Municipais aos usuários.
- ✓ Utilização de verba da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador - RENAST para confecção de material de comunicação, com temas específicos sobre saúde do trabalhador a ser distribuído também através de Conselhos Gestores Estaduais e Municipais aos usuários.

PROPOSTAS REFERENDADAS DO DOCUMENTO BASE NACIONAL

EIXO I – INTEGRALIDADE NO SUS, INTERSETORIALIDADE E TRANSVERSALIDADE

- ✓ Busca da integralidade entre as diversas áreas do conhecimento sobre a saúde do trabalhador, para que sejam feitos o diagnóstico etiológico e onexo pericial das doenças relacionadas ao trabalho.
- ✓ Capacitação, pelos gestores do Sistema Único de Saúde - SUS, dos profissionais do sistema na identificação da relação entre o atendimento de saúde prestado aos trabalhadores e os riscos existentes no ambiente de trabalho.
- ✓ Compilação, pelos sistemas de informação em saúde, de todas as informações relacionadas ao atendimento, pelo SUS, de trabalhadores acidentados e portadores de doenças no trabalho, promovendo a inclusão dos trabalhadores informais nas políticas públicas de saúde e coibindo a subnotificação de ocorrências.
- ✓ Consecução de reabilitação profissional efetiva, que proporcione a formação do trabalhador para atuação em áreas adequadas à sua atual condição de saúde.
- ✓ Criação de uma política de recuperação de doentes visando à sua reintegração ao mercado de trabalho, no final do período de afastamento, com recepção de benefício previdenciário.
- ✓ Cumprimento da Convenção nº 161, da Organização Internacional do Trabalho (OIT), assinada em 7/6/85 e promulgada em 22/5/91, que prevê a inserção dos princípios de

segurança, saúde e meio ambiente no trabalho como tema transversal aos currículos de ensino dos níveis fundamental, médio e superior.

- ✓ Delegação aos Conselhos de Saúde, por meio das Comissões Intersectoriais de Saúde do Trabalhador nas três esferas de governo, do acompanhamento da implementação e divulgação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast).
- ✓ Descentralização do Grupo Executivo Interministerial de Saúde do Trabalhador (Geisat), em todas as instâncias da Federação – nacional, estadual e municipal –, estabelecendo mecanismos de referência e contra-referência entre as instituições participantes, nos moldes do SUS.
- ✓ Efetivação, pelos órgãos públicos competentes, das ações práticas integradas de vigilância em saúde, rompendo as barreiras à realização da vigilância epidemiológica, sanitária, ambiental e de saúde do trabalhador. A fiscalização deve ser exercida por todas as instâncias, de forma integrada e sinérgica.
- ✓ Estruturação da formação em saúde do trabalhador de maneira integralizada, evitando a compartimentalização dos conhecimentos.
- ✓ Exigência do cumprimento da função da Previdência Social, humanizando-a e garantindo, aos que dela necessitem, o acesso aos benefícios previdenciários.
- ✓ Fortalecimento institucional mediante a formação de corpo técnico e administrativo e a realização de concursos públicos, aparelhamento das instituições e outros procedimentos que visem garantir a integralidade efetiva das ações de saúde do trabalhador.
- ✓ Garantia da formação de profissionais pelas diversas instituições, por meio de programas de atividades articulados e conjuntos.
- ✓ Garantia de condições reais de acesso do trabalhador rural ao Sistema Único de Saúde, assegurando atendimento integral e humanizado, de qualidade, que inclua atendimento pré-natal, prevenção de câncer de colo uterino, acompanhamento de pessoas com diabetes e hipertensão e outros agravos. O funcionamento noturno deve ser assegurado para o maior atendimento dos trabalhadores urbanos.
- ✓ Garantia de que os diagnósticos e os nexos de agravos à saúde relacionados com o trabalho, estabelecidos pelo setor Saúde, sejam acatados pelas demais instituições – inclusive a Previdência Social –, eliminando papéis duplicados e custosos ao Estado.
- ✓ Garantia de recursos do Seguro Acidente do Trabalho para o Sistema Único de Saúde, com o objetivo de custear os procedimentos em saúde dos trabalhadores.
- ✓ Garantia pelas políticas públicas, na prática das ações, da integralidade dos saberes necessários à efetividade dos serviços de saúde, prevenindo a redução de visões fragmentadas na atenção à saúde do trabalhador.
- ✓ Implementação, nas ações transversais do setor Saúde, de atividades que permitam aos Pólos de Capacitação do Sistema Único de Saúde contemplar a área da Saúde do Trabalhador.
- ✓ Implementação, pelo Governo Federal e governos estaduais, de um sistema de informação e comunicação articulado entre os diversos setores envolvidos nas políticas públicas de saúde do trabalhador.
- ✓ Incentivo à execução das Ações Regressivas pela Previdência Social, por meio do envio de informações do Ministério do Trabalho e Emprego sobre as investigações de acidentes do trabalho.
- ✓ Inclusão de outros profissionais de saúde na Comissão de Perícia da Previdência Social, para avaliar recursos negados de nexos causais relacionados ao trabalho.
- ✓ Inclusão, pelas políticas e ações de governo, de todos os trabalhadores – o servidor público entre eles – no sistema de proteção à segurança e saúde do trabalhador.

- ✓ Inclusão, pelos órgãos de governo, das universidades na execução de ações integradas em saúde do trabalhador, principalmente no que diz respeito à formação profissional e à pesquisa.
- ✓ Integração da saúde do trabalhador pelo Sistema Único de Saúde (SUS), intrasetorialmente.
- ✓ Manutenção, em caráter de prioridade, da fiscalização do meio ambiente e das condições de desenvolvimento do trabalho, visando à manutenção da saúde do trabalhador.
- ✓ Previsão de parâmetros de atuação integrada na elaboração dos orçamentos para os três Ministérios participantes do Geisat.
- ✓ Previsão, pela Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador, de um fluxograma de integração entre os órgãos setoriais e suas responsabilidades específicas, eliminando as dicotomias e evitando superposições. Esse fluxograma deverá identificar as metas institucionais e divulgá-las, amplamente, entre os integrantes e os agentes de sua execução. O planejamento e o orçamento das ações devem ser realizados em conjunto.
- ✓ Promoção do debate entre os órgãos públicos atuantes em segurança e saúde do trabalhador e as instituições de financiamento de pesquisas sobre investimento na produção de conhecimento para valorização das ações do setor.
- ✓ Proposição de fóruns de debates e concentração de empenho político na discussão da legislação que possibilite a atuação integral e transversal dos órgãos institucionais.
- ✓ Redução da monetarização dos riscos, evitando as condições insalubres de trabalho.
- ✓ Superação dos entraves jurídicos que dificultam as ações integradas de vigilância da saúde do trabalhador em nível nacional.
- ✓ Valorização das instituições de pesquisa e de desenvolvimento de conhecimento na área da Saúde do Trabalhador, assegurando a reorientação dos seus projetos e atividades para o atendimento das demandas sociais, pautadas em currículos voltados à humanização das relações de trabalho.

EIXO II – COMO INCORPORAR A SAÚDE DOS TRABALHADORES NAS POLÍTICAS DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL NO PAÍS?

- ✓ Ampliação do Grupo Executivo Interministerial de Saúde do Trabalhador (Geisat) com a inclusão dos Ministérios que se ocupam do Desenvolvimento Sustentável, mas que não vêm atuando sobre a questão de modo conjunto: Meio Ambiente; Indústria e Comércio; Planejamento, Orçamento e Gestão; e Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES).
- ✓ Construção de indicadores de geração de cenários e territórios – exemplo: exposição a riscos.
- ✓ Contribuição das universidades e da Fundação Jorge Duprat Figueiredo de Segurança e Medicina do Trabalho – Fundacentro –, do Ministério do Trabalho e Emprego – MTE –, para o desenvolvimento e difusão de estudos das relações entre desenvolvimento econômico e saúde, bem como de alternativas de subsídio à atuação dos responsáveis pelas políticas econômicas.
- ✓ Criação de instrumentos, como um fundo integrado entre os Ministérios, para fomento e realização de estudos e pesquisas com objetivos de saúde e de desenvolvimento.
- ✓ Criação de mecanismos que evitem a ocorrência de danos ao meio ambiente e à saúde do trabalhador.
- ✓ Desenvolvimento de subsídios conceituais à introdução de políticas de saúde do trabalhador nas políticas de desenvolvimento econômico e social.

- ✓ Discussão da integração do planejamento e da segurança e saúde do trabalhador nas políticas públicas de desenvolvimento sustentável.
- ✓ Discussão de mecanismos intersetoriais e interinstitucionais na análise e formulação dos relatórios de impacto ambiental e na fase de licenciamento de instalação e funcionamento de novos empreendimentos, considerando a sua repercussão sobre a saúde do trabalhador e a Saúde Pública.
- ✓ Discussão do custo da migração e da transferência dos riscos na questão ambiental integrada à segurança e saúde do trabalhador.
- ✓ Elaboração, sob o enfoque da lógica de território, de uma proposta da vigilância antecipatória que disponha de instrumentos para analisar e monitorar o processo de trabalho e a saúde, avaliando as suas possíveis conseqüências para as próximas gerações e para o meio ambiente.
- ✓ Entendimento do desenvolvimento social como defesa e promoção da qualidade de vida: direito à moradia, à saúde, ao transporte, ao meio ambiente saudável – trabalho em condições saudáveis.
- ✓ Estabelecimento de políticas tributárias e de incentivo ao desenvolvimento e uso de tecnologias limpas.
- ✓ Estabelecimento de políticas tributárias e de incentivo ao desenvolvimento prioritário de atividades com reduzido ônus à saúde dos trabalhadores.
- ✓ Estabelecimento de uma política de Estado para o desenvolvimento sustentável, que preceitue prioridade incondicional, na formulação de políticas públicas, do direito universal à vida e à saúde; e determinação da saúde como fator condicionante para o desenvolvimento sustentável, nos seus aspectos sociais e econômicos.
- ✓ Estudo de equiparação das sanções civil, penal e administrativa – incluindo as multas existentes na área ambiental –, em defesa da segurança e saúde do trabalhador.
- ✓ Fortalecimento dos mecanismos legais e estratégicos de aplicação da punição aos infratores que desconsideram os impactos à saúde do trabalhador e ao meio ambiente na implementação de políticas de desenvolvimento sustentável.
- ✓ Garantia de investimentos governamentais – provenientes da União, Estados, Distrito Federal e Municípios – em atividades que contemplem o fator trabalho.
- ✓ Implementação, pelo gestor federal do SUS, de ações norteadas pelo conceito de Desenvolvimento Sustentável, tendo como parâmetro as diretrizes estabelecidas nos planos de ação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast), de forma que essas diretrizes se desdobrem nos planos estaduais, regionais e municipais de saúde do trabalhador.
- ✓ Incentivo ao Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES) como agente de fomento ao crescimento de políticas sociais efetivas, dirigidas ao bem-estar do trabalhador e à preservação do meio ambiente.
- ✓ Inclusão da temática da Saúde do Trabalhador na Agenda 21.
- ✓ Inclusão do conceito de Desenvolvimento Sustentável na Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador, respeitando as diversidades e contribuindo para a superação das desigualdades regionais.
- ✓ Incorporação das questões de segurança e saúde do trabalhador em uma política de desenvolvimento sustentável que não as dissocie de outras políticas – como emprego, meio ambiente, pequenas e médias empresas –, o que implica mudança de paradigmas e incentivos estatais.
- ✓ Incorporação do conceito de Desenvolvimento Sustentável às questões de segurança e saúde do trabalhador na formação profissional, na educação popular em saúde e na capacitação daqueles que estão envolvidos na ação e na discussão sobre o tema.

- ✓ Inserção, na agenda do meio ambiente, da questão da saúde do trabalhador em áreas contaminadas.
- ✓ Prevenção da discriminação social por meio de ações educativas dirigidas aos trabalhadores no ambiente de trabalho.
- ✓ Proibição da instalação de empresas com tecnologias que contaminem o meio ambiente e degradem a saúde do trabalhador.
- ✓ Promoção da discussão de segurança e saúde do trabalhador pautada nos conceitos de Desenvolvimento Sustentável e de Responsabilidade Social.
- ✓ Promoção de novas formas de organização do trabalho que garantam o trabalho saudável.
- ✓ Respeito à geografia no enfoque do desenvolvimento sustentável – exemplo: leis elaboradas para uma região ou sociedade, não necessariamente, servem para outra.
- ✓ Respeito à vida e à saúde como valores absolutos e universais.
- ✓ Responsabilização dos empregadores e das empresas, independentemente do setor econômico, pela infração das legislações ambiental, sanitária e trabalhista; e criação de incentivos àqueles que invistam na prevenção aos agravos da saúde do trabalhador.

EIXO III: COMO EFETIVAR E AMPLIAR O CONTROLE SOCIAL EM SAÚDE DOS TRABALHADORES?

- ✓ A articulação intra e intersetorial, para facilitar a transparência nas ações governamentais executadas pelas esferas nacional, estadual e municipal.
- ✓ Ampliação do controle social em saúde do trabalhador, tornando-o mais propositivo e promotor de subsídios ao planejamento das ações para o setor, buscando interferir nas tecnologias que causam desemprego, danos à saúde e à qualidade de vida dos trabalhadores.
- ✓ Análise do modelo de controle social adotado por cada Ministério que possua interfaces com a saúde do trabalhador, de forma a garantir que não seja um modelo excludente.
- ✓ Busca, por todas as áreas ministeriais, estaduais, municipais, entidades afins e representações sindicais, das informações disponíveis na Fundação Jorge Duprat Figueiredo de Segurança e Medicina do Trabalho (Fundacentro), do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE), resultantes das pesquisas feitas ou em andamento, para que sirvam de suporte técnico e garantia da difusão dos conhecimentos para toda a sociedade brasileira.
- ✓ Compreensão e assimilação das transformações no mundo do trabalho e nas formas de organização dos trabalhadores.
- ✓ Contribuição das centrais sindicais e demais representações dos trabalhadores em geral no controle social.
- ✓ Criação de fóruns regionais e de fórum nacional para as discussões específicas de intersetorialidade em segurança e saúde do trabalhador.
- ✓ Criação de mecanismos de inclusão dos segmentos de trabalhadores do mercado informal nas instâncias de controle social
- ✓ Criação de mecanismos de interação entre as representações dos Conselhos de Saúde.
- ✓ Defesa e promoção, pelos sindicatos, da saúde do trabalhador mesmo quando desempregado, no pleno exercício da sua cidadania.
- ✓ Democratização e fortalecimento do acesso ao conhecimento científico e aos saberes de qualidade acumulados na área da Saúde do Trabalhador.
- ✓ Difusão dos conceitos de segurança e saúde do trabalhador na rede de ensino público e privado, em todos os seus níveis.
- ✓ Difusão, para a sociedade, do conhecimento técnico em segurança e saúde no trabalho.
- ✓ Direcionamento de parcela da arrecadação do Seguro Acidente do Trabalho (SAT) para o financiamento de ações de prevenção desse tipo de evento, submetido a mecanismos de

controle social sobre a destinação dos recursos, a eficiência na sua utilização e a eficácia nos seus resultados.

- ✓ Discussão dos mecanismos de transparência e de responsabilização de todas as organizações empregadoras sobre a segurança e saúde do trabalhador.
- ✓ Discussão, com a sociedade organizada, das ações ou propostas de privatização que se contraponham à integralidade das ações, tais como: mudança na Política de Segurança e Saúde no Trabalho do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE); proposta de privatização do Seguro Acidente do Trabalho no Ministério da Previdência Social; e outras.
- ✓ Efetivação do controle social no estabelecimento e rediscussão dos Limites de Tolerância em ambientes de trabalho.
- ✓ Elaboração de uma política de governo de comunicação social em Saúde do Trabalhador.
- ✓ Estabelecimento de canais regulares de acesso à população geral, visando socializar as informações pertinentes à prevenção e à promoção da saúde do trabalhador.
- ✓ Estabelecimento de conselhos gestores na Previdência Social, garantindo a participação organizada dos trabalhadores nas decisões das Agências de Previdência Social, com o objetivo de conseguir o estabelecimento de “nexo causal epidemiológico”, interrompendo a cadeia de sofrimento imposta aos trabalhadores para a obtenção do benefício previdenciário acidentário.
- ✓ Estabelecimento de intercâmbio entre todas as esferas de controle social – municipal, estadual e nacional –, inclusive por meio da campanha “O SUS É PARA TODOS”.
- ✓ Estabelecimento de relação com a mídia, para a divulgação mais ampla das ações do controle social.
- ✓ Estímulo à articulação das entidades cujas ações se relacionem com a saúde do trabalhador, por meio de eventos específicos e pertinentes à região.
- ✓ Fortalecimento da Comissão Intersectorial de Saúde do Trabalhador (CIST), do Conselho Nacional de Saúde (CNS).
- ✓ Fortalecimento das Comissões Intersectoriais de Segurança e Saúde do Trabalhador no âmbito do SUS, em todos os seus níveis, com a participação de todos os agentes sociais envolvidos.
- ✓ Fortalecimento das instâncias atuantes no controle social; e sistematização da legislação específica existente, para avaliação e eliminação das possíveis sobreposições e contradições.
- ✓ Garantia da implantação de Comissões Intersectoriais de Saúde do Trabalhador nos Conselhos de Saúde, em todos os seus níveis.
- ✓ Garantia da liberdade de participação e do controle social nos locais de trabalho.
- ✓ Garantia de participação dos diversos atores no controle social.
- ✓ Garantia de participação dos sindicatos na escolha dos médicos do trabalho, pagos pela empresa.
- ✓ Garantia de participação dos trabalhadores na elaboração das normas e políticas de segurança e saúde no trabalho e na fiscalização das condições de trabalho.
- ✓ Garantia de que as decisões da sociedade civil organizada sobre novas tecnologias sejam implementadas, independentemente do setor econômico.
- ✓ Garantia de representação dos trabalhadores e de controle social em todas as instituições públicas, na elaboração e implementação da Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador.
- ✓ Identificação e conhecimento de quais modelos de participação social são utilizados pelos diversos setores e Ministérios – exemplos: controle consultivo [Comissão Tripartite Paritária Permanente (CTPP)], no Ministério do Trabalho e Emprego; e controles

deliberativos, no SUS (CNS) e no Meio Ambiente [Conselho Nacional do Meio Ambiente (Conama)].

- ✓ Implementação de um novo modelo de controle social na Previdência e no Trabalho e Emprego, rompendo com as práticas existentes.
- ✓ Incentivo à mobilização social para o fortalecimento do controle social, aproximando as políticas de saúde do trabalhador das necessidades e demandas da população.
- ✓ Inclusão da saúde do trabalhador como tema de informação, divulgação e discussão nas agendas dos Municípios, Estados e Governo Federal – Ministérios da Saúde, do Trabalho e Emprego, da Previdência Social, do Meio Ambiente e da Educação.
- ✓ Inclusão de delegado, eleito entre seus pares, na organização local de trabalho para as questões de saúde.
- ✓ Inclusão e fortalecimento do movimento sindical no controle social da saúde do trabalhador.
- ✓ Inclusão, nas diversas graduações, cursos profissionalizantes e de educação permanente, do tema da saúde do trabalhador.
- ✓ Interação do conselheiro de saúde com a sua base de representação.
- ✓ Obrigação do cumprimento da legislação pertinente sobre o controle dos Fundos Municipais de Saúde pelos Conselhos de Saúde, na execução dos recursos destinados à saúde do trabalhador.
- ✓ Participação no controle social, na qualidade de convidados, dos representantes do Ministério Público do Trabalho em todos os Estados.
- ✓ apresentação e discussão, nos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador e nos Conselhos Municipais de Saúde, dos documentos originados dos Ministérios da Saúde, do Trabalho e Emprego e da Previdência Social.
- ✓ Promoção da intersetorialidade e transversalidade nas ações de políticas públicas em saúde do trabalhador, para atender ao princípio do SUS de defesa e garantia do controle social.
- ✓ Promoção de capacitação permanente dos conselheiros de saúde e do controle social sobre a saúde do trabalhador, fomentando a formação de agentes multiplicadores.
- ✓ Promoção de eventos em saúde do trabalhador, em locais de grande fluxo de pessoas.
- ✓ Promoção de uma análise crítica das interfaces da Saúde, Previdência Social e Trabalho e Emprego, nos seguintes aspectos: Controle social no local de trabalho, Papel dos Conselhos de Saúde, Conselho Gestor, Comissões Tripartites.
- ✓ Proposição de estratégias de preparação e estímulo à população para o exercício do controle social.
- ✓ Qualificação do controle social para a formulação, o planejamento e a avaliação das políticas de saúde do trabalhador.
- ✓ Realização da Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador no prazo de um ano de antecedência à realização da Conferência Nacional de Saúde.
- ✓ Realização de diagnóstico da situação do controle social nas três esferas de governo, contemplando os seguintes aspectos: Divulgação, Infra-estrutura, Modelos existentes, Comunicação e informação, Agenda política, Integração e articulação entre os diversos atores, Transparência das ações, Capacitação, Problemas de representatividade dos Conselhos de Saúde.
- ✓ Realização dos planos municipais de saúde com um olhar para a realidade local, para que sejam discutidos e aprovados nos Conselhos de Saúde, como única forma de o Município ser habilitado nos termos da Lei Federal nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990.
- ✓ Reforço à criação de mecanismos que promovam a interlocução entre o Ministério Público, nos seus três níveis de atuação, e o controle social.

- ✓ Retomada da discussão sobre o papel dos Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT) e estabelecimento do seu controle social.
- ✓ Valorização e incentivo à participação do controle social na implantação e acompanhamento da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast).

EMENDAS AO DOCUMENTO BASE DA CONFERÊNCIA NACIONAL APROVADAS QUE FORAM ENCAMINHADAS ÀS CONFERÊNCIAS ESTADUAL E NACIONAL

EIXO I – INTEGRALIDADE NO SUS, INTERSETORIALIDADE E TRANSVERSALIDADE

- **Emenda Aditiva à Proposta 42 do eixo I: inserir – e garantir, também, a transversalidade, entendendo a globalidade que envolve o mundo de trabalho como parte das ações em saúde ao final. (42- O desenvolvimento, pelo Estado, de políticas universais de inclusão social do trabalhador com equidade, intersetoriais e integradas – Saúde, Trabalho e Emprego e Previdência Social –, contemplando ações preventivas, curativas e de reabilitação que garantam o seu acesso a um atendimento humanizado cuja consecução envolva as três esferas de governo – federal, estadual e municipal).**
- **Emenda Substitutiva à Proposta 46 do Eixo I: Substituir Valorização, por Implantação imediata. (46- Valorização donexo epidemiológico 5 presumido das doenças relacionadas ao trabalho para concessão de benefícios previdenciários, de forma transversal e integral, para garantir as possibilidades de elaboração de nexos etiológicos.)**
- **Emenda Substitutiva à Proposta 51 do Eixo I: Suprimir Garantia de, inserir técnicos após participação dos, inserir na qualidade de autoridade sanitária após Centros de Referência em Saúde do Trabalhador. (51- Garantia de que a vigilância em saúde do trabalhador seja executada pelo setor Saúde, com a participação dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador e o poder de penetração social da sua rede.)**
- **Emenda Substitutiva à Proposta 54 do Eixo I: Substituir núcleos de Reabilitação dentro dos por ações de reabilitação biopsicossocial, realizadas por equipes multidisciplinares, nos. (54- Inclusão de Núcleos de Reabilitação dentro dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador.)**
- **Emenda Aditiva à Proposta 60 do Eixo I – Inserir condições após fiscalização das, inserir através de ações intersetoriais após Ministério do Trabalho e Emprego. (60- Aumento e eficácia da fiscalização das relações de trabalho e aplicação de penalidades pelo Ministério do Trabalho e Emprego, que impeçam a reincidência das infrações, extensivas ao setor público.)**
- **Emenda Substitutiva à Proposta 61 do Eixo I: Substituir médicos e por profissionais de saúde. (61- Realização, pelo Ministério da Previdência Social, de concurso público para médicos peritos da Previdência Social.)**
- **Emenda Aditiva à Proposta 62 do Eixo I: Inserir assegurando o controle social no final. (62- Estabelecimento de mecanismos de gerenciamento das ações previstas na Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador.)**

- **Emenda Substitutiva à Proposta 79 do Eixo I:** *Inserir estaduais e municipais após federais, substituir por meio de por nele incluídos os, inserir sem criar paralelismo após trabalho, inserir a exemplo de “linkage de sistemas” de informações após compatibilizando as informações, inserir das mesmas no final. (79- Criação, pelos órgãos federais, de um sistema integrado de informações por meio de observatórios do trabalho, compatibilizando as informações e democratizando o seu acesso.)*
- **Emenda Supressiva à Proposta 80 do Eixo I:** *Suprimir a palavra exitosas.* (80- Divulgação das experiências exitosas de transversalidade.)
- **Emenda Substitutiva Total à Proposta 65 do Eixo I:** *Substituir Transformação dos Serviços Especializados de Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT) em Serviços Especializados de Segurança no Trabalho, contando com a participação efetiva das empresas na melhoria das condições laborais por Em conformidade com os artigos 1º, 5º, 6º, 193,194 e 200 da Constituição Federal e artigos 8º e 154 da CLT, o SEST – Serviço Especializado em Segurança e Saúde no Trabalho, composto por profissionais especializados, consiste em um serviço de interesse público, sob gestão privada, destinado a informar os trabalhadores e autoridades públicas competentes sobre os riscos; notificar sobre doenças e episódios e elaborar plano de ação em harmonia e acordo com a CIPA, visando incorporar a prevenção e promoção de saúde nas práticas de gestão do trabalho, tornando-o compatível com a preservação da integridade física e psíquica dos trabalhadores; em conformidade com os princípios constitucionais da Saúde, as ações do SEST serão submetidas às instâncias de controle social. (obs: SEST é a nova sigla que está discutida no GTNR 4 – SESMT); e aos profissionais que compõem o SEST será assegurado que os interesses econômicos das empresas não estão acima do cumprimento dos preceitos éticos de compromisso com a saúde dos trabalhadores e da soberania do direito à vida.*
- **Suprimir na íntegra a proposta 55 do Eixo I:** *Suprimir Garantia do preenchimento, pela empresa, da Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT), mesmo nos casos de afastamento por período menor do que 15 dias.*

EIXO II – COMO INCORPORAR A SAÚDE DOS TRABALHADORES NAS POLÍTICAS DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL NO PAÍS?

- **Emenda Aditiva à Proposta 91 do eixo II :** *Inserir e geração de renda após As políticas de emprego e inserir e economia solidária no final.*(91 - As políticas de emprego devem ser mais amplas, incluindo o setor informal.)
- **Emenda Aditiva à Proposta 93 do eixo II:** *Inserir novas tecnologias após questões de segurança, saúde e inserir Ciência e Tecnologia após da Previdência Social. (93 - Incorporação dos conceitos, princípios e diretrizes da atual Política Nacional de Meio Ambiente na elaboração e implementação de uma política que envolva as questões de segurança, saúde e meio ambiente e que tenha, como órgãos responsáveis, os Ministérios do Trabalho e Emprego, da Previdência Social, do Meio Ambiente e da Saúde.)*
- **Emenda Aditiva à Proposta 98 do eixo II:** *Inserir da saúde do trabalhador na após Garantia de e inserir mais após tecnologias. (98- Garantia de implementação de políticas que assegurem o desenvolvimento de tecnologias limpas.)*
- **Emenda Aditiva à Proposta 103 do eixo II:** *Inserir incluindo antes de insumos agrícolas. (103- Criação de uma política específica de resolução do problema de*

- introdução de novas tecnologias – insumos agrícolas –, agregando todos os setores e garantindo o acesso público às decisões e deliberações sobre essa questão.)
- **Emenda Substitutiva à Proposta 105 do eixo II:** *Substituir* Consideração, pelo *por* **Responsabilizar as três esferas de;** *substituir* das *por* **assim como o empregador nas;** inserir **de sustentabilidade** após questões e *suprimir* **no desenvolvimento sustentável.** (105- Consideração, pelo governo, das questões do trabalho no desenvolvimento sustentável, para que diminuam os impactos negativos à saúde do trabalhador.)
 - **Emenda Supressiva à Proposta 116 do eixo II:** *Suprimir* **novos** antes de processos. (116- Monitoramento e controle, pelas instituições públicas responsáveis pela saúde e meio ambiente, da instalação de novos processos que representem risco à saúde e ao meio ambiente, inclusive na lida com obras públicas.)
 - **Emenda Substitutiva à Proposta 117 do eixo II:** *Substituir* que degradem o meio ambiente e a saúde do trabalhador por **assegurando punição no sentido de que possam ressarcir quaisquer danos causados à saúde do trabalhador e ao meio ambiente.** (117- Responsabilização e culpabilização das empresas que degradem o meio ambiente e a saúde do trabalhador.)
 - **Emenda Supressiva à Proposta 121 do eixo II:** *Suprimir* **pequenos** antes de empregadores. (121- Implementação de políticas de conscientização dos pequenos empregadores em relação ao meio ambiente e ao direito de seus empregados.)
 - **Suprimir na íntegra a proposta 115 do Eixo II:** **Atenção ao micro e ao macroempresário em todo o processo produtivo, embora a forma de produção seja ditada pelo grande empregador.**
 - **Suprimir na íntegra a proposta 122 do Eixo II:** **Fomento aos bancos de caráter social para que invistam em políticas de inovação e recuperação da saúde do trabalhador, pautadas em novas tecnologias e estudos de impacto na saúde.**

EIXO III: COMO EFETIVAR E AMPLIAR O CONTROLE SOCIAL EM SAÚDE DOS TRABALHADORES?

- **Suprimir na íntegra a proposta 147 do eixo III-** **Garantia de consulta pública e implementação das decisões tomadas pelo controle social.**

MOÇÕES APROVADAS

1. HSPM

Que o Hospital do Servidor Público Municipal tenha uma política de atendimento nas consultas ambulatoriais e pronto atendimento aos aposentados da Prefeitura do município de São Paulo limitando ao menor tempo possível as consultas e demais atendimentos uma vez que embora aposentados os mesmos continuam a contribuir para a manutenção do órgão.

2. REPÚDIO à DRT

Repúdio em referência à atitude da Delegacia Regional do Trabalho em ter se retirado da participação na Conferência Municipal de Saúde do Trabalhador de São Paulo, onde nega o

apoio à classe de trabalhadores favorecendo assim a classe patronal não se abrindo para o controle social.

3. REPÚDIO AOS PERITOS DO INSS

Repúdio aos Peritos do INSS que, de maneira antiética e em conluio com as empresas, desconhecem o nexos causal descaracterizando as doenças relacionadas ao trabalho. Pelo fim do Prisma ou de qualquer outro projeto de terceirização da perícia previdenciária. Pelo fim das altas programadas que tem prejudicado os trabalhadores.

4. REPÚDIO ÀS ORGANIZAÇÕES SOCIAIS

Os delegados da III conferência de Saúde do Trabalhador de São Paulo, reunida nos dias 29 e 30 de setembro e 01 de outubro na Cidade de São Paulo, Estado de São Paulo, repudia a atitude do ex-ministro da saúde e atual prefeito do município de São Paulo, José Serra, por ter encaminhado em regime de urgência o PL 318/05 para Câmara Municipal de São Paulo no dia 31/05/05, sem nenhum debate com o Conselho Municipal de Saúde de São Paulo, instância máxima de controle social do SUS.

A aprovação do PL significa a entrega da gestão e gerência dos serviços de saúde pública, educação, meio ambiente, cultura e esportes para as O.Ss (Organizações Sociais), entidades privadas “sem fins lucrativos”.

Experiências como esta já vivenciamos com a implantação do PAS do ex-prefeito Paulo Salim Maluf que desmontou o sistema de saúde na cidade, além de ter violentado milhares de trabalhadores da saúde, transformou o sistema na cidade numa grande máquina de corrupção, que levará anos para ser recomposta e até hoje a Justiça de São Paulo está responsabilizando seus executores que desviaram os recursos dos cidadãos da cidade.

Ocorre que há sete anos o governo estadual vem entregando os hospitais novos para as O.Ss., os mesmos tem boa aparência, porém o atendimento é restrito. O que isto significa? Em função do equilíbrio financeiro, esses hospitais de “porta fechada” vêm reduzindo o atendimento aos usuários e, conseqüentemente lotando os hospitais públicos.

Mesmo assim, o governo estadual repassa mais verbas para essas Organizações Sociais do que para o setor público. Em 2.004, por exemplo, esses hospitais fechados receberam em média 42 milhões de reais enquanto os públicos, apenas 32 milhões.

Nos hospitais administrados pelas Organizações Sociais, as contratações são sem concurso público, pagando altos salários para os cargos de direção, abrindo espaço para relações clientelistas.

Além disso, este modelo não tem garantido a manutenção de profissionais na área, prejudicando a relação continuada entre o profissional e o paciente, fundamental para um atendimento eficaz.

O SUS prevê a atuação de trabalhadores, usuários e gestores em equipes multidisciplinares e interdisciplinares, sendo controlado por instâncias dos conselhos desde o local de trabalho até as secretarias de saúde, Municipal, Estadual e Federal. Tal participação está garantida no artigo 196 da Constituição Federal e Lei 8080/8142 – Código de Saúde e Lei Orgânica do Município de São Paulo e do Estado de São Paulo.

Riscos e conseqüências se o PL for aprovado: demissão dos profissionais, remanejamentos forçados, fechamento de unidades, redução e/ou alteração das gratificações, corte de investimentos, atrasos de salário, redução de atendimento à população, aumento da corrupção,

fim da política salarial, fim do controle social, aumento de pressão sobre os profissionais, assédio moral, divisão entre os trabalhadores, ausência de manutenção e reposição dos bens patrimoniais da Prefeitura cedidos.

NÃO ÀS TRAGÉDIAS E VIOLÊNCIA DO PAS !!!!

OUTRO PAS, NÃO !!!

Fórum de Luta em Defesa dos Serviços Públicos
Plenária Municipal e Estadual de Saúde.

5. REPÚDIO À PREFEITURA MUNICIPAL

Os delegados da III Conferência de Saúde do Trabalhador de São Paulo, reunida nos dias 29 e 30 de setembro e 01 de outubro na cidade de São Paulo, Estado de São Paulo, repudiam a atitude do ex-ministro da saúde e atual prefeito do município de São Paulo, José Serra, por ter aprovado o Decreto 46.113/05 que uma vez penalizou os trabalhadores municipais de São Paulo.

Este Decreto restringiu direitos dos trabalhadores ao reduzir a licença médica de curta duração a período de apenas 03 dias e somente por duas vezes no espaço de 360 dias.

Outro absurdo constante do Decreto é a transferência para a chefia administrativa dos serviços públicos o controle das licenças médicas de curta duração.

O governo municipal ao restringir direitos preferiu não analisar as causas das licenças médicas transferindo aos trabalhadores o ônus da falta de condições de trabalho das unidades municipais do serviço municipal.

Fórum de Luta em Defesa dos Serviços Públicos
Plenária Municipal e Estadual de Saúde.

7. APOIO AO REFERENDO DO DESARMAMENTO E PROIBIÇÃO DE VENDA DE ARMAS E MUNIÇÃO.

Os Delegados da 3.^a Conferência Municipal de Saúde do Trabalhador apoiam o SIM no Referendo de 23/10/2005, ou seja, apoiam o desarmamento e a proibição da venda de armas e munição no território Nacional.

ANEXO I – REGIMENTO APROVADO

CAPÍTULO I - DA FINALIDADE

Art. 1º - Este REGIMENTO tem por finalidade a definição de regras de funcionamento para a 3ª Conferência Municipal de Saúde do Trabalhador (CMST), convocada pela Portaria Nº 307 – SMS.G, de 14 de junho de 2005, com Regulamento aprovado pela 80ª Reunião Ordinária do Conselho Municipal de Saúde, em 11 de agosto de 2005.

CAPÍTULO II - DO TEMÁRIO

Art. 2º - Nos termos do seu Regimento, a 3ª Conferência Municipal de Saúde do Trabalhador, abordará:

- a) O tema central: “TRABALHAR SIM, ADOECER NÃO”.
- b) A CMST terá 3 (três) Eixos Temáticos:
 - I – Como garantir a integralidade e a transversalidade da Ação do Estado em Saúde dos (as) trabalhadores (as)?
 - II – Como incorporar a saúde dos (as) trabalhadores (as) nas políticas de desenvolvimento sustentável no país?
 - III – Como efetivar e ampliar o controle social em saúde dos (as) trabalhadores (as).

CAPÍTULO III - DA ORGANIZAÇÃO

Art. 3º - A organização da 3ª Conferência Municipal de Saúde do Trabalhador, se dará da seguinte forma:

- 1 - Plenária Inicial;
- 2 - Painel com os três eixos temáticos;
- 3 - Plenárias Temáticas;
- 4 - Plenária Final.

CAPÍTULO IV -DA PLENÁRIA DA 3ª CONFERÊNCIA DE SAÚDE DO TRABALHADOR

Art. 4º - A Plenária da 3ª Conferência Municipal de Saúde do Trabalhador terá como função aprovar este REGIMENTO, participar das Plenárias Temáticas, votar o Relatório Final, apresentar Moções e homologar os delegados para a 3ª Conferência Estadual de Saúde do Trabalhador e 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador.

SEÇÃO I

DO PAINEL

Art. 5º - A abordagem de cada Eixo Temático que compõe o temário da 3ª Conferência Municipal de Saúde do Trabalhador será feita mediante apresentação de até 5 (cinco) expositores.

§ 1º - O Painel será coordenado pelo Coordenador da 3ª Conferência Municipal de Saúde do Trabalhador.

§ 2º - Os expositores poderão enviar textos completos de suas exposições, com, no máximo, 12 (doze) laudas, até 10 (dez) dias antes da realização da 3ª Conferência Municipal de Saúde do Trabalhador, à Sub-Comissão Científica, para que possam ser divulgados na página do Conselho Municipal de Saúde.

Art. 6º - Os expositores disporão de 90 (noventa) minutos, distribuídos de acordo com o número de expositores.

SEÇÃO II DAS PLENÁRIAS TEMÁTICAS

Art. 7º - As Plenárias Temáticas têm como objetivos:

- a) aprofundar a reflexão sobre o temário da 3ª Conferência Municipal de Saúde do Trabalhador;
- b) construir propostas de emendas de âmbito municipal, estadual ou nacional, sendo as propostas aditivas, supressivas ou substitutivas;
- c) construir novas propostas de resolução, observando os objetivos e o temário aprovados neste regimento.

Art. 8º – As Plenárias Temáticas serão formadas pelos delegados devidamente credenciados, que serão distribuídos paritariamente em 3 grupos de acordo com os Eixos Temáticos.

§ Único – As Plenárias Temáticas, terão início no dia 30/09 às 10:30hs, logo após o painel, com término previsto para as 18:00hs, com intervalo para almoço.

Art. 9º – As Plenárias Temáticas terão a incumbência de discutir o respectivo eixo no âmbito das três esferas de governo.

Art. 10 – O grupo ao qual o delegado pertence está indicado no crachá de acordo com o eixo, a ordem de preferência que consta da Ficha Inscrição, o número e a paridade dos delegados por sala.

§ Único: Os delegados participarão apenas do grupo indicado no crachá.

Art. 11 – Convidados e observadores escolherão livremente os eixos temáticos de interesse, observando, no entanto, que têm apenas direito à voz.

Art. 12 – A Comissão Organizadora indicará um (1) Coordenador e dois Relatores (2) para dirigir os trabalhos, e deverá ser eleito um Coordenador-Adjunto e um Relator-Adjunto para cada Plenária Temática, compondo a Mesa Diretora.

§ Único – Compete a Mesa Diretora:

- a) Acompanhar as discussões sobre os temas;
- b) Auxiliar os relatores a elaborar os relatórios;
- c) Auxiliar a mesa da plenária final no momento da discussão do tema;
- d) Responsabilizar-se pela guarda de toda a documentação da mesa referente ao tema até o momento da plenária final;
- e) Auxiliar na elaboração do relatório final após a Conferência até a sua publicação, sob responsabilidade da Comissão Organizadora da Conferência.

Art. 13 – Após os trabalhos das Plenárias Temáticas, os coordenadores, os relatores, e o relator-adjunto indicado permanecerão na sala para preparar o relatório que será remetido à Plenária Final.

Art. 14 – Só serão aceitas e votadas propostas de emendas e/ou de resolução apresentadas por escrito pelo delegado proponente, através do formulário apropriado, ou anexado, desde que contemple todos os requisitos do (Anexo1).

Art. 15 – Serão incorporadas ao relatório e remetida à Plenária Final apenas e tão-somente as emendas e/ou propostas de resolução que obtiverem mais de 30% (trinta) de aprovação nas Plenárias temáticas.

§ Único: O conjunto de emendas – aprovadas e rejeitadas – ficará sob responsabilidade da Relatoria Geral da Conferência.

Art. 16 - O Documento Base para a 3ª Conferência Municipal de Saúde do Trabalhador será lido integralmente, para discussão, na abertura dos trabalhos das Planárias Temáticas.

Art. 17 – Nas Plenárias Temáticas serão discutidas as propostas do Documento Base Municipal e Nacional.

§ 1º- A cada tópico a Mesa Diretora consultará o Plenário se há destaques.

§ 2º- Quando houver destaques, os mesmos deverão ser entregues, por escrito, à Mesa de Apoio do Plenário, durante a leitura.

§ 3º. Os destaques devem contemplar supressão total ou parcial, modificação ou adendos pertinente ao tema e colocado em votação.

§ 4º - A apreciação dos destaques será retomada imediatamente após o final da leitura, para discussão e aprovação.

Art. 18 - Quando a proposta obtiver mais de 70% (setenta por cento) dos votos dos presentes nas Plenárias Temáticas, será levada para conhecimento da Plenária Final, sendo remetidas em bloco para apreciação

§ Único – As propostas com menos de 30% (trinta por cento) dos votos nas Plenárias Temáticas serão consideradas rejeitadas.

SEÇÃO III

DA PLENÁRIA FINAL

Art. 19 - Participação na Plenária Final:

- a) Delegados com direito a voz e voto;
- b) Convidados com direito a voz;
- c) Observadores com direito a voz. .

Art. 20 - As sessões da Plenária Final da 3ª Conferência Municipal de Saúde do Trabalhador serão coordenadas por Mesas indicadas pela Comissão Organizadora, representando os segmentos (Usuários, Trabalhadores de Saúde, Gestores e Prestadores), de acordo com a Resolução nº 333/2003 do Conselho Nacional de Saúde.

§ Único - As sessões da Plenária Final serão secretariadas por membros da Comissão de Relatoria, coordenados pelo Relator Geral da 3ª Conferência Municipal de Saúde do Trabalhador.

Art. 21- A votação do Relatório Final da 3ª Conferência Municipal de Saúde do Trabalhador procederá da seguinte forma:

- a) distribuição do Relatório das Plenárias Temáticas para leitura;
- b) a mesa, fará a leitura de todas propostas aprovadas com mais de 70% votos nas Plenárias Temáticas, sem conceder destaques;

- c) as propostas de 30% até 70% dos votos nas Plenárias Temáticas irão para a votação na Plenária Final;
- d) será permitida a defesa da proposta com destaque, a favor ou contra, se a Plenária não se sentir devidamente esclarecida para votação, sendo concedido o tempo de 3 minutos para ambas as partes;
- e) as propostas apresentadas serão aprovadas por maioria simples dos Delegados presentes.

Art. 22 - A Mesa Diretora da Plenária assegurará, aos Delegados, o direito à manifestação, "PELA ORDEM", sempre que qualquer um dos dispositivos deste REGIMENTO não estiver sendo observado.

§ Único: As "QUESTÕES DE ORDEM" não serão permitidas durante o regime de votação.

Art. 23 - As "QUESTÕES DE ENCAMINHAMENTO" somente serão acatadas quando se referirem às propostas de encaminhamento sob o processo de votação feito pelo Coordenador da Mesa e que não estejam previstas neste REGIMENTO.

Art. 24 - A 3ª Conferência Municipal de Saúde do Trabalhador será considerada habilitada a aprovar propostas, com quorum mínimo de $\frac{1}{3}$ (um terço) dos Delegados Credenciados presentes em Plenário. Será verificado o quorum no início da leitura das propostas.

SEÇÃO IV DAS MOÇÕES

Art. 25 - As Moções encaminhadas, exclusivamente, por Delegados, deverão ser, necessariamente, de âmbito ou repercussão municipal, estadual ou nacional e devem ser apresentadas em formulário próprio à Comissão Organizadora da 3ª Conferência Municipal de Saúde do Trabalhador, até às 17 horas do dia 30 de setembro de 2005, redigidas em, no máximo, 1 (uma) lauda, fonte 12, espaço simples

§ 1º - Cada Moção deverá ser assinada por, pelo menos, 10% (dez por cento) dos Delegados da Conferência, sendo que a Comissão Organizadora divulgará até às 14 hs, do dia 30 de setembro de 2005, o número de delegados credenciados;

§ 2º - A Comissão de Relatoria organizará as Moções recebidas, classificando-as e agrupando-as por tema, dando ciência aos propositores para que organizem a apresentação na Plenária Final, facilitando o andamento dos trabalhos;

§ 3º - Encerrada a fase de apreciação do Relatório Final da Conferência, o Coordenador da Mesa Diretora procederá à leitura das Moções por tema e submeterá sua aprovação ao Plenário;

§ 4º - A aprovação das Moções será por maioria simples dos Delegados Presentes, com o quorum de $\frac{1}{3}$ de Delegados.

§ 5º - Somente serão encaminhadas para a Conferência Estadual as Moções de âmbito Estadual e Nacional.

Art. 26 - Concluídas as apreciações das Moções e a homologação dos delegados para 3ª Conferência Estadual de Saúde do Trabalhador e para a 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, será encerrada a sessão da Plenária Final da 3ª Conferência Municipal de Saúde do Trabalhador.

CAPÍTULO V - DO CREDENCIAMENTO

Art. 27 - O credenciamento dos Delegados Titulares será realizado no dia 29 das 16 às 21 horas e 30/09 das 8 às 11 horas.

Art. 28 - O credenciamento dos Delegados Suplentes, das vagas não preenchidas, deverá ser realizado no dia 30/09, das 12 às 13 horas

§ 1º - Fica sob responsabilidade da Comissão Organizadora, que recebeu a ficha de inscrição dos Delegados, acompanhar a substituição de Delegados Titulares pelos Suplentes de seu respectivo segmento.

CAPÍTULO VI - DISPOSIÇÕES GERAIS E COMUNS

Art. 29 - Serão conferidos certificados de participação na 3ª Conferência Municipal de Saúde do Trabalhador aos membros da Comissão Organizadora, das Sub-Comissões, aos Delegados, aos Convidados, aos Observadores, aos Expositores, aos Relatores, e ao Apoio especificando a condição da participação na Conferência.

Art. 30 - Os casos omissos serão resolvidos pela Comissão Organizadora, *ad referendum*, quando a Plenária não estiver reunida.

ANEXO II:

Como incorporar a Saúde dos Trabalhadores na política de desenvolvimento sustentável no país?

André Alcantara

Antes de procurar os caminhos desta integração é necessário saber o que são políticas de Desenvolvimento Sustentável. Todo o discurso sobre sustentabilidade está há tempos, envolvidos por vieses ideológicos, tanto à direita como à esquerda, colocando-se como um consenso paradoxal, porque dependendo do viés adotado, os resultados podem privilegiar o capital ou noutro extremo, os cidadãos. Como início de reflexão é sempre bom caracterizar, conceituar o que é Meio Ambiente, pois daí nasceu a discussão sobre sustentabilidade.

Entre os vários conceitos sobre o que é Meio Ambiente, sejam os ecológicos/ecossistêmicos ou ambientais/sociais, adotamos um geral, mais próximo da vertente ambientalista que diz que Meio Ambiente “é todo e qualquer espaço existente, habitado ou não por seres humanos, induso toda a realidade presente, biodiversidade, relevo, corpos hídricos, ar, solo e estado das paisagens constituintes”. Didaticamente pode ser dividido em 2 vertentes: Meio Ambiente Natural e Meio Ambiente Construído. Por Meio Ambiente Natural, consideramos todos os elementos que existem em um determinado território onde não houve ação humana determinante, por exemplo: Os grandes eco sistemas

– presentes nos planaltos, planícies, litorais, desertos, mares, montanhas etc, com o clima, solo, rios, lagos, etc. Meio Ambiente Construído é aquele território que sofreu ações humanas, e m e s p e c i a l a s z o n a s r u r a i s e u r b a n a s .

O Meio Ambiente construído determina a qualidade de todos o ambientes na medida em que decisões políticas, culturais e sociais podem afetar o meio e os seres que o constituem de maneira positiva ou negativa, levando à degradação sócio-ambiental ou sua recuperação, à sua preservação ou utilização racional e responsável dos recursos naturais existentes. Como sua “área de atuação” é ampla, sem ser vaga ou imprecisa, fica-se mais didático compreendê-la a partir da crise sistêmica do mundo atual. Nesta complexidade, que abarca toda a realidade sócio-ambiental, a Gestão Ambiental é antes de tudo, a gestão de conflitos sociais com repercussões diretas sobre o meio ambiente e vice-versa. Ou seja, o m o d o s o b r e a d i n â m i c a s o c i a l .

Nisto a Gestão Ambiental tem inúmeros instrumentos de ação, como: Legislação, monitoramento, planejamento, fiscalização, licenciamento, Educação Ambiental, gestão de Unidade de conservação, gestão de Risco Ambientais entre outros. A inserção da problemática sócio-ambiental ainda não esta completa nas Políticas Públicas, porque os interesses da capital muitas vezes se sobrepõem às leis. Daí o caráter conflituoso inerente à Gestão Ambiental. O processo de avanços e retrocesso da inserção da preocupação ambiental resultou como um grande avanço as discussões sobre sustentabilidade do meio, da sociedade do trabalhador e da qualidade de vida. Por Sustentabilidade é imprescindível saber que o conceito tem cinco pilares interdependentes e includentes político, cultural, econômico, s o c i a l e a m b i e n t a l .

As interpretações de que a sustentabilidade econômica é o motor das outras é um equivoco grave. As condições de auto-reprodução econômicas, sem levar as considerações demais, pilares, tende, em muito , a concentrar riquezas , fortalecer exclusão do mundo do trabalho via novas tecnologias e novas gestões de produção e de pessoal, além dos danos, muitos deles irreversíveis ao meio ambiente e à sociedade.

Nesse sentido, falar de política de desenvolvimento sustentável no país ainda é uma realidade a ser construída, dado o peso determinante das atuais e tradicionais políticas econômicas que são insustentáveis sócio-ambientalmente. A concretização das políticas de Desenvolvimento Sustentável serão frutos de transformações profundas da sociedade, dos trabalhadores e demais segmentos aliados da sociedade. Elas – as políticas sustentáveis – estão acima da tradicional dicotomia capitalismo X socialismo, pois ambas as formas de produção são as faces da mesma moeda – “das Sociedades Industriais de Massa” – formadoras de capital e consumo, insensíveis às Capacidades de Suporte do Meio.

Assim, como uma complexidade desafiadora, que se coloca como Missão Histórica ou Utopia da atualidade, o Desenvolvimento Sustentável, entendido como “desenvolvimento que satisfaz as necessidades do presente sem comprometer a capacidade de as futuras gerações satisfazerem as suas próprias necessidades” só se fará real com profundas transformações – dependendo do setor, verdadeiramente revolucionária da dinâmica social e relações ambientais. Existem ações pontuais ou isoladas que caminham na perspectiva da sustentabilidade em todo país, mas como são poucas, ainda não determinam as políticas públicas sustentáveis gerais ou locais, necessitando assim de todos os aliados nessa Missão Histórica, de efetivação do Desenvolvimento Sustentável em todos os seus aspectos, o que requer conhecimento e constante empoderamento pelos atores, dos objetivos a que se p r o p õ e s e r u m a v e r d a d e i r a S o c i e d a d e S u s t e n t á v e l .

O mundo do trabalho, mesmo em uma sociedade de produção e consumo excludente e insustentável como a nossa, é , sem dúvida, um dos principais aliados na resolução ou m i n i m i z a ç ã o d o s d e s a f i o s q u e s e c o l o c a m p a r a t o d o s .

Assim, a saúde dos trabalhadores é fruto direto dos valores e comportamentos sociais, culturais, políticas, econômicos e ambientais – seja no local de trabalho, seja como cidadão. Compreender as intrínsecas relações entre saúde do trabalhador X condições de trabalho X condições sócio-ambientais contextuais e qualidade de vida pode trazer avanços e conquistas para a sustentabilidade do trabalhador, a construção da cidadania plena e real e a garantia para gerações futuras de que terão trabalho, quando estiverem aptas a entrar no mercado, não só como mão de obra disponível, mas como contribuinte integral ao bem comum das organizações públicas, privadas ou do terceiro setor na manutenção da qualidade de vida em todos os aspectos, sem jamais esquecer os milhões de trabalhadores na informalidade.

Portanto, a incorporação da saúde dos trabalhadores nas políticas de desenvolvimento sustentável no país depende, antes de tudo, da apropriação das preocupações de Sustentabilidade, através do conhecimento, participação em audiências públicas de licenciamento ambiental, discussões e ações para melhorias ambientais e globais, além das demais preocupações dos pilares que constituem a própria Sustentabilidade. A transformação dos trabalhadores – de sua força de trabalho – em ações de cidadãos, no mundo do trabalho, aliado a outras questões que fortaleçam a Sustentabilidade sócio-ambiental, poderá estimular novas frentes de lutas com complexidades maiores, que reforcem condições melhores para a saúde dos trabalhadores em um novo contexto de uso racional dos recursos naturais ou matéria prima, sem total comprometimento desses recursos o que ainda irá trabalhar, simultaneamente a uma pauta de lutas por melhorias de saúde de cada trabalhador, seja do mercado formal ou informal, como também das condições de trabalho e reivindicando sempre não somente uma nova cultura do trabalho, mas ações de verdadeira Responsabilidade Social da parte de qualquer empresa ou organização, especialmente as maiores, sejam elas públicas, privadas ou do terceiro setor e assim, pelo menos dificultar que as demandas pela saúde integral dos trabalhadores caiam como refém dos interesses e imediatas ameaças do capital intransigente quanto ao emprego, salário, produtividade ou **l u c r a t i v i d a d e o r g a n i z a c i o n a l** .

A adoção de auditorias ambientais profundas nas organizações, o aprimoramento constante da gestão de riscos, a prevenção sistemática das LER e outras doenças ocupacionais, a adoção e fortalecimento da Agenda Ambiental na Administração Pública – A₃P, são algumas medidas que podem se somar à pauta de lutas visando, acima de tudo, as melhores condições e vida possíveis no mundo do trabalho, com prevenção de doenças in loco ou no entorno do trabalho e com todas as garantias cidadãos aos trabalhadores em situação de risco ou já em situação doentia. Conhecimento, apropriação, empoderamento cidadão nos locais de trabalho, com foco nas diretrizes da Sustentabilidade poderão incorporar a saúde dos trabalhadores nas futuras políticas de desenvolvimento sustentável no **p a í s** .

a n d r e a l c a n t a r a @ p r e f e i t u r a . s p . g o v . b r

ANEXO III:

Controle Social e Saúde do Trabalhador.

Francisco Antonio de Castro Lacaz ¹

I. Introdução

¹ .Professor adjunto doutor da Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina.

A discussão e a reflexão sobre o Controle Social (CS) de maneira específica e do CS em Saúde do Trabalhador envolve pelo menos três aspectos centrais: o político, o histórico e o conceitual-operacional.

O texto presente buscará apontar elementos para se pensar cada um deles e pretende contribuir para o debate que se avizinha com a realização da III Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador (III CNST).

Do ponto de vista conceitual, buscará recolocar em discussão, atualizando-a, a abordagem solitária e bastante provocativa de Frederico (1994), que ainda no início dos anos 90 já apontava para os limites estruturais que o chamado Controle Social na Saúde proposto pela Constituinte embutia, ao embaralhar democracia direta e representativa e particularismos de interesses.

Quanto ao aspecto político, transitará pelo resgate de Relatórios das duas últimas Conferências Nacionais de Saúde, realizadas em dezembro de 2000 e de 2003, em conjunturas políticas pretensamente diferenciadas do ponto de vista do avanço dos movimentos sociais. Na verdade a comparação de suas formulações aponta para um reducionismo do segundo relatório em relação ao primeiro, o que poderia estar ligado a uma maior tutela/cooptação do movimento social na conjuntura de 2003, quando do alvorecer do ainda “esperançoso” governo Lula da Silva em relação ao já combalido governo FHC no final de 2000.

Finalmente, numa abordagem histórico estrutural, voltar-se-á para o Controle Social em Saúde do Trabalhador, buscando chamar a atenção para a realidade do mundo do trabalho que é consequência da reestruturação produtiva neoliberal globalizada e que exige um repensar da representatividade do trabalho nas novas relações sociais que se estabelecem entre Capital e Trabalho na contemporaneidade.

II. O Controle Social na Saúde: armadilha perigosa de efeito retardado.

A realização da III CNST enseja a discussão de uma questão que volta à luz: a representação de usuários na composição das delegações que irá participar das Conferências de Saúde. E, aqui, interessa refletir sobre o próprio conceito e prática de participação da comunidade ou controle social, um dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), modelo de Estado de Bem Estar que ampliou a participação da sociedade na gestão das políticas públicas. Ao possibilitar tal participação o SUS engendrou uma dinâmica que incorpora um apelo à democracia direta, o controle social, estratégia esta que pode trazer conflitos, mormente quando se trata das instâncias de controle em Saúde do Trabalhador que, frise-se, já advogava a participação dos trabalhadores organizados na gestão das ações mesmo antes do advento do SUS (Freitas, Lacaz e Rocha, 1985; Lacaz, 1996).

Referimo-nos, particularmente, à representação dos 50% de usuários nas Conferências e nos Conselhos. Mas, quem são estes usuários? São entidades sindicais filiadas ou não às centrais; associações de portadores de deficiências físicas, de pessoas portadoras de doenças crônicas; movimentos sociais relacionados à saúde. Como se trata de instâncias decisórias,

“... estamos diante de um duplo sistema de deliberação política (...) surge agora uma segunda forma de representação estabelecida pela lei e que, (...), vai decidir sobre as questões de saúde. E, essa forma de poder é essencialmente particularista.” (Frederico, 1994: 85)

De fato, das Conferências (e Conselhos) participam representantes de sindicatos operários e patronais que foram eleitos para cuidar de interesses corporativos e não da saúde. Ademais, participam representantes da Igreja,

“... cuja presença num aparelho estatal (...) como o Ministério da Saúde significa um retrocesso em relação ao ideal (...) republicano que, após muita luta, conseguiu estabelecer a

separação entre Igreja e Estado... E esta representação, (...), é caótica, imprecisa e, por isso (...) sujeita a todo tipo de manipulação.” (Frederico, 1994: 85-86, grifos nossos)

Estabelece-se, então, um duplo regime de participação e existe uma sobre-representação das entidades de classe, de instâncias que alegam representar a sociedade civil “organizada”. Quem acaba decidindo, então, são

“... as corporações profissionais, a burocracia estatal (...) representantes dos conglomerados aleatórios e mutáveis. Na hora da decisão, (...) têm um poder desproporcional e sem bases legítimas. O desfecho da saúde no processo constituinte (...) [foi], portanto, um claro exemplo do triunfo de interesses particularistas (...) Mas é, também, exemplo da fragilidade de partidos que se revelaram incapazes de sobrepor-se aos interesses dos aglomerados aleatórios, da burocracia estatal e das entidades sindicais.” (Frederico, 1994: 86-87)

A representação assim constituída acaba não correspondendo aos anseios mais gerais no que se refere à Saúde como Direito de Todos, privilegiando interesses particularistas e que são fragmentados.

A este dilema, ainda longe de ser resolvido, acrescentamos outro: ainda cabe a realização de Conferências específicas, ou deveriam estar “embutidas” nas Conferências Nacionais de Saúde, visando não fragmentar ainda mais os componentes do todo?

III. Controle Social, Saúde do Trabalhador e as XI e XII Conferências Nacionais de Saúde.

A XI Conferência Nacional de Saúde (CNS), realizada em Brasília no período de 15 a 19/12/2000, cujo tema foi “Efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na Atenção à Saúde, com Controle Social”, ocorreu na última metade do segundo mandato da gestão FHC e, no seu Relatório Final, questões importantes relativas ao tema do Controle Social foram apontadas.

O Controle social em discussão na XI CNS

Uma primeira observação é que no próprio tema da XI CNS o termo Controle Social (CS) aparece constituindo sua denominação. Neste sentido a questão do CS é tratada de forma entusiasmada, devido ao seu considerável avanço, a partir de mobilizações sociais, no Relatório Final da XI CNS (Brasil.Ministério da Saúde, 2001):

“Os participantes da XI (...) entendem que houve avanço significativo no controle social do SUS nos últimos anos, como fruto de intensas mobilizações e lutas... Os Conselhos Municipais de Saúde são os mecanismos de controle social que mais avançaram na aproximação com as necessidades e demandas dos cidadãos.” (p. 48, grifo nosso)

Ocorre que o parágrafo seguinte do mesmo Relatório já emenda razões para se suspeitar de tal avanço, senão vejamos o que aponta:

“A adequada participação dos conselhos na gestão do SUS, (...), ainda sofre impedimentos diversos ...: a) falta de controle sobre central de marcação; b) pouco acesso aos dados do Datasus para orientar as prioridades e o planejamento; c) carência de informação sobre o próprio SUS, que distancia os usuários do sistema da participação efetiva nos Conselhos de Saúde.” (p. 48, grifos nossos)

Em seguida, a falta de base para a efetiva atuação dos conselhos é desfiada de maneira clara no Relatório quando neste é assinalada, mediante certo “fetiche informativo”, a carência de

“... estrutura, capacitação e assessoria para assumirem as tarefas decorrentes de uma postura mais ativa de apropriação e uso das informações, refletindo-se em controle social pouco efetivo.” (p. 48, grifo nosso)

A ausência de autonomia frente aos “poderes constituídos” é outra mazela citada no Relatório, dada a incapacidade financeira para atuar e à sua frágil base legal, o que dá margem à existência de “conselhos de balcão”, refletindo os equívocos de origem em que a Constituinte construiu o chamado controle social n(d)o SUS ²:

*“Os Conselhos de Saúde carecem de autonomia frente ao Executivo, pois muitos não têm orçamento próprio e outros são instituídos por decreto e não por lei. São comuns os **Conselhos Cartoriais**, atrelados ao gestor, com vícios de representação dos diversos segmentos, (...), comprometendo a autonomia política... Em suma, os atuais instrumentos para a garantia da autonomia dos Conselhos frente ao gestor são insuficientes para evitar a dependência, a concentração e o abuso de poder.”* (p. 49, grifos nossos, negrito no original)

De novo, a passagem seguinte do Relatório valoriza o uso da informação em saúde para a ação, superestimando “técnicalidades” no trato da mesma, o que retira o foco da questão política, aspecto mais relevante, ao nosso ver, para explicar a carência de efetividade dos conselhos. Ao assim proceder, valoriza-se mais a aparência do que a essência do problema e confunde-se os papéis dos atores/sujeitos sociais. Vejamos o que diz trecho do Relatório abaixo transcrito:

“Os Conselhos (...), ao não trabalharem de forma sistemática com informações em saúde, perdem a capacidade de gerar agendas sociais de ação adequadas à percepção da dimensão dos problemas de saúde, suas determinações sociais e sua distribuição no território. [Isto] (...) decorre de dificuldades de acesso às informações, (...) não domínio das tecnologias de uso das mesmas e pela não compreensão dos métodos de análise e interpretação ...” (p. 50, grifos nossos)

Em seguida o Relatório aponta vários aspectos que explicariam as dificuldades para o desenvolvimento do controle social e, destes, consideramos mais relevantes pelo seu grau de “politicidade” os que se seguem, alguns premonitórios dos escândalos ético-financeiros hoje vividos pela sociedade brasileira e da baixa capacidade de representação e de mobilização dos trabalhadores, por exemplo, do que é hoje o mundo do trabalho, pelos chamados atores/sujeitos sociais:

*“... **a)** a ausência de uma cultura de controle social e transparência na gestão dos recursos públicos ...; **b)** a falta de legitimidade de alguns conselhos municipais...; **c)** a desarticulação dos Conselhos com a sociedade... **f)** a falta de representatividade dos conselheiros, freqüentemente desarticulados das bases, instituições ou segmentos que representam (...) com pouca capacidade para formular propostas alternativas e efetivas aos problemas de saúde, sendo (...) indicados clientelisticamente, dentro de um contexto geral que é de desorganização da sociedade civil ...”* (pp. 50-51, grifos nossos)

Frise-se que ao final do item, o Relatório sugere o que se deve entender por ator/sujeito social **na saúde**, demonstrando a ausência do **coletivo** como motor da ação na mudança social e apostando na “institucionalidade”, na medida em que a saúde seria um espaço de demandas sociais que se diferenciaria dos outros, o que consideramos uma reincidência no erro de origem da representatividade do controle social no SUS já apontado por Frederico (1994), ao atomizar e particularizar os vários interesses em jogo e “embaralhar” a sua atuação sob a forma de democracia direta com a representativa, ao fim e ao cabo, enfraquecendo ambas. Ademais, isso se aprofunda ao propor-se um grau de generalidade tão grande como o abaixo apontado para o que seja sujeito social no SUS:

“O debate a respeito da constituição de sujeitos sociais apontou para (...) sua definição (...) entendendo-se por sujeito social cada cidadão individualmente e também os agentes sociais

² Para uma discussão sobre esta questão, ver Frederico (1994).

institucionais. No caso da saúde, são sujeitos sociais os conselheiros de saúde e todos aqueles que podem interferir na formulação e na fiscalização do SUS.” (p. 51, grifos nossos)

A XI CNS e a Saúde do Trabalhador.

No caso específico da Saúde do Trabalhador o Relatório defende corretamente a implementação dos programas na **rede básica** dos municípios, bem como nos serviços de referência, propondo também a integração do Programa de Saúde do Trabalhador com os Programas de Saúde da Família - Programas de Agentes Comunitários de Saúde, de conformidade com a lei no. 3.120/98 que se refere à Norma Operacional em Saúde do Trabalhador (Nost).

Ademais, o Relatório demonstra grande sensibilidade com relação à “nova” realidade do mundo do trabalho conseqüente da reestruturação produtiva neoliberal globalizada. Além disso, ao pensar a atenção à saúde dos trabalhadores já anuncia a proposta de uma Rede Nacional de Atenção à Saúde do Trabalhador, que seria instituída e normatizada apenas em setembro de 2002 e aponta como desatar o nó da intersetorialidade em termos dos princípios e diretrizes que devem norteá-la, como sugere o item f, abaixo; além de não descuidar da base de financiamento para as ações:

c) criar políticas de atenção à saúde dos trabalhadores precarizados, trabalhadores informais, (...) à domicílio, (...), terceirizados, temporários, etc.;

d) implantar a rede de saúde do trabalhador integrada à Rede Nacional de Saúde do Trabalhador (RENAST), concebida como uma rede constituída de serviço de vigilância, assistência e capacitação (...) no SUS, conforme papéis e hierarquia definida pela NOST/98;

f) requerer ao Ministério da Previdência Social a ampliação e a consolidação do controle social segundo os princípios do SUS (Leis nos. 8.080/90 e 8142/90) e Portaria do MS no. 3.120/98 (NOST);

g) aumentar o repasse do teto financeiro para a saúde do trabalhador levando em consideração a capacidade operacional.”(p. 134, grifos nossos)

III. A XII Conferência Nacional de Saúde (CNS). Os perigos de uma votação postergada.

Realizada em dezembro de 2003, ao final do 1º.ano de mandato do ainda cheio de esperanças governo Lula da Silva, visando

“Adiantar a data de sua realização para não coincidir com o calendário eleitoral e realizá-la ainda no primeiro ano do governo Lula (...) [objetivando] informar e assegurar à sociedade que a 12ª. Conferência deliberaria sobre os rumos da política de saúde para o período 2004-2006 e o governo se comprometia com sua implementação. Mas isto não ocorreu.” (Cebes, 2004: 3, grifos nossos)

Frise-se que a XII CNS denominou-se Conferência “Antonio Sergio da Silva Arouca”, em homenagem ao grande sanitarista falecido em agosto de 2003 e que fora indicado para ser o coordenador geral da sua Comissão Executiva. Ela foi realizada no período de 7 a 11/12/2003 sob o tema “Saúde um Direito de Todos e um Dever do Estado. A Saúde que temos, o SUS que queremos”.

Seu Relatório Final foi publicado somente no final de 2004, o que deu margem a um questionamento por parte da Diretoria Nacional do Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (Cebes) em editorial da revista Saúde em Debate, ou seja, a deliberação sobre o Relatório deu-se de maneira democrática e amadurecida? (Cebes, 2004) Tal dúvida está relacionada ao fato de que o Relatório Final teve, conforme será relatado a seguir, pela primeira vez na história, parte de suas deliberações votadas **em domicílio**, após seu término! Apesar desse inusitado percalço, que para o Cebes, relaciona-se ao modelo organizativo e deliberativo das Conferências, o qual vem demonstrando sinais de esgotamento (Cebes, 2004), esse Relatório apresenta aspectos importantes relativos à temática em discussão no presente texto.

Aqui é importante assinalar que foram imputados pelo Conselho Nacional de Saúde, numa postura no mínimo questionável - como se fossem característicos apenas dessa Conferência - os problemas referentes à retardada aprovação final do Relatório Final a

“O complexo processo de organização da 12ª. Conferência, proporcional à atual amplitude do controle social em saúde no País: (...); os temas polêmicos e posições divergentes, (...); a limitação temporal que não permitiu esgotar todas as questões levantadas, dentre outros fatores, impuseram dificuldades para a conclusão de todas as votações pelo Plenário da Conferência.” (Brasil/Ministério da Saúde, 2004: pp. 15-16, grifo nosso) Frise-se que tal dificuldade obrigou, de forma inusitada, de acordo com decisão do Plenário da XII, ao Conselho Nacional de Saúde a realizar

“... uma minuciosa revisão das deliberações e ao envio aos delegados das questões pendentes para votação, [em domicílio] que retornaram suas decisões, garantindo assim a exatidão do que foi (...) discutido durante a Conferência.” (p. 16, grifos nossos)

O que não fica explicitado na manifestação do Plenário do Conselho Nacional de Saúde é que após a atuação da comissão geral de relatoria e da comissão revisora, a pendência de votação de 81 itens (!) foi “resolvida” através do seu envio para o domicílio dos delegados, sendo considerado pela Comissão Relatora da XII CNS, que o retorno de respostas de **parte** dos delegados, teria garantido

“... a finalização do relatório com elevado grau de legitimidade: 1.536 votantes (58,3%) com mais de 50% de participação em todos os segmentos representados e distribuição por todas as regiões do país.” (p. 18, grifo nosso)

O “grau de legitimidade” considerado elevado necessita ser reavaliado, na medida em que é dito no “Prefácio” do Relatório Final da XII CNS que

“... mais de 4000 cidadãos discutiram e deliberaram sobre os rumos do Sistema Único de Saúde.” (p. 15, grifo nosso) Mesmo não se considerando que os 4.000 “cidadãos” fossem todos eles delegados, os 1.536 votantes acima referidos seriam 58,3% de apenas 2.634 delegados! E, assim, dado que o Relatório Final foi aprovado pela primeira vez na história do SUS, inusitadamente *a posteriori*, não se pode admitir que os “4.000 cidadãos” deliberaram sobre o SUS, como foi sugerido. Tal situação deve ser um alerta para que na III Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador (CNST) isso não aconteça. Ocorre que a interferência também inusitada do Conselho Nacional de Saúde na organização da III CNST coloca em risco a elaboração do Relatório Final.

O Controle Social na XII CNS.

Apesar dos problemas acima relatados, é importante assinalar que na XII CNS o Controle Social também foi objeto de discussão, de forma ufanisticamente adjetivada, no eixo temático VI “Controle Social e Gestão Participativa”. Saliente-se que dentre os problemas apontados pelo Cebes para as dificuldades vividas na XII CNS, situa-se o excessivo número de eixos temáticos, que foram dez, alguns deles bastante abstratos, o que tornou o debate complexo e dispersivo (Cebes, 2004).

O Relatório Final da XII CNS, na “Introdução” do eixo acima citado, conforme transcrito abaixo aponta, no que diz respeito ao CS, para questões já assinaladas seguramente com maior “espírito crítico” no Relatório da XI CNS. Senão vejamos:

“Os Conselhos de Saúde têm avançado significativamente no processo de formulação e controle da Política Pública de Saúde, mas enfrentam (...) obstáculos importantes, (...): o não exercício do seu caráter deliberativo na maior parte dos municípios...; (...); a ausência de outras formas de participação; a falta de uma cultura de transparência e de difusão de informações na gestão pública; e a baixa representatividade e legitimidade de (...) conselheiros nas relações com seus representados.” (p. 101, grifos nossos)

É importante assinalar que trechos acima grifados dizem respeito diretamente à fragilidade do Controle Social em Saúde do Trabalhador diante da nova realidade do mundo do trabalho, caracterizado pela precarização de vínculos e direitos e pelo desemprego, o que origina uma realidade na qual mais 60% da força de trabalho está na informalidade.

Se, poder-se-ia esperar um tom menos crítico ao alcance questionável do Controle Social numa Conferência marcada pela tutela de um pretense “governo popular” o que se observa nas páginas seguintes do Relatório referentes ao eixo VI é bastante vazio de análise e permeado de um tom voluntarista em que as contradições de interesse político estariam resolvidas e tudo caminharia para a perfeita consonância de objetivos e sob a batuta de uma mágica instituição voltada para a capacitação popular.

Assim, conforme as “Diretrizes Gerais” do eixo, a construção do “SUS que queremos” ocorreria

“IV. incentivando a implantação do orçamento participativo nas três esferas de governo;

VI. promovendo a educação popular e em saúde, (...), baseando-se nos princípios fundamentais de cidadania ..., e informando sobre o SUS, Conselhos de Saúde, conselhos gestores e conferências como instancias do controle social do SUS;

VII. capacitando lideranças e conselheiros nos Pólos de Educação Permanente, em parceria com universidades, entidades de classe e a Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação em Saúde (ANEPS).” (p. 102, grifo nosso)

Ademais, o controle social seria objeto da organização dos “jovens cidadãos”, e estaria isento de disputas políticas no Aparelho de Estado, ao lado de abstrair-se totalmente a fragilidade e a desorganização da sociedade civil, claramente diagnosticada e de forma corajosa no Relatório Final da XI CNS (Brasil/MS, 2001), na medida em que se deveria

“3. Estimular a organização da sociedade para o exercício do efetivo controle social na saúde, fomentando a organização da juventude para a importância desse controle ... (p. 103, grifos nossos) ...

“10. Estabelecer que as Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite não assumam as competências deliberativas dos Conselhos de Saúde, enfraquecendo o controle social.” (p. 103, grifos nossos)

No que se refere aos Conselhos de Saúde, uma ousada iniciativa “criacionista” é a eles outorgada no campo da Saúde e Trabalho, atribuindo aos Conselhos nas três esferas de governo uma ação que nem nos momentos de maior mobilização social foi logrado obter, ou seja:

“XI. analisar e avaliar a implementação das políticas de proteção à saúde do trabalhador , criando, nas três esferas de governo, Comissões de Saúde do Trabalhador (CST) nos locais de trabalho;” (p. 109, grifos nossos)

A Saúde do Trabalhador na XII CNS.

O que se observa no Relatório Final da XII CNS no que tange à Saúde do Trabalhador é algo redutor e que pode ser classificado como um verdadeiro **retrocesso** quando se compara com as formulações da XI CNS. Nele há proposições eivadas de equívocos conceituais e metodológicos, inclusive do ponto de vista dos próprios serviços de atenção à saúde dos trabalhadores, que já foram superados pelas formulações do campo da Saúde do Trabalhador e da própria Saúde Coletiva/Saúde Pública. Assim, no item “Saúde do Trabalhador”, o Relatório Final da XII CNS aponta que se deve:

“84. Estabelecer políticas de saúde para prevenção e atenção de doenças ocupacionais, doenças relacionadas ao trabalho e acidentes de trabalho ... Implantar ações de prevenção e reabilitação da voz (!), bem como avaliação auditiva (...), para os trabalhadores submetidos a riscos químicos ou físicos que afetem esses sistemas. Desenvolver políticas específicas direcionadas aos grupos vulneráveis (!?) ... com recursos humanos, financeiros e

materiais para a implantação dos Centros Regionais de Saúde do Trabalhador (Cerest) nos municípios ...

85. *Realizar campanhas de prevenção de câncer de pele para trabalhadores rurais, ... campanhas educativas sobre riscos do uso indiscriminado de agrotóxicos nos alimentos, (...), esclarecimentos sobre os cuidados necessários no seu preparo, higienização e armazenamento com distribuição de equipamentos de proteção individual (EPI) ..., e/ou cobrando do produtor/empregador o fornecimento de EPI e garantindo que os órgãos competentes realizem a fiscalização do uso.*” (pp. 94-95, grifos nossos) O que se observa nos trechos acima transcritos do Relatório Final é que a temática da Saúde do Trabalhador mereceu uma abordagem **reduzida** e conceitual-metodologicamente **equivocada**, constituindo-se num retrocesso quando comparada com as colocações sobre esta temática contidas no Relatório Final da XI CNS. De certa forma isto aponta para o fato de que a discussão da Saúde do Trabalhador e do Controle Social que a acompanha, fica enriquecido pelo acúmulo obtido pelos militantes do campo seja no que se refere aos usuários, representados pelos **sindicalistas** numa primeira instância – aos quais, hoje, deve ser acrescida uma outra representação, esta agora relativa aos excluídos dos vínculos e direitos trabalhistas – seja no que diz respeito aos trabalhadores que atuam nos Programas e Centros de Referência em Saúde do Trabalhador e, agora, na Rede Integral de Atenção à Saúde do Trabalhador (Renast), bem como dos gestores destas instâncias.

Assim, se por um lado o Controle Social em Saúde do Trabalhador tem uma história que é anterior à existência do próprio SUS (Lacaz, 2005) e deve, por isso, ser considerado no sentido de valorizar esta trajetória e especificidade; por outro, a realização de Conferências no formato em que vêm sendo realizadas e por temáticas específicas deve ser repensada, na medida em que a fragmentação de temas não contribui para a reflexão sobre os destinos do SUS num momento em que a focalização das políticas sociais ganha mais força. Diante desse dilema devemos caminhar para a realização das Conferências Nacionais de Saúde, nas quais as temáticas específicas sejam embutidas, na perspectiva de sua contribuição para a construção do SUS como o todo a ser cada vez mais aperfeiçoado e defendido, na medida em que se configura como a única política de Bem Estar Social que logramos criar com nossas lutas, embates e que remontam ao Movimento da Reforma Sanitária iniciado na década de 1970 (Teixeira, 1989; Lacaz, 1994).

IV. Controle Social, Representatividade e o “Novo” Mundo do Trabalho.

Do ponto de vista histórico estrutural (e também político), o tema do CS em Saúde do Trabalhador remete à questão dos órgãos tradicionais de representação dos trabalhadores nas sociedades capitalistas ocidentais. São eles os sindicatos que, hoje, diante das grandes mudanças introduzidas pela reestruturação produtiva neoliberal, perdem legitimidade representativa, particularmente nos países capitalistas periféricos onde o desemprego, a perda de vínculos e direitos trabalhistas é mais perversa (Minayo-Gomez e Lacaz, 2005).

Conforme afirma Mészáros (2003), relativizando as observações de Marx a respeito dos efeitos do desenvolvimento capitalista no século XIX, nos dias de hoje não faz qualquer sentido falar-se num ‘*desenvolvimento geral da produção*’³ que poderia estar associado a uma “*expansão das necessidades humanas (...), dada a forma em que se realizou a deformada tendência globalizante do capital ...*” (Mészáros, 2003: 21)

Para ele, na atualidade, insistir na forma como o capitalismo reproduz a sustentabilidade da existência humana é um verdadeiro suicídio dado o grau de **destruição** que ela produz. Destruição tanto da “natureza – ambiente”, como da própria “natureza –

³ . Marx, Karl Grundrisse, Nova York: Vintage, 1973, p. 488, *apud* Mészáros, 2003, p.21.

humana”, na medida em que o subproduto, em termos sociais mais palpável da globalização excludente ⁴ e baseada na reestruturação produtiva é o desemprego.⁵

Desemprego este agora não mais restrito ao chamado ‘exército de reserva’ que no passado contava com a reativação do mercado de trabalho, pela expansão da produção capitalista, particularmente no setor industrial, a qual ocorreu outrora de maneira extensivamente prodigiosa.⁶

Assim, na globalização transnacional ⁷ cada vez mais desumana, o desemprego tornou-se crônico, sendo

“reconhecido até mesmo pelos defensores mais acrílicos do capital como ‘desemprego estrutural’, (...), como se nada tivesse a ver com a natureza perversa do (...) sistema.” (Mészáros, 2003: 22)

De fato, ao desemprego estrutural – que tem conseqüências ainda mais perversas nos países periféricos – hoje assumido como inerente à forma de desenvolvimento capitalista globalizado, soma-se a precarização extrema das relações e condições de trabalho, com graves desdobramentos sobre a saúde dos trabalhadores, cujos indicadores mais claros são os tipos de trabalho que mais proliferam e que são responsáveis pelas formas atuais de “expansão” do mercado de trabalho.⁸ A precarização e flexibilização de direitos acima referida, compõem-se de um conjunto de elementos em que combinam-se a

“... violenta intensificação do trabalho, propiciada pelas novas tecnologias e pelas políticas de gestão/organização do trabalho; a precarização dos contratos (flexíveis) de trabalho, a flexibilização dos direitos trabalhistas e sociais, (...), a fragilização dos sindicatos e das lutas dos trabalhadores, que se encontram divididos, segmentados, (...), em função da insegurança permanente.”(Druck e Franco, 2003: 878)

Para Oliveira (2005) mesmo o trabalho considerado formal apresenta um grau de precarização nunca antes observado.

Em conseqüência disso, os trabalhadores são deslocados para a informalidade como maneira possível de obter sua sobrevivência. Como resultado, surgem os contratos temporários, as cooperativas, o trabalho no domicílio, que acompanham o cada vez maior desemprego. O que se entende por *informalidade* e a própria conceituação de *mercado informal* é algo ainda difícil de estabelecer, na medida em que se trata de um mercado de trabalho que se situa fora do Estado no que se refere às políticas de tributação e arrecadação; mas que apresenta uma real formalidade na maneira de gerir a força de trabalho e de produzir (Mészáros, 2003).

⁴ . A idéia de globalização aqui adotada é a definida por Fiori (1997). Para ele, a globalização envolve também várias dimensões não – econômicas num complexo e intrincado processo decisório de caráter tanto privado como público, no qual as decisões são tomadas sob a forma de sucessivos, parciais e inacabados desafios e ajustes.

⁵ . Recente relatório divulgado no dia 07/01/04 pela Organização Internacional do Trabalho (OIT), intitulado *Panorama Laboral 2003*, apresenta um quadro do ‘déficit de trabalho decente’ na região da América Latina e Caribe, conforme relata o diretor geral da OIT, Juan Somavia. A “taxa de desemprego na América Latina cresceu de 7,2%, em 1980, para 10,7%, em 2003; o poder aquisitivo dos salários mínimos se reduziu em 25% de 1980 para 2003 (...); a cobertura da seguridade social se reduziu de 63,3% em 1980 a 51,7% em 2003.”

⁶ . Para Somavia “o atual modelo de globalização desvaloriza (...) o trabalho com as seqüelas pessoais, familiares e sociais que ele traz consigo.”

⁷ . Termo utilizado por Mészáros para significar a concorrência no capitalismo contemporâneo a qual não seria exercida por empresas multinacionais, dado o conflito de interesses existente entre os capitais oriundos dos estados nacionais, para o autor uma contradição dentro das economias globalizadas.

⁸ . Segundo o *Panorama Laboral 2003*, “... os trabalhadores informais aumentaram de 32,7% para 46,5% de 1980 a 2002 e os empregados no setor formal diminuíram de 67,4% a 53,5% no mesmo período; desde 1990, de cada 10 novos postos de trabalho criados foram no mercado informal...”

Ademais, que categorias de trabalhadores podem ser enquadrados e englobados nessa chamada informalidade? São os vendedores de rua, os profissionais liberais que fazem consultorias ou aqueles que trabalham sem contrato formal de trabalho, ou seja, estão inseridos “formalmente na informalidade”?

Frise-se que a tão referida “expansão” concentra-se no setor terciário da economia, setor este em que os serviços assumem papel preponderante tanto qualitativa como quantitativamente – o que não quer dizer que os postos de trabalho dos serviços substituam aqueles perdidos na indústria, dada a simbiose entre fabricação e marketing, por exemplo – mas que não compensa a exclusão da força de trabalho provocada pela chamada reestruturação produtiva, conforme apontam vários autores (Antunes, 1999; Pochmann, 1999).

Tal realidade é acompanhada e determinada pela necessidade de “reciclagem” cada vez mais rápida dos produtos no mercado, o que tem como consequência as agressivas campanhas de *mídia* visando incentivar as trocas e o consumo de bens e serviços, tornando cada vez mais efêmeros os ditames da moda e a atualidade dos produtos, dos costumes, das idéias, etc., como apontam autores que estudaram os novos hábitos de consumo que são empreendidos nas sociedades chamadas pós – modernas (Harvey, 1989).

Há exigências para que se estabeleça um crescente mercado para atividades de serviço, o que as converte em mercadorias passíveis de serem objeto de negócios num mercado cada vez mais globalizado/mundializado. Mercadorias estas que devem estar disponíveis para o consumidor no tempo mais rápido possível, ao que se alia uma estratégia de *marketing* que se estabelece tendo como “marca registrada” a invasão cada vez maior da sua privacidade.

E, é justamente nessa “franja” do mercado de trabalho, cuja principal atribuição é estabelecer uma rápida conexão entre fornecedor – consumidor, que vão situar-se os novos contingentes de mão de obra que acorrem para o mercado, quotidianamente, os quais são compostos particularmente de desempregados e de jovens sem experiência de trabalho, cuja “volúpia” consumista é habilmente utilizada pela lógica capitalista que explora em escala cada vez mais exacerbada o individualismo e a vivência “do aqui agora” como o último e mais importante objetivo a ser atingido numa competição desenfreada e extremamente desagregadora do tecido social⁹ (Diniz, 2003).

Este quadro bastante diverso de inserções no mercado de trabalho acaba por produzir formas diferenciadas de “vínculo” e os órgãos tradicionais de representação dos trabalhadores já não se constituem em instâncias reconhecidas. Impõe-se, então, uma revisão das formas de representação nesta realidade mutante que os próprios trabalhadores ainda não alcançaram, na medida em que os sindicatos e centrais existentes pouco fazem para incorporá-los no seu seio e para efetivamente representá-los (Lacaz, 2005). Não se trata de apenas constatar esta realidade, mas empreender formas novas de representação que passam também pelas empresas de auto-gestão, pelas cooperativas de trabalhadores, pelos terceirizados (Dias, 2002), enfim, pelos excluídos do trabalho pela sociedade competitiva e desumana que vai sendo construída sob a égide da barbárie!

Referências bibliográficas

1. Antunes, Ricardo. ***Os sentidos do trabalho: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho***. São Paulo: Boitempo, 1999. 258 pp

⁹. Exemplos claros de categorias de trabalhadores que se enquadram nesta situação são aqueles que atuam em empresas de *telemarketing* (Sintratel, 2001) e os moto-boys (Diniz, 2003).

2. Brasil.Ministério da Saúde. 11ª. Conferência Nacional de Saúde. Brasília, 15 a 19/12/2000. **Relatório Final**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 188 pp
3. Brasil.Ministério da Saúde. 12ª. Conferência Nacional de Saúde: Conferência Sergio Arouca, Brasília, 7 a 11/12/2003. **Relatório Final**. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 230 pp.
4. Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (Cesbes). Editorial da Diretoria Nacional. **Saúde em Debate, 28** (66): 3, 2004.
5. Dias, Allan Rodrigues. **Condições de vida, trajetórias e modos de “estar” e “ser” catador: estudo de trabalhadores que exercem atividades de coleta e venda de materiais recicláveis na cidade de Curitiba (PR)**. Dissertação de Mestrado. Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. Departamento de Psicologia Social e do Trabalho. São Paulo, 2002. 105 pp
6. Diniz, Eugênio Paceli Hatem. **As condições acidentogênicas e as estratégias de regulação dos motociclistas profissionais: entre as exigências de tempo e os constrangimentos do espaço**. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Engenharia da Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2003. 123 pp
7. Druck, Graça e Franco, Tânia. A Alca e as principais implicações para o trabalho e a saúde dos trabalhadores. **Ciência & Saúde Coletiva, 8** (4):. 875-885, 2003.
8. Fiori, José Luiz **Os moedeiros falsos**. Petrópolis: Vozes, 1997. 239 pp.
9. Frederico, Celso. Movimento operário e corporativismo. [pp. 56-100] In: _____ **Crise do socialismo e movimento operário**. São Paulo: Cortez, 1994. 104 pp.
10. Freitas, Clarice Umbelino de; Lacaz, Francisco Antonio de Castro e Rocha, Lys Esther. Saúde Pública e Ações de Saúde do Trabalhador: uma análise conceitual e perspectivas de operacionalização programática na rede básica da Secretaria de Estado da Saúde. **Temas IMESC, Sociedade, Direito, Saúde, 2** (1) : 3-10, 1985.
11. Harvey, Dean. **Condição pós – moderna: uma pesquisa sobre as origens da mudança cultural**. São Paulo: Loyola, 1989. 349 pp.
12. Lacaz, Francisco Antonio de Castro. Reforma Sanitária e Saúde do Trabalhador. **Saúde e Sociedade, v. 3** (1): 41-59, 1994.
13. Lacaz, Francisco Antonio de Castro. **Saúde do Trabalhador: um estudo sobre as formações discursivas da academia, dos serviços e do movimento sindical**. Tese (Doutorado) Departamento de Medicina Preventiva e Social, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, SP., 1996. 435 pp. + XXI [mimeo]
14. Lacaz, Francisco Antonio de Castro. Saúde do Trabalhador: vinte anos de história e trajetória [pp. 145-148]. In: Brasil/Ministério da Saúde. 3ª. Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador: 3ª. CNST: “Trabalhar, sim! Adoecer, não!: coletânea de textos. **Coletânea de textos**. Ministério da Saúde, Ministério do Trabalho e Emprego, Ministério da Previdência e Assistência Social. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 214 pp
15. Marx, Karl. **Grundisse**. Nova York: Vintage, 1973,
16. Mészáros, Istvan. **O Século XXI: socialismo ou barbárie**. São Paulo: Boitempo, 2003. 125 pp.
17. Minayo-Gomez, Carlos & Lacaz, Francisco Antonio de Castro Lacaz. Saúde do Trabalhador: Novas-Velhas Questões. **Ciência & Saúde Coletiva, 10** (4), 2005. [no prelo]
18. Oliveira, Francisco. Quem canta de novo L’Internationale? [pp. 135-169] In: Sousa-Santos, Boaventura (Org.) **Trabalhar o mundo: os caminhos do novo internacionalismo operário**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2005. 457 pp.
19. Organização Internacional do Trabalho (OIT). **Relatório Panorama Laboral**. Genebra: OIT, 2003.

20. Pochmann, Marcio. **O trabalho sob fogo cruzado: exclusão, desemprego e precarização no final do século**. São Paulo: Contexto, 1999. 205 pp.
21. Sindicato dos Trabalhadores em Empresas de Telemarketing e Rádio Chamada de São Paulo (Sintratel). **Trabalho e saúde dos trabalhadores em telemarketing**. Sintratel, CEP/FSP/USP. São Paulo: Século Comunicação Integrada, 2001. 52 pp
22. Teixeira, Sonia Fleury (Org.). **Reforma sanitária: em busca de uma teoria**. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 1989. 232 pp.