



“Questão Social, Pandemia e Serviço Social: em defesa da vida e de uma educação emancipadora”

Eixo temático: Política Social e Serviço Social
Sub-eixo: Seguridade social no Brasil

A Reforma Sanitária no Brasil e a institucionalização da Saúde do Trabalhador no SUS: desafios atuais

DEBORA LOPES DE OLIVEIRA ¹

Resumo

Este artigo é parte dos resultados da pesquisa realizada para tese de doutorado que teve por finalidade investigar o processo de implantação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) no Polo Regional de Duque de Caxias/RJ. Apresenta reflexões sobre a relação entre a o processo da Reforma Sanitária no Brasil, a institucionalização do campo da Saúde do Trabalhador no SUS e os desafios atuais da RENAST considerando a contrarreforma na saúde e os impactos na saúde dos trabalhadores.

Palavras chaves: Reforma sanitária, Saúde do Trabalhador, RENAST,

Resumen

Este artículo forma parte de los resultados de la investigación realizada para la tesis doctoral que tuvo como objetivo investigar el proceso de implementación de la Red Nacional de Atención Integral a la Salud de los Trabajadores (RENAST) en el Centro Regional de Duque de Caxias/RJ. Presenta reflexiones sobre la relación entre el proceso de Reforma Sanitaria en Brasil, la institucionalización del campo de la Salud de los Trabajadores en el SUS y los desafíos actuales de la RENAST considerando la contrarreforma sanitaria y los impactos en la salud de los trabajadores.

¹ Professor com formação em Serviço Social. Universidade Do Estado Do Rio De Janeiro

Palabras Claves: Reforma Sanitaria, Salud de los Trabajadores, RENAST

Introdução:

Não é fato novo que existem articulações nos caminhos que levam ao processo da Reforma Sanitária no Brasil e a construção do campo da saúde do Trabalhador. São caminhos que se entrecruzam na sua origem, tendo como ponto comum os fundamentos da Reforma Sanitária Italiana. O que nos importa neste processo, é discutir as premissas e fundamentos da Reforma Sanitária que influenciaram o campo da saúde do trabalhador, bem como identificar a inserção do movimento sindical neste processo.

Lacaz (1994) em seu artigo Reforma Sanitária e Saúde do Trabalhador, já apontava para a necessidade de aprofundar os estudos em relação aos nexos entre a Reforma Sanitária e a Saúde do Trabalhador, afirmando que era preciso discutir criticamente a ausência da análise da questão da saúde do trabalhador dentro da Reforma Sanitária no Brasil, atentando para a importância da constituição deste campo no âmbito da saúde pública na década de 1990, principalmente a partir da constituição dos primeiros Programas de Saúde do Trabalhador (PSTs). Para o autor, a construção do campo da saúde do trabalhador, nos anos 90 implicou em uma ampliação de base social ao introduzir novos sujeitos sociais através do movimento sindical. Este é o argumento utilizado para apontar um caminho de enfrentamento ao que denominou esgotamento do movimento da Reforma Sanitária no Brasil.

Assim, buscaremos entender as relações entre o Movimento da Reforma Sanitária e a Construção do Campo da Saúde do Trabalhador. Uma das indagações proposta por Lacaz refere-se ao fato de a maior parte das formulações acerca da Reforma Sanitária Brasileira, não abordar o processo de acumulação de forças e de formulação teórico-prática elaborada pelo movimento sindical brasileiro.

[...] interessa assinalar nesta discussão a quase ausência na abordagem destas

publicações do processo de acumulação de forças e de formulação teórico-prática elaborada pelo movimento sindical brasileiro o que COHN ⁽⁸⁾ quando analisa a literatura recente sobre o Movimento e a Reforma Sanitária considera também uma deficiência já que "...ainda continua a imperar o desconhecimento desses atores sociais, (...) qualificados pelos marcos teóricos de nível macro de análise, e não por suas práticas concretas". (LACAZ, 1994, p. 42)

Porém de que estamos falando? A crítica necessária, sob o ponto de vista da interlocução do movimento da Reforma Sanitária com o movimento que dará origem ao campo da saúde do trabalhador, nos coloca a necessidade de entender que processo é esse de reforma, seus pressupostos, princípios, fundamentos e finalidades. Neste sentido, a contribuição de Berlinguer nos oferece a trilha para a análise proposta do Movimento da Reforma Sanitária no Brasil e as implicações com a institucionalização do Campo da Saúde do Trabalhador.

2 – Reforma Sanitária e Saúde do Trabalhador: princípios, contribuições e retomadas necessárias.

Diante do caminho trilhado urge considerações aos limites e avanços. A necessidade de enfrentar o desafio de trazer a tona o debate sobre a saúde compreendida de forma ampliada – determinada pelas condições de vida e trabalho, direito de todos e dever do Estado – retomando as bandeiras e princípios da Reforma Sanitária dos anos 1970/1980, em torno das questões sanitárias. Processo que, segundo Bravo, Pelaez e Pinheiro (2018), impõem a explicitação dos dissensos presentes no Movimento Sanitário, à análise sobre os avanços necessários e elaboração de estratégias, das táticas e dos aliados.

A contribuição de Giovanni Berlinguer (1987) para o processo da Reforma Sanitária Brasileira para o campo da Saúde do Trabalhador deve resgatar o sentido da reforma e os limites na realidade brasileira. O primeiro aspecto decorre da apreensão da reforma enquanto um processo social, que não se constitui apenas de normas processuais, decretos e atos institucionais. É processo de participação popular na promoção da saúde, envolve o coletivo, impõe mudanças sociais, ambientais, e comportamentais que contribuam para uma existência mais saudável.

Outro aspecto fundamental é a organização e mobilização, como processo social deve instigar e movimentar a população, a sociedade, os trabalhadores, e os profissionais de saúde. Para além da assistência, afirma a *reforma* como uma obra de união e renovação. Assim, é urgente a recuperação da capacidade de organização e de luta dos 'lutadores da saúde', do 'povo da saúde do trabalhador' na perspectiva do fortalecimento da resistência conjunta dos trabalhadores e da ultrapassagem do corporativismo e fragmentação das reivindicações e pautas políticas.

A necessidade da *politização da saúde* para a superação dos obstáculos é outra contribuição de Berlinguer (1987). A *consciência sanitária* implica numa ampliação do conhecimento da população sobre saúde e a determinação social do processo saúde-doença, já a *educação sanitária* assume o sentido da organização em massa, que privilegia a formação de base, o que requer a ampliação da mobilização e ação coletiva em prol de mudanças dos determinantes estruturais que produzem as desigualdades, e condições de vida e trabalho adversas.

As conexões entre o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira e a constituição do campo da saúde do trabalhador apontam para as lutas sociais de onde se originam ambos os processos. Para Lacaz (2019) e Tambellini (1984) o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira e o Movimento Sindical da Saúde do Trabalhador tem uma origem comum, seja no âmbito das formulações teórico-metodológicas, a partir de uma *abordagem-histórico estrutural dos problemas de saúde* (Escorel, 1999), pela criação do CEBES e da ABRASCO, seja pela mobilização de massa que marcou a luta pela anistia, pela redemocratização e denúncia dos impactos da política econômica e social sobre a saúde e as condições de vida das classes trabalhadoras. No percurso das semelhanças encontra-se a criação da Comissão Intersindical de Saúde do Trabalhador (CISAT); a realização das Semanas de Saúde do Trabalhador (SEMSAT) e da Revista Trabalho e Saúde; a promoção de intensos debates com a finalidade de desmascarar e denunciar a política adotada pelo Estado de perspectiva da higiene e segurança do trabalho via Ministério do trabalho. A aproximação do movimento sindical com a rede pública de

saúde se deu através das formulações da ‘medicina preventiva’ que vão subsidiar a incorporação das ações programáticas em saúde do trabalhador.

Os desencontros entre o Movimento da Reforma Sanitária e a luta dos trabalhadores pela saúde no trabalho decorrem de vários aspectos. A contribuição de Fleury (2006) nos traz algumas pistas para entender os aspectos que repercutiram na frágil e marginal institucionalização do campo da saúde do trabalhador no SUS. É na diferenciação entre o Movimento Sanitário Brasileiro e o Movimento Sanitário Italiano que podemos encontrar os aspectos centrais dos desencontros. No caso brasileiro as questões de saúde do trabalhador foram o ponto mais frágil da reforma, ficando restrita a atender os efeitos deletérios do processo de trabalho e do consumo. Também, a ausência dos partidos políticos e organizações sindicais na base de apoio à reforma teve como consequência o deslocamento para dentro do aparelho de estado. Outro aspecto, foi o fato do núcleo da reforma não ter tido centralidade nas condições de saúde do trabalhador, e sim no direito à atenção à saúde do cidadão, um deslocamento da esfera produtiva para a esfera da reprodução, o que contribuiu para que a *categoria trabalho* fosse desconsiderada como determinante para o desenvolvimento de doenças, agravos e acidentes.

A incorporação da saúde do trabalhador na Constituição de 1988 deve ser analisada considerando que no caso brasileiro a nova Constituição não foi fruto de um processo revolucionário, ou mesmo de um pacto social obtido pela participação das várias forças sociais. Por seu turno, correspondendo a uma atualização constitucional de conquistas setoriais, viabilizadas pelo pacto político que superou o chamado Estado autoritário militarista pelo Estado de Direito.

Santos (2000) argumenta que é com o advento da Constituição Federal (CF) de 1988 que a questão da saúde do trabalhador toma a cena do debate, mas sob um novo patamar. Se antes as questões relativas à relação ‘trabalho e saúde’ eram tratadas como competência do Direito do Trabalho, isto porquanto não havia o direito à saúde e as questões relativas à medicina do trabalho, segurança e saúde

do trabalhador eram tratadas como um benefício previdenciário-trabalhista e de competência do Ministério do Trabalho. Coube a correção desta distorção a Constituição de 1988. Deste processo, o que chama atenção é a enorme ameaça que representou para todos os setores orgânicos ao capital a possibilidade de subordinação do processo de trabalho e de suas condições aos critérios da saúde, e não apenas aos da eficiência imediata do processo produtivo e sabidamente espoliativa em relação aos trabalhadores.

Bravo (2011) afirma que o texto constitucional tem inspiração nas proposições defendidas pelo movimento sanitário, no entanto devido à correlação de forças, no confronto com os interesses empresariais e de setores do próprio governo não foi possível atender a todas as demandas. A saúde do trabalhador foi exemplo desta correlação, a proposta incorporada ao texto final da constituição não contemplou o *direito do trabalhador recusar-se a trabalhar em locais comprovadamente insalubres, e de ter informações sobre a toxicidade de produtos manipulados.*

Ao consagrar o direito à saúde à carta constitucional de 1988, o faz sob um paradigma ampliado de saúde que não se restringe a garantia de serviços assistenciais aquele que está acometido de alguma doença, pelo contrário pressupõem um conjunto de políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e outros agravos, além de serviços e ações que possam promover, proteger e recuperar a saúde dos indivíduos. Quanto à saúde do trabalhador, observamos que ela é incorporada como uma das atribuições dos SUS nas três esferas governo, entendida como uma especificidade da saúde dos indivíduos, diante dos riscos que a relação entre trabalho e saúde pode ocasionar daí procede à proteção especial prevista no art. 7º, XXII, da CF, que garante ao trabalhador o direito a redução dos riscos inerentes ao trabalho, por meio da edição de normas de saúde, higiene e segurança.

O campo da saúde do trabalhador, como campo de prática, de intervenção que tem sua origem no movimento de ruptura de paradigmas sobre a intervenção

nas relações entre capital e trabalho, que se manifestam nas condições de trabalho e de vida dos trabalhadores. Deste modo, a área da saúde do trabalhador assume uma conotação própria no Brasil, motivada pelo compromisso de alterar o quadro de saúde da população trabalhadora, e marcada pela resistência, conquista e limitações das lutas coletivas por melhores condições de vida e de trabalho. (MINAYO-GOMEZ & THEDIM-COSTA, 1997, p. 24).

No entanto, contrariamente ao proposto e idealizado, o processo de institucionalização da saúde do trabalhador no SUS enfrenta diversos entraves. O principal deles é apontado por Vasconcellos (2007) ao afirmar que o SUS em sua missão, enquanto sistema não incorporou a centralidade do trabalho como categorial nodal na determinação social do processo saúde-doença das populações. Como vimos, se o enredar da rede no período anterior ao golpe de 2016, já se colocava como uma situação que exigia enfrentamento, no pós golpe a situação se torna mais crítica face a agudização das expressões da questão social, o aumento da precarização no trabalho, a ampliação dos retrocessos em relação aos direitos e as políticas sociais. Situação agravada, na atual conjuntura face ao processo de desmonte do SUS, que tem no governo Bolsonaro a sua face mais perversa, caracterizada pela radicalização e ofensiva da política ultraneoliberal, e por fortes ataques aos direitos sociais e às liberdades democráticas.

2 – As Contrarreformas e os Impactos no campo da Saúde do Trabalhador

Como abordado às contrarreformas impactam no campo da saúde do trabalhador. No caso da contrarreforma trabalhista o objetivo foi garantir o ajuste do padrão de regulação do trabalho de acordo com as características do capitalismo contemporâneo, fortalecendo a autorregulação do mercado ao submeter o trabalhador a uma maior insegurança e por outro lado ampliar a liberdade do empregador em determinar as condições de contratação, o uso da mão de obra e a remuneração do trabalho. De modo mais estratégico atinge as instituições públicas do trabalho que tem como papel a mediação dos conflitos entre capital e trabalho, interferindo na aplicação e na materialidade dos direitos, a partir de uma descentralização do processo de definição das regras da relação de emprego para o interior

da empresa, e da tentativa de esvaziamento da organização sindical dos trabalhadores enquanto classe. Deste modo, as alterações realizadas no arcabouço legal reforçam que não se trata de uma simples reforma, mas do desmonte dos direitos e da malha de proteção social, pois foram modificados elementos cruciais da relação de emprego e das instituições responsáveis pela normatização e efetivação das relações de trabalho. (KREIN, 2017; SOUTO MAIOR & SEVERO, 2017)

Nesta mesma direção temos a revisão das Normas Regulamentadoras (NRs), as publicações de portaria no âmbito da Saúde e Segurança do Trabalho, trouxeram alterações significativas, que representam retrocesso com roupagem de desburocratização. Tais medidas aumentaram a insegurança dos trabalhadores nas suas várias dimensões - jurídica, política e social – agudizando as expressões da questão social atreladas ao recrudescimento da precarização e da desproteção social.

O impacto da contrarreforma no campo da saúde do trabalhador pôde ser observado, no contexto da pandemia da COVID 19, através da revogação de forma arbitrária da Portaria n.º 2.309/GM/MS, de 28 de agosto de 2020 que alterava a Portaria de Consolidação nº 5/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, e atualizava a Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho (LDRT) incluindo, dentre outras a COVID- 19. Este ataque expressa os interesses que comandam as ações de enfrentamento a pandemia sob o comando de Bolsonaro consoante com a proposta de mercantilização, e dissonante dos princípios que norteiam o SUS, ao não priorizar o cuidado e a atenção integral aos trabalhadores. (OLIVEIRA, MATOS E SOUZA, 2021)

De acordo com este estudo, no processo de implantação da RENAST foram identificados avanços e limites. Impõe-se a contínua reflexão para formulação de estratégias que ajudem na superação dos limites, na sua efetivação. Por conseguinte, pensar a RENAST criticamente, não consiste na negação desta rede, e nem tão pouco ignorar seus possíveis avanços, porém é uma ação necessária à revisão das estratégias e dos caminhos percorridos, para entender, como afirma Vasconcellos & Leão (2011) por que a “*rede não enreda*”, levando em consideração elementos que decorrem não apenas das práticas, da gestão direta das ações, mas também as questões estruturantes que estão relacionadas com a conjuntura dos retrocessos sociais, políticos e econômicos desencadeados através das

contrarreformas, em particular na saúde.

A perceptível manutenção das dificuldades alvo de discussão e mobilização no ordenamento das ações desde o final dos anos de 1990, mesmo após a criação da RENAST, exhibe a relevância de repensar, avaliar e construir proposições que colaborem para a efetivação das mudanças necessárias na perspectiva da integralidade. O que deve incorporar todos os sujeitos políticos envolvidos com a ST, particularmente os trabalhadores, de tal forma que os mecanismos utilizados oportunizem uma ampla participação social, onde as necessidades, demandas e percepções dos trabalhadores sejam reconhecidas.

O quadro apresentado aponta para outro desafio: *romper com a visão endógena da RENAST*. Para a efetivação da missão de fomentar ações no SUS que mudem o panorama da relação saúde-trabalho no país, é imperioso ir além dos muros dos CERESTS. Por tanto, a ST não pode ser operacionalizada de forma isolada, mas sim na perspectiva sistêmica abarcando transversalmente todas as instâncias e níveis de atenção de forma integrada.

3 – A Saúde do Trabalhador no Estado do Rio de Janeiro: tensões e resistência

A situação no estado do Rio de Janeiro não foge a essa constatação, embora tenha figurado com protagonismo no processo histórico de construção do campo da Saúde do Trabalhador no Brasil, no período compreendido entre os anos 1980 e 2000, seja por conta da organização dos movimentos dos trabalhadores, seja pela apropriação da academia enquanto campo de conhecimento, bem como no processo de institucionalização no SUS. Há neste processo um descompasso, que afora os esforços empreendidos, a saúde do trabalhador, figura de forma marginal no âmbito do SUS.

No curso da história da saúde do trabalhador no Estado do Rio de Janeiro, foram alcançados vários ganhos cruciais para a organização do campo e sua institucionalização no SUS, como a criação do Conselho Estadual de Saúde do Trabalhador (CONSEST) nos anos de 1990, a estruturação dos programas

municipais e estadual de saúde do trabalhador e o processo de municipalização das ações de saúde do trabalhador gestado nos anos 2000, Este processo é marcado por período de efervescência social, principalmente pelo envolvimento orgânico dos sindicatos nas ações realizadas pela saúde do trabalhador no SUS. Uma conjuntura importante que influenciou o início das ações em Duque de Caxias.

Nos anos 2000, quando ocorre à implantação da Rede Nacional de Atenção à Saúde do Trabalhador (RENAST) no Estado, é também, o momento que se observa uma retração do movimento sindical, associado ao desmonte do CONSEST, que representou o principal espaço de controle social organizado no âmbito do SUS no estado, e quiçá no Brasil. A alternativa foi à criação da Comissão Intersectorial de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (CISTT) vinculada ao Conselho Estadual de Saúde. A medida, embora legal, impactou profundamente na organização do controle social na área, e até hoje a CISTT estadual não consegue se estruturar de fato, permanecendo uma lacuna que tem repercussões profundas para a institucionalização do campo da saúde do trabalhador no estado do Rio de Janeiro, principalmente nos marcos da RENAST.

Freire (2010) afirma que entre 1998 e 2003 há uma inflexão marcada pelo esvaziamento do CONSEST, sobretudo nas estratégias e ações efetivas de Vigilância em Saúde do Trabalhador voltadas para as mudanças nos processos de trabalho. O debate sobre a RENAST e a criação do CEREST estadual, passou a ser a pauta central, colocando em segundo plano as demandas dos trabalhadores. Decorre desta inflexão à retração progressiva dos sindicatos, alimentada, de outro lado, pela falta de respaldo para a realização das ações do conselho, e o impedimento para a realização das ações de VISAT, por força judicial. Ainda é observado o esvaziamento de técnicos do Programa Estadual de Saúde do Trabalhador e a extinção das Câmaras Técnicas segundo ramo produtivo.

Outra inflexão foi marcada pelo dissenso entre os integrantes das instâncias de controle social provocado por um embate entre a cultura política tradicional, a cultura da luta sindical e a formação política em saúde do trabalhador, que resultou numa competição pela hegemonia nos espaços políticos de controle social. E deste modo,

o que representava para o campo da saúde do trabalhador um avanço político, democrático se tornou um incômodo, expondo contraditoriamente como a questão da saúde do trabalhador foi alijada das instâncias tradicionais de controle social. (FREIRE, 2010)

Dentro deste contexto, embora em termos de institucionalização do campo da saúde do trabalhador no estado, tenha avançado na implantação da RENAST, através da criação dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador, afinal trata-se de 16 CERESTs, sendo um estadual e 15 regionais distribuídos pelas regiões do estado. Este processo se dá, na maioria das regiões descolado da articulação com o controle social, principalmente com os sindicatos, onde o trabalhador passou a ser um *sujeito oculto*. O que contribui para a fragilização das ações, bem como dificultou a implantação da política saúde do trabalhador no estado. Isso indica que a política não pode ser pensada unilateralmente. A criação dos CERESTs não é suficiente para a incorporação efetiva da saúde do trabalhador no SUS, e nem pode se dar apartada da luta dos trabalhadores. A experiência apresentada nesta tese mostra isso.

Nesta parte, importa destacar que a situação vivenciada do Estado do Rio de Janeiro, embora seja particular pela existência do CONSEST, expressa um dos limites da RENAST dada à dificuldade de estabelecer a relação com o movimento sindical, bem como no estabelecimento dos mecanismos de controle social, o que pôde ser observado quando da análise do marco legal da RENAST.

Este é um aspecto relevante na análise da implementação desta rede, pois guarda relação com o princípio da participação dos trabalhadores como sujeitos das ações desenvolvidas, princípio este, que fundamenta a constituição do campo da saúde do trabalhador no Brasil. Consideramos ainda, este ponto como um determinante na análise da gestão da RENAST, pois evidencia um dos limites postos a sua implementação no âmbito local, regional, estadual e nacional.

4 – Inflexões e limites no Modelo da Rede Nacional de Atenção à Saúde do

Trabalhador

Nesse sentido, enfrentar este limite implica na ampliação da concepção de controle social que norteia a rede, de forma a garantir a efetiva participação dos trabalhadores na gestão da RENAST, desencapsular a rede, incorporando o máximo de representação social dos trabalhadores, favorecendo a criação de espaços de controle social que extrapolem aqueles já instituídos formalmente por dentro do SUS, com o objetivo de aumentar a participação dos trabalhadores e romper com o imobilismo social, além de contribuir para a renovação dos quadros e fomentar a participação nos espaços já instituídos, porém esvaziados dos interesses dos trabalhadores.

No percurso desta tese avistamos algumas *inflexões* no modelo da RENAST em relação ao paradigma do campo da saúde do trabalhador, que merecem destaque. A primeira aparece no marco da 3ª CNST que ocorre em 2005, após um intervalo de mais de uma década, tendo como lema central “Trabalhar Sim, Adoecer Não”. Diferente das duas edições anteriores, esta conferência foi convocada por um ato conjunto dos ministros da Saúde, do Trabalho e Emprego e da Previdência Social. É observada uma mudança no direcionamento da política que pode indicar numa *inflexão* no paradigma que passa a informar as práticas e ações na saúde do trabalhador, a partir da Constituição de 1988, a influência do modelo médico-curativo em detrimento do modelo preventivista, e a apropriação de preceitos da *saúde ocupacional* para conformar ações e práticas no SUS.

A segunda inflexão é constada pelo viés contraditório presente na noção de controle social das Portarias 2437/2005 e 2728/2009. Ambas preveem a participação das organizações dos empregadores enquanto controle social, recuperando a perspectiva do *tripartismo*. Podemos inferir que esta tendência fere o conceito de saúde do trabalhador, demonstrando uma inflexão nos conceitos que as práticas em saúde do trabalhador adotam e/ou referenciam, havendo um distanciamento das fontes originais, dos princípios norteadores. Um distanciamento que se materializa no agir, embora imbuído de um discurso travestido de ideias democratizantes. Associado a

isso, falta ao Estado uma postura mais enfática, que seja condizente com o campo e enfrente tais contradições.

A terceira inflexão é identificada na forma como as portarias fizessero menção ao controle social como mecanismo de gestão da RENAST, e principalmente dos CERESTs. A diferenciação se dará a partir da definição sobre os mecanismos de controle social que serão instituídos e reconhecidos como legítimos na gestão da rede. É na Portaria 2437/2005, que encontramos uma concepção mais ampliada de controle social e de gestão democrática da rede, ao propor como dispositivo os *conselhos gestores*, legitimando propostas já em curso em diversos municípios, como Duque de Caxias. As tensões em relação às instâncias de controle social no âmbito da RENAST vão acarretar aliadas a outras questões na revogação da referida portaria, e não enfrentamento dos dissensos em relação à participação social e ao controle democrático no âmbito da implantação da RENAST.

A questão do processo de regionalização aparece como um desafio a implantação de ações que contemplassem todos os municípios do polo e não apenas o município de Duque de Caxias. Neste aspecto, este é um limite que afeta não apenas o CEREST Duque de Caxias, mas os demais CERESTs também, pois implica um entendimento do papel e da missão deste dispositivo regionalmente.

Outro aspecto tem relação com o papel do Estado, enquanto ente federativo, no fomento às articulações regionais, considerando a inexistência de um ente federativo regional. Nesta acepção a definição clara e assertiva do papel da área técnica da ST na gestão estadual e o CEREST Estadual na sua articulação com os CERESTs Regionais, PSTs ou referências técnicas é ação fulcral para o reconhecimento do papel dos CERESTs pelos gestores seja dos municípios Polo, seja dos municípios de abrangência.

Em relação a situação de saúde do trabalhador na região, identifica-se, ainda, ausência de estudos e de informações consistentes que envolvam toda a população trabalhadora, fato associado de um lado à pulverização das informações nos sistemas disponíveis para consulta como: anuário do INSS, RAIS, SINAN e SIM; e

de outro a subnotificação dos registros nos sistemas de informação, seja pelos dados fornecidos pelas empresas do INSS, ou pelas informações notificadas pelos serviços de saúde nos sistemas de informação do Ministério da Saúde.

Apesar disso, os dados existentes, e apresentados no corpo desta tese, embora subnotificados asseveram para a magnitude dos agravos e doenças relacionadas ao trabalho no estado, bem como reafirmam a necessidade de integração dos sistemas de informação, de estabelecimento de estratégias que qualifiquem os dados e reduzam a subnotificação. Neste aspecto, Vasconcellos (2018) afirma que a par das informações o que falta na saúde do trabalhador é a ação, uma tomada de decisão efetiva, ostensiva, sistemática, cotidiana e transformadora por parte dos sujeitos responsáveis: academia, serviços, gestão, parlamento, judiciário, mídia e sindicatos. Dentre as dificuldades encontradas neste processo podem ser citadas: ausência de recursos humanos qualificados; vínculos de trabalho fragilizados, não estáveis que impediam o exercício de determinadas funções, principalmente as relacionadas às ações de vigilâncias em saúde do trabalhador; impedimentos políticos para realização das ações e não priorização da saúde do trabalhador na agenda da gestão. (Ribeiro, FSN et al, 2013; Lacaz, 2016)

O desmonte do controle social na saúde do trabalhador corrompe um dos princípios fundamentais deste campo que é colocar o trabalhador como sujeito ativo, protagonista das ações e intervenções de saúde na sua relação com o trabalho. A saúde do trabalhador, como já apontado, é fruto da luta dos trabalhadores, e se organiza como campo de conhecimento, de prática e de intervenção a partir da relação direta com os trabalhadores e seus sindicatos e associações. O avanço deste campo no Brasil é impensável sem considerar este sujeito coletivo. Assim, um dos grandes desafios à construção de uma Política Estadual de Saúde do Trabalhador está na ausência de articulação com o movimento dos trabalhadores e os demais movimentos sociais que possam agregar forças à luta pela saúde no trabalho.

Assim, as experiências dos fóruns de articulação e de luta, que surgem como estratégia para enfrentar os desmontes dos direitos sociais no âmbito da saúde, e

defender a saúde pública e estatal como direito, são exemplos da organização da resistência pela reativação do protagonismo da classe trabalhadora. Evidenciam-se, no estado do Rio de Janeiro duas experiências importantes: o Fórum de Saúde criado em 2009 para dar seguimento a luta dos sujeitos sociais em defesa da saúde pública, e o Fórum Intersindical: Saúde, Trabalho e Direito que surge com a proposta de articular a academia e o movimento sindical e os serviços de saúde na formação para a ação em saúde do trabalhador, especialmente no campo da vigilância em saúde do trabalhador. Em ambas as experiências, vislumbramos o objetivo de criar espaços de articulação de forças e lutas sociais, bem como de produção e socialização de conhecimentos que instrumentalizem a classe trabalhadora. Ademais, é preciso lançar mãos à obra e resgatar o propósito da saúde do trabalhador!

Conclusão

A construção de alternativas deve retomar os processos que deram origem ao campo da saúde do trabalhador, é necessário trilhar um caminho de volta, em direção aos interesses da classe trabalhadora, buscar seu protagonismo, romper com o imobilismo, com a carapaça do tecnicismo, trazer a tona o paradigma da saúde do trabalhador para o SUS. Para tanto, deve-se ocupar os espaços de controle social, existentes por dentro e por fora do sistema, e ousar construir novos caminhos, vias que possibilitem tornar a classe trabalhadora novamente, sujeito deste processo.

O quadro sobre a situação de saúde e trabalho no estado, a gravidade do cenário revelado, demandam ações efetivas da tríade composta pelo movimento sindical, serviços de saúde e academia. Para os quais algumas tarefas primordiais serão elencadas: Retomada do trabalho de base junto à classe trabalhadora, seja via sindicato, associações e outros espaços organizativos existentes; Investir em ações de educação popular, democratizando o acesso ao conhecimento e as informações; Criar espaços públicos e livres para o debate da situação de saúde e trabalho dos trabalhadores; Fomentar junto aos conselhos de saúde no nível estadual e municipal

a implantação das CISTTs; Fomentar a criação dos Conselhos Gestores nos CEREST's regionais e estadual; Estimular a participação dos trabalhadores organizados nos espaços formais de controle social, em especial nas CISTTs, e nos Conselhos Gestores dos CERESTs; Romper com encastelamento acadêmico e abrir espaços para a participação dos trabalhadores; Incentivar a produção de estudos e pesquisas comprometidas com os interesses e demandas da classe trabalhadora; Apropriação da “questão da saúde do trabalhador” como referencial das ações no campo da saúde do trabalhador; Fomentar ações de formação em saúde do trabalhador que recuperem as bases de sua fundamentação;

Para além do que foi abordado, algumas questões já se colocam para aprofundamentos: Estudar e discutir a concepção e os mecanismos de controle social na saúde do trabalhador, na perspectiva de recuperar os fundamentos do paradigma que norteia a criação do campo no Brasil; Aprofundar as discussões sobre o processo de regionalização na saúde e a inserção da saúde do trabalhador, incluindo a questão dos mecanismos de gestão regional e a governança através do CERESTs; Identificar os impactos da contrarreforma do Estado (saúde, trabalho, previdência e assistência) no campo da saúde do trabalhador.

Tecer a saúde do trabalhador é ação coletiva, que se constrói no cotidiano, na identificação de objetivos comuns, na articulação de forças, tarefa que demanda esforço mútuo e recíproco entre os sujeitos envolvidos quer sejam os centros acadêmicos, as instituições públicas e as instâncias organizativas dos trabalhadores. Aqui cabe à tarefa estratégica de resgatar laços de solidariedade e de sentido de pertencimento de classe, conjugar ações e construir estratégias para enfrentar a barbárie do capital.

O caminho percorrido pela saúde do trabalhador é o da via que se enlaça com a luta dos trabalhadores contra a exploração do trabalho, que se manifesta nos desgastes, no sofrimento, nos adoecimentos e nas mortes. Uma realidade latente e pulsante, que se exacerba a cada crise do capital. A desmedida da crise viola as mentes e os corpos dos trabalhadores, subverte a alma. Incapacita não só para o trabalho, mas para a vida. Assim a defesa da saúde do trabalhador é defesa da vida,

no seu sentido mais pleno, é defesa de direito humano.

Referências bibliográficas

BERLINGUER G. **Medicina e política**. São Paulo: CEBES/ Hucitec; 1987.

BRAVO, M. I. S.; PELAEZ, E. J.; PINHEIRO, W. N. As contrarreformas na política de saúde do governo Temer. **Argumentum**, [S. l.], v. 10, n. 1, p. 6–23, 2018. DOI: 10.18315/argumentum.v10i1.19139.

BRAVO. M. I. S., **Serviço Social e Reforma Sanitária: Lutas Sociais e Práticas Profissionais**. - 2. Ed. – São Paulo, Cortez, 2011.

SCOREL, S. **Reviravolta na Saúde: origem e articulação do movimento sanitário**. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 1999.

FREIRE, L.M.B. *Movimentos sociais e controle social em saúde do trabalhador: inflexões, dissensos e assessoria do Serviço Social*. **Serviço Social & Sociedade** [online]. 2010, n. 102 [Acessado 30 Novembro 2021], pp. 289-313.

KREIN, J. D. O desmonte dos direitos, as novas configurações do trabalho e o esvaziamento da ação coletiva: consequências da reforma trabalhista. **Tempo Social**, São Paulo, v. 30, n. 1, p. 77-104, jan./abr. 2018.

LACAZ, F.A.C. Continuam a adoecer e morrer os trabalhadores: as relações, entraves e desafios para o campo Saúde do Trabalhador. *Rev. bras. saúde ocup.*, São Paulo, v. 41, e 13, 2016.

LACAZ, F.A.C. Antonio de Castro et al. Movimento da Reforma Sanitária e Movimento Sindical da Saúde do Trabalhador: um desencontro indesejado. **Saúde em Debate** [online]. 2019, v. 43, n. spe8 [Acessado 25 Novembro 2021] , pp. 120-132.

LACAZ, F.A.C. Reforma Sanitária e saúde do trabalhador. **Saúde e Sociedade** [online]. 1994, v. 3, n. 1 [Acessado 24 Novembro 2021], pp. 41-59.

MINAYO-GOMEZ, C. & Thendim-Costa, S. M. (1997) A construção do Campo da Saúde do Trabalhador: percursos e dilemas. In **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 13 (supl. 2): 21-32.

OLIVEIRA, D.L.; MATOS, M.C.; SOUZA, R.O. **Desestruturação de direitos em tempos da pandemia de COVID-19 seus efeitos na política de saúde e para o trabalho no setor**. In MAURIEL, A. P. O.; KILDUFF, F.; SILVA, M.M. da; LIMA, R.S. (ORG). Crise, ultraneoliberalismo e desestruturação de direitos. Uberlândia: Navegando publicações, 2021

RIBEIRO, F. S. N.; LEÃO, L.H.C; COUTINHO, S.R.A. *Saúde do Trabalhador no Brasil nos anos 1990 e 2000, do período da audácia ao desbrío*. **EM PAUTA**, Rio de Janeiro – 2º Semestre de 2013 – n. 32, vol. 11, p. 39-63. Revista da Faculdade de Serviço Social da Universidade do estado do Rio de Janeiro.

SOUTO MAIOR, J.; SEVERO, V. S. **Os 201 ataques da ‘reforma’ aos trabalhadores**. *Blog Jorge Luiz Souto Maior*. 08 maio 2017.

SANTOS, L. Saúde do trabalhador e o Sistema Único de Saúde: conflito de competência: União, estados e municípios: interface, Ministério do Trabalho e Emprego, Ministério da Saúde e Ministério da Previdência e Assistência Social. **Revista de Direito do Trabalho**, São Paulo, v. 26, n. 99, p. 114-156, jul./set. 2000.

TAMBELLINI, A. T. **Avanços na formulação de uma Política Nacional de Saúde no Brasil: as atividades subordinadas à área das relações produção e saúde**. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE DOS TRABALHADORES, 1., 1986, Brasília, DF. Anais. Rio de Janeiro: Cesteh/Ensp/Fiocruz, 1988. Mimeografado.

TEIXEIRA, S. M. F.; MENDONÇA, M. H. **Reformas Sanitárias na Itália e no Brasil: Comparações**. In TEIXEIRA, S. M. F.(org.) Reforma Sanitária em busca de uma teoria. 3. Ed, São Paulo: Cortez, 2006.

VASCONCELLOS, L. C. F. **Saúde. Trabalho e desenvolvimento Sustentável: apontamentos para uma política de Estado**. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ, 2007. Tese de Doutorado.

VASCONCELLOS, L.C.F; LEÃO, L.H.C. *Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast): reflexões sobre a estrutura da rede*. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 20, n. 1, p. 85-100, jan./mar. 2011.