

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA  
SERGIO AROUCA  
ENSP

***“Análise da Trajetória do Controle Social em Saúde do Trabalhador no Estado do Rio de Janeiro”***

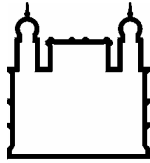
*por*

***Kelly Cristina Freitas da Costa***

*Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de Mestre em Ciências na área de Saúde Pública.*

*Orientador principal: Prof. Dr. Carlos Minayo Gomez*

*Rio de Janeiro, julho de 2009.*



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA  
SERGIO AROUCA  
ENSP

*Esta dissertação, intitulada*

***“Análise da Trajetória do Controle Social em Saúde do Trabalhador no Estado do Rio de Janeiro”***

*apresentada por*

***Kelly Cristina Freitas da Costa***

*foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:*

Prof. Dr. Paulo Gilvane Lopes Pena

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Simone Oliveira

Prof. Dr. Carlos Minayo Gomez – Orientador

*Dissertação defendida e aprovada em 24 de julho de 2009.*

Catálogo na fonte  
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica  
Biblioteca de Saúde Pública

C837 Costa, Kelly Cristina Freitas da  
Análise da trajetória do controle social em saúde do trabalhador no  
Estado do Rio de Janeiro. / Kelly Cristina Freitas da Costa. Rio de  
Janeiro: s.n., 2009.  
62 f.

Orientador: Minayo Gómez, Carlos  
Dissertação (mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio  
Arouca, Rio de Janeiro, 2009

1. Saúde do Trabalhador. 2. Conselhos de Saúde. 3. Vigilância em  
Saúde do Trabalhador. 4. Políticas de Controle Social. I. Título.

CDD - 22.ed. – 363.11098153

Ao Prof. Carlos Minayo,  
que é parte dessa história.

## AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço ao prof. Carlos Minayo pela total dedicação, paciência e cumplicidade na realização desse trabalho. Sinto-me honrada de ter partilhado momentos de grande aprendizado com ele, sujeito referência em saúde do trabalhador.

À prof<sup>a</sup>. Carmem Marinho pelas críticas e sugestões valiosas para o desenvolvimento desse estudo e, especialmente, agradeço em nome da minha turma por todo o carinho e atenção dedicados durante as aulas da disciplina de Seminários Avançados 1.

Às prof<sup>as</sup> Ana Braga e Élide Hennington pela convivência saudável e questionamentos importantes que auxiliaram no nosso impulso acadêmico durante as agradáveis aulas de Seminários Avançados 2.

Aos demais professores, pesquisadores e funcionários do programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da ENSP, em particular, ao grupo do Centro de Estudos de Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana, sou grata pelo apoio no meu cotidiano de pesquisa e aprendizagem.

Aos colegas de turma pelos bons momentos. À querida Christiane Spitz, reconheço que foi minha irmãzinha de coração nessa caminhada acadêmica.

À gestora do Programa de Saúde do Trabalhador do Estado do Rio de Janeiro, Lise Barros, e à sua equipe, pela acolhida durante as visitas de campo para análise documental, particularmente, pelo zelo da Natália.

Aos demais gestores do PST/RJ, pela determinação em levar adiante projetos e propostas para conquistas na área da saúde do trabalhador. Pela total disponibilidade e empenho com que foram realizadas as entrevistas. Certamente, revelaram-se momentos de muitas boas lembranças dos tempos de atuação do CONSEST/RJ.

Aos companheiros Salvador e Odilon, pela delicadeza com que encaminharam os nossos encontros, períodos muito agradáveis de reflexão.

À minha família, meu marido Leonardo e meus filhos Lucas e Maria Luísa pelo apoio incondicional e paciência nos momentos de ausência.

***“O caminho mais certo de vencer é  
Tentar mais uma vez!”  
Tomas Edson***

## RESUMO

No presente estudo foi realizada uma análise da atuação do controle social em saúde do trabalhador no Estado do Rio de Janeiro, sobretudo, a partir da sua participação no Conselho Estadual de Saúde do Trabalhador. Reconstituiu-se a trajetória e as experiências consideradas mais significativas desse conselho, enquanto estratégia facilitadora da gestão democrática na definição e desenvolvimento das políticas de saúde do trabalhador no Estado. Coletaram-se informações nos registros e documentos existentes na Secretaria de Estado de Saúde a esse respeito e foram realizadas entrevistas com os gestores do Programa de Saúde do Trabalhador desse período e com alguns representantes do movimento sindical que participaram do Conselho. Na análise dessas informações constataram-se algumas particularidades dessa instância, cuja criação foi produto da mobilização de diversos profissionais de saúde, pesquisadores, técnicos de instituições públicas e representações sindicais mais combativas do estado na perspectiva de encontrar respostas para os problemas da área. A articulação desses atores sociais, diante de uma conjuntura política favorável, possibilitou progressos importantes em termos de melhoria das condições de trabalho, de implantação de mudanças tecnológicas nas empresas e avanços na legislação em setores como os da indústria naval, química, petroquímica, siderúrgica e metalúrgica. Conclui-se que o Conselho Estadual de Saúde do Trabalhador do Estado do Rio de Janeiro representou experiência marcante como referência nacional de participação social no planejamento, gestão e desenvolvimento de políticas públicas de saúde do trabalhador.

Palavras – chave: Saúde do Trabalhador, Conselhos de Saúde, Controle Social, Vigilância em Saúde do Trabalhador.

## ABSTRACT

In the present study, the social control role at worker's health in Rio de Janeiro was analyzed, above all, from his participation in the Worker's Health County Council. The trajectory and the experiences regarded as more significant of this council were reconstituted, and considered as strategy facilitator of the democratic management in the definition and development of the Worker's Health policies in the county. Information was collected in the records and documents existing in the Health State Bureau relating to the council procedures and interviews were performed with managers of the Worker's Health Program and some syndicate actors who take part of the council. In the analysis of that information, there were some particularities of this institution, whose foundation was the product of the mobilization of various health professionals, researches, technicians of public institutions and syndicates representations more combative of the county in the perspective to search for solutions to problems of the area. The articulation of these social actors, in face of a favorable political conjuncture, enabled important progresses in terms of improvement of working conditions, implementation of technological changes in companies and advances in legislation in sectors such as shipbuilding, chemical, petrochemical, steel mill and metallurgy. We conclude that the Worker's Health County Council of Rio de Janeiro State was a remarkable experience as a national reference of the social participation in the planning, management and development of public policies in worker's health.

**KEYWORDS:** Worker's Health, Health Councils, Social Control, Worker's Health Surveillance.



## SUMÁRIO

<b>Introdução</b>	<b>1</b>
<b>Capítulo 1: O controle social e suas vertentes</b>	
<b>1.1 - O controle social</b>	<b>3</b>
<b>1.2 - O controle social na saúde</b>	<b>5</b>
<b>1.3 - Breve histórico do controle social em saúde do trabalhador</b>	<b>8</b>
<b>Capítulo 2: A experiência do Programa de Saúde do Trabalhador do Estado do Rio de Janeiro</b>	
<b>2.1 - Objetivos e Metodologia</b>	<b>14</b>
<b>2.2 - O controle social em saúde do trabalhador no estado do Rio de Janeiro</b>	<b>17</b>
<b>2.3 - Instituição do CONSEST/RJ</b>	<b>19</b>
<b>2.3.1 - A participação do movimento sindical no CONSEST</b>	<b>22</b>
<b>2.3.2 - Vigilância em Saúde do Trabalhador: uma nova vigilância</b>	<b>25</b>
<b>2.3.3 - As Câmaras Técnicas</b>	<b>28</b>
<b>2.3.4 - Atuação Intersetorial</b>	<b>30</b>
<b>Capítulo 3: Contribuições para a saúde do trabalhador</b>	
<b>3.1 - Ações mais significativas do CONSEST</b>	<b>36</b>
<b>3.1.1 - O caso da indústria naval</b>	<b>37</b>
<b>3.1.2 - Indústrias químicas e petroquímicas</b>	<b>41</b>
<b>3.1.3 - Setor de siderurgia</b>	<b>47</b>
<b>3.1.4 - Setor de metalurgia</b>	<b>50</b>
<b>3.1.5 - Indústrias de cimento</b>	<b>51</b>
<b>3.1.6 - A problemática do amianto</b>	<b>52</b>
<b>3.1.7 - Setor terciário</b>	<b>54</b>
<b>3.1.8 - Setor rural</b>	<b>55</b>
<b>3.2 - O declínio da atuação do CONSEST</b>	<b>56</b>
<b>Capítulo 4: Considerações Finais</b>	<b>57</b>
<b>Referências Bibliográficas</b>	<b>59</b>
<b>Anexos</b>	<b>63</b>

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ALERJ	Assembléia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro
CEDAE	Companhia Estadual de Águas e Esgoto
CENPES	Centro de Estudos e Pesquisas da Petrobrás
CEREST	Centros de Referência Regional em Saúde do Trabalhador
CESTEH	Centro de Estudos da Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana
CF	Constituição Federal
CIPA	Comissão Interna de Prevenção de Acidentes
CISAT	Comissão Intersindical de Saúde e Trabalho
CIST	Comissões Intersetoriais em Saúde do Trabalhador
CMB	Casa da Moeda do Brasil
CNST	Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador
CONSEST	Conselho Estadual de Saúde do Trabalhador
COPPE	Instituto de Pesquisa em Engenharia
COSIPA	Companhia Siderúrgica de São Paulo
COSAT	Coordenação de Saúde do Trabalhador
CRST	Centros de Referência em Saúde do Trabalhador
CSN	Companhia Siderúrgica Nacional
CT	Câmaras Técnicas
CTEPO	Câmara Técnica Estadual de Pneumopatias Ocupacionais
CTIN	Câmara técnica da indústria naval
CUT	Central Única dos Trabalhadores
DIESAT	Departamento Intersindical de Saúde e Ambientes de Trabalho
DRT	Delegacia Regional do Trabalho
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública
FEEMA	Fundação Estadual de Engenharia e Meio Ambiente
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
INSS	Instituto Nacional da Seguridade Social
INST	Instituto Nacional de Saúde no Trabalho
LOS	Lei Orgânica da Saúde
MPS	Ministério da Previdência Social
MP	Ministério Público

MS	Ministério da Saúde
MT	Ministério do Trabalho
NR	Norma Regulamentadora
PST	Programas de Saúde do Trabalhador
RENAST	Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador no SUS
SAT	Seguro Acidente de Trabalho
SES	Secretaria de Estado de Saúde
SETRAS	Secretaria de Trabalho e Ação Social
SINAVAL	Sindicato Nacional da Indústria da construção e reparo naval
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
ST	Saúde do Trabalhador
SUS	Sistema Único de Saúde
TAC	Termo de Ajustamento de Conduta
UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro
UFSCar	Universidade Federal de São Carlos
USP	Universidade de São Paulo
VST	Vigilância em Saúde do Trabalhador

## Introdução

A minha história com a área de saúde do trabalhador teve início quando cursei a especialização em Odontologia do Trabalho no ano de 2005. Foi curioso que, diante de todas as abordagens teóricas referentes ao modo de desenvolver e apresentar um programa às empresas de reabilitação e prevenção da saúde bucal dos trabalhadores relacionadas aos processos de trabalho, fui me interessar - já no final do curso - pela única matéria que tratava de políticas de saúde do trabalhador. O professor da disciplina, Dr. Jorge Teixeira, um médico do trabalho, me apresentou à Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador no SUS - RENAST, recém criada, numa perspectiva bastante positiva de avanços para a área. Nesses encontros, trouxe um texto base de referência, de Minayo e Lacaz, recém publicado, para que me familiarizasse com a temática. O meu interesse súbito me levou a buscar outros textos e tentar o mestrado na ENSP na subárea saúde, trabalho e ambiente, de onde me apresento. A minha maior surpresa foi ter o prof. Minayo como orientador, justamente aquele autor que me aproximou para as questões da área, trazendo um olhar diferenciado para os problemas que envolvem a saúde no trabalho. De todos os bons momentos do mestrado, certamente sentirei muita falta dos nossos encontros de orientação.

Meu interesse em políticas de saúde do trabalhador foi decisivo para despertar uma motivação e maior aproximação com o tema dessa dissertação em que analiso a trajetória do controle social em saúde do trabalhador no estado do Rio de Janeiro. Considero relevante a proposta, especialmente pelo fato de existirem muito poucos estudos que abordam essa temática fundamental na área da saúde do trabalhador. Assim, pretendi dar uma pequena contribuição para o avanço da reflexão sobre essas questões.

O presente estudo é constituído de quatro capítulos, entre eles:

O primeiro capítulo tem por objetivo apresentar algumas concepções de controle social, para, com isso, introduzir o debate sobre o controle social na área da saúde, destacando a proposta dos Conselhos e Conferências de Saúde, instituídos por lei Federal. Além dessas instâncias, descrevemos a proposta dos conselhos gestores de unidade, estruturados de acordo com as especificidades locais. A seguir, apresentamos um breve histórico do controle social na área de saúde do trabalhador, apontando as Conferências Nacionais de Saúde do Trabalhador e algumas estratégias de atuação que representaram importantes mecanismos para promover e desencadear ações de controle social na área.

O capítulo 2 traz inicialmente os objetivos e o caminho metodológico do estudo. Em seguida, trataremos especificadamente da experiência da participação social no Programa de Saúde do Trabalhador do estado do Rio de Janeiro, através da atuação do Conselho Estadual de Saúde do Trabalhador – CONSEST/RJ, norteador deste estudo. A contribuição dos trabalhadores na gestão das políticas e no desenvolvimento de estratégias para o campo adquiriu particularidades que serão destacadas nesse capítulo.

O capítulo 3 aborda as principais atuações do CONSEST, descritas, sobretudo, a partir da análise dos registros e documentos existentes nos arquivos do Programa de Saúde do Trabalhador - PST/RJ durante a pesquisa de campo. Destacamos as ações que aparecem nos documentos como mais significativas, aquelas que possibilitaram progressos importantes para a área de saúde do trabalhador no estado, particularmente pelas respostas que trouxeram em termos de melhoria nas condições de trabalho, de implantação de mudanças tecnológicas e avanços nas legislações trabalhista e previdenciária. Encontram-se, entre elas, as realizadas na indústria naval, química e petroquímica, nos setores de siderurgia e metalurgia. Por fim, destacamos o declínio gradativo de suas atividades.

Após o terceiro capítulo encerraremos o estudo com algumas considerações finais, na perspectiva de contribuir para a reflexão com relação às questões que envolvem o controle social em saúde do trabalhador, suscitando alguns debates e questionamentos que se complementam e configuram-se diante de uma complexa realidade nas relações entre a saúde e o trabalho.

# CAPITULO 1

## O controle social e suas vertentes

### 1 - O controle social

A participação da sociedade nas instâncias decisórias de poder do Estado é antiga, visto que a idéia de uma sociedade organizada em “corpos orgânicos”, funcionais ao Estado, foi preocupação de pensadores não só como Hegel e Durkheim, mas também da Igreja Católica quando passou a prescrever a incorporação dos “corpos intermediários” da sociedade às instâncias do governo, como uma forma de controlar o conflito social <sup>1</sup>.

Segundo Carvalho <sup>2</sup>, as relações entre Estado-sociedade podem estar referidas tanto como participação quanto como controle social. A noção de participação acumula uma longa tradição no campo das políticas de saúde e da organização dos serviços. Já controle social é uma expressão de uso recente e corresponde a uma compreensão moderna da relação entre Estado-sociedade. Ambos os conceitos devem ser compreendidos de acordo com os distintos contextos sócio-economicos-culturais onde se inseriram.

A noção do controle social foi historicamente compreendida como controle do Estado sobre a sociedade e assim quase sempre é utilizada na sociologia caracterizando um “conjunto dos recursos materiais e simbólicos de que o Estado dispõe para conter as forças e tendências desagregadoras presentes na sociedade em estado “natural”, assegurando a conformidade do comportamento de seus membros a um conjunto de regras e princípios prescritos e sancionados pelo Estado.” O controle social é assim entendido como uma limitação do agir individual sobre o coletivo <sup>3</sup>.

Nesse sentido, Carvalho <sup>2</sup> aponta que desenvolveu-se um conjunto de iniciativas estatais, em geral chamadas “policies”, com a finalidade de implantar e operar uma série de medidas e posturas consideradas necessárias para manter o poder do Estado exercendo o controle social sobre os indivíduos e grupos excluídos de forma que a sociedade em seu conjunto pudesse servi-lo melhor .

No campo sanitário, as primeiras intervenções estatais foram no sentido do fortalecimento do próprio Estado, na medida em que o cuidado sanitário era tido como meio de aumentar a população e conseqüentemente o poder estatal.

No Brasil, durante o período da ditadura militar, este controle foi exercido exclusivamente pelo Estado sobre a sociedade civil, por meio de decretos, atos institucionais e de repressão a reações por parte da população. No período de

democratização do país, momento de efervescência política, especialmente na segunda metade da década de 80, o debate sobre a participação social voltou à cena, porém com um novo enfoque: o de controle da sociedade civil sobre o Estado. Esse controle era dirigido de forma a transformar o Estado, superando seu caráter autoritário e socialmente excludente. De acordo com Carvalho <sup>2</sup>, esta idéia de controle social é marcada por dois eixos: a dura realidade da exclusão social e o caráter clientelista e privatizado do Estado-como se este tivesse que ser constantemente vigiado das suas práticas habituais. Assim, surge o forte sentido fiscalizatório que a idéia de controle social assumiu no país.

A categoria central deixa de ser a comunidade ou povo e passa a ser a sociedade em geral. Isto, pois, a participação desejada não é mais a de grupos excluídos por disfunção do sistema (comunidades) nem a de grupos excluídos pela lógica do sistema (povo marginalizado), mas sim a participação de um conjunto de indivíduos e grupos sociais, cuja diversidade de interesses e projetos integra a cidadania e disputa com igual legitimidade espaço e atenção do poder estatal <sup>2</sup>.

É nesta lógica que nasce um novo significado para a compreensão de controle social: a atuação de setores organizados da sociedade na elaboração e gestão das políticas públicas, visando um controle que atenda às suas demandas, orientando as ações e os gastos estatais em favor dos interesses coletivos. Essas políticas surgem como meio de amenizar o conflito social de forma que incorporem diversos interesses organizados, reconhecidos e levados ao Estado pelas esferas de decisão que sejam produto de negociações e consenso entre os atores envolvidos <sup>2</sup>.

Nesse pensamento, as políticas públicas surgem como resultado de um demorado e intrincado processo participativo que abrange interesses divergentes, confrontos e negociações entre diversos atores e setores envolvidos. De acordo com esse raciocínio, as políticas de saúde nascem a partir de um processo de conflitos e negociações entre a arena pública, profissionais de saúde, sindicatos, grupos de interesse e organizações da sociedade civil <sup>4</sup>.

## 2 - O controle social na saúde

No Brasil, a participação social nas políticas de saúde foi concebida na perspectiva do exercício do controle social pelos setores organizados da sociedade tanto para suas

formulações, planos, programas, projetos, acompanhamento de sua execução e até para a definição da locação de recursos para que atendam aos interesses da coletividade<sup>5</sup>.

Barros<sup>6</sup> trata o controle social sobre a ação estatal na perspectiva da democratização dos processos decisórios visando a construção da cidadania. A autora afirma que a concepção de gestão pública do SUS é essencialmente democrática, devendo ser submetida ao controle da sociedade.

Para Amélia Cohn<sup>7</sup>, o conceito de controle social refere-se “*ao conjunto dos recursos materiais e simbólicos de uma sociedade para assegurar exatamente a conformidade do comportamento de seus membros a um conjunto de regras e princípios prescritos e aprovados pela própria sociedade*”. A autora aponta que o termo controle social vem sendo utilizado para designar a participação da sociedade prevista na legislação do SUS e seu exercício caberia aos conselhos de saúde por meio da deliberação “sobre a definição das políticas de saúde a serem implementadas bem como o monitoramento de sua implementação”.

Bravo<sup>8</sup>, partindo do aspecto legal, afirma que o sentido do controle social na constituição de 1988 “é o da participação da população na elaboração, implementação e fiscalização das políticas sociais.” A autora considera os conselhos de saúde “como inovações da gestão das políticas sociais ao estabelecer novas bases de relação sociedade-Estado, com a introdução de novos sujeitos políticos na construção da esfera pública democrática” e inscreve o controle social no processo de democratização do Estado por meio da participação na gestão das políticas públicas, sendo os conselhos espaços de tensão entre interesses contraditórios.

A partir da experiência dos Conselhos Populares da zona leste de São Paulo, surge o movimento popular de saúde inicialmente com um caráter de “autonomismo e independência popular.” O movimento popular de saúde da zona leste de São Paulo inicia-se na época em que a periferia paulista sente o efeito do descaso com o setor saúde e juntamente com o rápido crescimento populacional<sup>9</sup>.

Ainda sobre o regime autoritário, nasce o movimento da reforma sanitária, articulado ao Centro Brasileiro dos Estudos de Saúde (CEBES). Este movimento reuniu profissionais, intelectuais e lideranças políticas na área da saúde, vindo na sua maioria, do partido comunista brasileiro, que, inspirado na reforma sanitária italiana, buscava a transformação do setor saúde, pressupondo a democratização da sociedade e representando um foco de oposição ao regime militar<sup>10</sup>.

Neste período, diante do quadro caótico instalado, o movimento da reforma sanitária passa a formular alternativas à política de saúde, e neste processo, tem a adesão



de sindicalistas de várias categorias, parlamentares, movimentos comunitários e associativos<sup>9</sup>.

Assim, o longo processo de lutas sociais, exacerbadas no período da ditadura militar, consagrou movimentos sociais, intelectuais e partidos de esquerda na luta contra a ditadura visando à transformação do modelo “médico-assistencial-privatista”<sup>10</sup> para um sistema nacional de saúde universal, participativo e descentralizado, culminado na criação do Sistema Único de Saúde (SUS) na nova Carta Constitucional de 1988<sup>11, 12</sup>.

O SUS, enquanto modelo para o desenvolvimento das ações de saúde no país, se organiza em torno da descentralização, desconcentração de poder e de democratização, tanto das suas estruturas quanto das práticas setoriais. No seu artigo nº 198, a participação da comunidade integra uma de suas três diretrizes<sup>12</sup>.

A institucionalização da Lei Federal nº8080/90<sup>13</sup>, que criou o SUS, aponta a saúde como o setor social mais sintonizado com o ideário democrático, no que diz respeito à possibilidade de participação popular e descentralização e desconcentração de poder. Instâncias de controle social em todos os níveis - federais, estaduais, municipais, distritais - são esferas setoriais de poder popular com grande potencial de aplicabilidade, sob a tutela da Lei. O SUS nos últimos anos representou um enorme avanço no acesso às ações de atenção à saúde bem como na participação da comunidade na sua gestão, por meio das instâncias legais de controle social.

O controle social no setor Saúde representa uma novidade ao estabelecer uma relação entre o Estado e a sociedade por meio de novos sujeitos políticos, representados pelos Conselhos e as Conferências, instâncias colegiadas reconhecidas institucionalmente, regulamentadas pela Lei Federal nº 8.142/90<sup>2,14</sup>.

As Conferências de Saúde têm caráter propositivo e objetivam avaliar a situação de saúde no país e propor diretrizes em cada esfera de governo. Elas são compostas por representação de vários segmentos sociais. Suas deliberações devem ser entendidas como norteadoras da implantação da política de saúde. Já os Conselhos possuem caráter permanente e deliberativo, devendo atuar na aprovação das diretrizes e no controle da execução destas políticas, incluindo seus aspectos econômicos e financeiros<sup>2</sup>.

Os conselhos de saúde integram uma estrutura de gestão democrática que propicia o exercício da democratização na relação entre Estado e sociedade, através da intervenção da sociedade civil nas decisões governamentais, com vistas à socialização da política e do poder. Porém, estes não são únicos e restritos espaços de ação para o exercício do controle social, apesar de serem espaços fundamentais, especialmente porque são amparados por lei. Existem outros mecanismos que, se acionados,

contribuem como espaços de controle social tais como: o Ministério Público, os órgãos de defesa do consumidor. Estas instâncias podem ser parceiras na luta pelo fortalecimento da participação popular nas políticas sociais <sup>15</sup>.

Os Conselhos de Saúde foram criados nos três níveis de governo: federal, estadual e municipal. Em termos de representatividade, eles têm garantida a paridade entre os seus componentes: 50% para usuários do SUS, 25% para profissionais de saúde e 25% restantes para gestores e prestadores de serviços. Os Conselhos são regidos por igual número de representantes do Estado e de segmentos da sociedade organizada que possuam vínculos ou ligação com a Saúde <sup>2</sup>.

Os Conselhos são considerados arenas de tensionamento entre os diversos interesses que estão em pauta, pois abrangem expectativas, demandas e comportamentos de todos os atores envolvidos. Devem ser vistos enquanto lócus do pensar político como espaço de divergências e conflitos. Segundo Pereira <sup>16</sup>, são constituídos por instituições representadas por pessoas que não falam por si, mas pelos sujeitos coletivos que os representam, devendo socializar no âmbito das suas respectivas instituições as questões tratadas nestes espaços. Portanto, na prática, torna-se uma questão polêmica, pois tais Conselhos podem funcionar tanto como instrumentos de democratização e participação, como de cooptação e legitimação do poder estatal.

A democratização política e descentralização das políticas sociais brasileiras ofereceram oportunidades para inúmeras experiências de participação popular em arenas públicas de decisão das políticas de saúde. Atualmente existem aproximadamente 5537 conselhos de saúde atingindo quase a totalidade dos municípios brasileiros (5570) e envolvendo cerca de 86.414 conselheiros, novos sujeitos políticos na arena de decisão pública em saúde <sup>5</sup>. Daí, surge a importância de qualificar o controle social enquanto prática e representação dos movimentos sociais nas políticas de saúde do estado.

A proposta dos conselhos gestores de unidade, insere-se no contexto de constituição de um novo modelo de assistência à saúde, que vem em contraposição a um modelo marcado pela rigidez, pelo tecnicismo e o autoritarismo, guiados pela centralização do poder. Na construção desse novo modelo, a importância dos atores sociais envolvidos com as questões da saúde em nível regional merece destaque e o conceito de território adquire importância, não na compreensão de um espaço naturalizado e acabado, mas sim na concepção de um território marcado por conflitos, interesses contraditórios e expectativas diversas. O território em si se designa como um espaço econômico, político, cultural e epidemiológico <sup>17</sup>.

Nesse contexto, a proposta ideal cerca a redefinição das práticas de saúde e a organização dos serviços estruturados em consonância com a especificidade e o conhecimento da realidade local – tanto no referente ao quadro epidemiológico quanto à configuração dos sujeitos políticos, sem, no entanto, se descolar do contexto mais amplo. O planejamento das ações sanitárias deve ocorrer no nível local, contribuindo para o desenvolvimento de sujeitos criativos capazes de uma leitura político-técnica da situação da saúde - descrever, compreender, explicar e propor intervenções e avaliar resultados, numa relação horizontalizada entre os diversos sujeitos sociais (direção da unidade, profissionais de saúde e usuários), através da construção de um espaço onde as diferenças ao nível do saber, colocam as questões da saúde num patamar de discussão mais democratizado <sup>17</sup>.

### 3 - Breve histórico do controle social em saúde do trabalhador

No Brasil, o movimento da saúde do trabalhador se desenha no final dos anos 70, tendo como eixos: a defesa do direito ao trabalho digno e saudável; a participação dos trabalhadores nas propostas de políticas e decisões sobre a organização e gestão dos processos produtivos e a busca da garantia de atenção integral à saúde do trabalhador através de ações de promoção, assistência e vigilância. Desde então, o esforço conjunto para o desenvolvimento de ações integradas, vem contribuindo para a instituição da saúde do trabalhador no país <sup>18</sup>.

Essa perspectiva de atuação, ao estabelecer uma rede de relações - por meio da articulação entre os diversos atores comprometidos com o campo, tais como: representações sindicais, universidades, instituições públicas, profissionais de saúde, técnicos - propiciam a construção de um conjunto de saberes e práticas interdisciplinares que definem o caráter multiprofissional da saúde do trabalhador<sup>19</sup>.

A mobilização e interlocução desses atores sociais tornou-se fundamental para viabilizar as práticas nesta área e, dessa forma, foi decisiva para a organização das Conferências de Saúde do Trabalhador. A 1ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, realizada em dezembro de 1986, resultou das deliberações da 8ª Conferência Nacional de Saúde, em março do mesmo ano. A discussão das diversas experiências já ocorridas na rede pública de saúde em alguns estados que adotavam os princípios e diretrizes posteriormente incorporados pelo SUS, como a participação e o

controle social, reconheciam a importância da criação de um sistema de saúde que valorizasse a promoção, proteção e recuperação da saúde dos trabalhadores <sup>20</sup>.

A afirmação desses movimentos sociais no campo da saúde do trabalhador acontece com a realização da 2ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, em março de 1994, que mobilizou e reuniu diversos atores, setores governamentais e representações sindicais em torno do tema: “Construindo uma política de saúde do trabalhador”. Segundo Lacaz <sup>21</sup>, a tensão entre os órgãos do setor Saúde, Trabalho e Previdência marcou a trajetória entre a 1ª e a 2ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, pois estes últimos divergiam em relação à proposta do SUS de intervir nos ambientes de trabalho. Dessa forma, a 2ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador declarou a necessidade do envolvimento de uma política integrada de governo que favorecesse a intersetorialidade das ações, além de discutir mecanismos de efetivação do controle social <sup>22</sup>.

Já, na 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, realizada em dezembro de 2005, a questão do controle social adquiriu papel fundamental, pois constituiu um dos três eixos temáticos que nortearam as discussões, na proposta de: “Como efetivar e ampliar o controle social em saúde do trabalhador?”. Essa conferência reiterou a importância dos Conselhos de Saúde e das Comissões Intersetoriais em Saúde do Trabalhador/CIST como canais legalmente constituídos de acesso e participação da população na gestão pública e reconheceu que a revitalização e fortalecimento destas instâncias mediante a qualificação dos seus componentes na formulação, planejamento e avaliação das políticas, deve ser uma preocupação constante dos atores envolvidos com a sua representatividade. Foi convocada em conjunto pelos Ministérios da Saúde, da Previdência e do Trabalho, apontando caminhos para a discussão de uma atuação mais integrada que supere as resistências institucionais no sentido da efetivação de uma política nacional para o campo <sup>23</sup>.

Do ponto de vista legal, a saúde do trabalhador passa a ter nova definição e novo delineamento institucional a partir da promulgação da nova Constituição Federal de 1988 e com a instituição do Sistema Único de Saúde (SUS) e sua incorporação enquanto área de competência própria da saúde. Tal resultado, advindo de um processo constituinte com marcada participação dos movimentos sociais e representações sindicais, permitiu aos estados e municípios acompanhar essas modificações na perspectiva de uma atenção integral à saúde do trabalhador e do fortalecimento e consolidação das ações para a área <sup>23</sup>.

As táticas de atuação e interlocução por parte dos trabalhadores estão efetivamente relacionadas ao seu grau de organização, à sua capacidade de luta e de definição de prioridades, além da possibilidade da articulação com outros segmentos da sociedade envolvidos como instituições de pesquisa e órgãos governamentais responsáveis por estas questões <sup>24</sup>.

Segundo Mendes e Dias <sup>25</sup>, a saúde do trabalhador pode ser diferenciada enquanto processo saúde e doença dos grupos humanos em sua relação com o trabalho. Assim, “os trabalhadores buscam ser reconhecidos em seu saber, questionam as alterações no processo de trabalho, particularmente a adoção de novas tecnologias, exercitam o direito à informação e a recusa ao trabalho perigoso ou arriscado à saúde”. As atuais concepções e práticas acerca da saúde são resultados de processos históricos que moldam as políticas de atenção à saúde do trabalhador.

Do ponto de vista da estruturação de estratégias para fortalecimento do campo, no início dos anos 1980, a motivação e contribuição dos trabalhadores com as questões relativas à saúde no trabalho na perspectiva de que viabilizassem a gestão participativa e o controle social nas ações de saúde, já vinham sendo balizadas em alguns estados e em diversos níveis <sup>20</sup>.

Um importante passo nesse sentido se deu com a mobilização de alguns setores do movimento sindical (metalúrgicos, químicos, petroquímicos) ao exigir da rede de serviços de saúde pública um envolvimento com as questões de saúde relacionadas ao trabalho originando, com o apoio de dezenas de sindicatos de trabalhadores espalhados pelo Brasil, o Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde e dos Ambientes de Trabalho - DIESAT. Este departamento, de atuação nacional, teve importante papel na disseminação do processo social de luta por melhores condições de vida e saúde no trabalho. Buscou também o rompimento com o assistencialismo médico existente nos sindicatos, teimosa herança do Estado Novo, numa perspectiva de superá-lo e colocando claramente que tal papel caberia à rede pública de saúde <sup>26</sup>.

No ano de 1984 a assessoria técnica do DIESAT junto ao Sindicato dos Trabalhadores Químicos e Petroquímicos do ABC paulista propôs à Secretaria de Estado da Saúde o projeto do Programa de Saúde do Trabalhador Químico do ABC, primeira experiência com importante participação sindical em sua gestão. Este envolvimento concretizou-se nos Programas de Saúde do Trabalhador/PSTs, planejados a partir de 1984 pela Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo e implantados em algumas regiões do estado a partir de 1985, como resposta à demanda do movimento

sindical. Sintomaticamente recebem o nome de Saúde do Trabalhador e não Saúde Ocupacional, em função dos pressupostos de sua prática discursiva <sup>21</sup>.

Assim, os Programas de Saúde do Trabalhador da rede de saúde pública por terem sido originados como um dos resultados da ação do movimento sindical tiveram as suas ações iniciadas a partir de premissas que resultaram do acúmulo do conhecimento anteriormente produzido pelo próprio movimento, com a assessoria do DIESAT. Estabeleceram como foco de suas intervenções a atuação e experiência vivenciada pelos trabalhadores, considerando-os sujeitos fundamentais das ações de saúde <sup>21</sup>.

Os PSTs, com clara abordagem da saúde pública, permitiram a organização e estruturação dos serviços de atenção à saúde dos trabalhadores, por meio da articulação entre várias instituições, hospitais universitários, sindicatos, técnicos, profissionais de saúde e outros sujeitos envolvidos com as questões da saúde no trabalho. Essa articulação, apostando em ações inter-institucionais para superar a ineficiência das políticas na proteção à saúde dos trabalhadores na rede pública, espalhou-se por vários estados originando os Serviços de Saúde do Trabalhador, que foram institucionalizados incorporando ações de assistência e vigilância à saúde dos trabalhadores. Desenvolveram-se inicialmente em São Paulo, Rio de Janeiro, Minas Gerais, Bahia e Rio Grande do Sul, com peculiaridades diversas e atuações distintas, de acordo com as características e possibilidades de cada região <sup>27</sup>.

No final dos anos 80 é criado o primeiro órgão de assessoria técnica em saúde no trabalho: o Instituto Nacional de Saúde no Trabalho - INST. Ligado à Central Única dos Trabalhadores-CUT, ocupou importante papel no controle social com relação a estas questões, articulando instâncias sindicais e categorias, por ramo e grupos temáticos sobre os principais agravos à saúde. Este órgão qualificado surgiu como forma de oferecer subsídios e atender as necessidades dos trabalhadores com relação a acidentes, doenças do trabalho e negociações coletivas <sup>21</sup>.

Uma característica marcante de algumas destas experiências reside no seu modelo de composição ao não incorporar a participação de representações patronais delineando uma concepção própria de participação social. Contudo, há uma busca constante de estratégias de diálogo e novas formas negociação com esses setores <sup>28</sup>.

Pode-se dizer que “a experiência sindical e dos Programas de Saúde do Trabalhador em alguns estados demonstram como a mudança das condições de trabalho nas fábricas está diretamente relacionada às pressões dos trabalhadores mais articulados com atuações tecnicamente competentes e eticamente comprometidas das várias instituições envolvidas” <sup>29</sup>.

No entanto, por se caracterizar um espaço de práticas, de competências e de atribuições amplo tendo seu objeto - a saúde do trabalhador e sua relação com o processo de trabalho - necessariamente um objeto complexo, dados aspectos socioculturais, políticos e econômicos de cada região, com interfaces institucionais diversas; há o enfrentamento de embates para a consolidação da área de saúde do trabalhador no SUS <sup>24</sup>.

Diante de algumas experiências e de diversas práticas desenvolvidas relativas à atuação dos trabalhadores com as questões relacionadas à sua saúde, Dias e Hoefel <sup>23</sup>, afirmam que a década de 1990 foi fértil neste sentido, pois expressou um acúmulo de forças sociais na perspectiva da consolidação das ações de saúde do trabalhador no país. Em Campinas e Volta Redonda, por exemplo, após um período de atuação das Comissões Intersetoriais em Saúde do Trabalhador - CISTs, chega-se à regulamentação do Conselho de Saúde do Trabalhador nestes municípios. Em outros estados foram constituídos fóruns de saúde do trabalhador ou plenárias de saúde do trabalhador de forma a agregar e incentivar parcelas da sociedade para discutir políticas do setor em conjunto com outros atores comprometidos com estas questões <sup>28</sup>.

Além das atividades realizadas pelos PSTs e alguns setores sociais que possibilitaram maior visibilidade para o campo, outra experiência relevante no sentido de promover e desencadear ações de controle social neste campo foi a criação dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador – CRSTs, em 1991. Estas instâncias especializadas nuclearam as ações e contribuíram para uma atenção diferenciada à saúde dos trabalhadores, surgindo como reflexo da expressão da sua luta organizada por melhores condições de vida e trabalho <sup>18</sup>. Os CRSTs foram estabelecidos - entre outras funções - na perspectiva de fortalecer o controle social através da contribuição sindical nos conselhos gestores, favorecendo o diálogo com os movimentos sociais; além de facilitar a articulação intersetorial <sup>20</sup>.

Mais recentemente, em 2002, surge uma oportunidade política no Ministério da Saúde que possibilitou a criação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador no SUS - RENAST, através da interlocução entre vários profissionais, técnicos dos CRSTs e setores organizados dos trabalhadores, na tentativa de institucionalizar e fortalecer as ações de saúde do trabalhador no SUS, por meio da Portaria nº1.679/02 <sup>23,30</sup>.

Dessa forma, a área de saúde do trabalhador se diferencia das demais por trazer para seu escopo de atuação a garantia de estruturas de controle social em sua rede, a RENAST. Além do controle direto das ações dos CRSTs, a contribuição efetiva dos

trabalhadores na definição de prioridades, na legitimação e no controle da aplicação dos recursos específicos, viabiliza que as atividades da RENAST sejam condizentes com a realidade local <sup>28</sup> .

A Portaria nº. 2437/05 <sup>31</sup>, criada na perspectiva da ampliação e fortalecimento da RENAST, no seu artigo 5º, define que o controle social para os serviços que compõem a RENAST deve ser estruturado com a organização conjunta dos trabalhadores e empregadores através das Conferências de Saúde e dos Conselhos de Saúde, de acordo com a lei nº. 8142/90 <sup>14</sup>, bem como pelas Comissões Intersetoriais em Saúde do Trabalhador - CISTs, de acordo com a lei 8080/90 <sup>13</sup>. Esta última, no seu artigo 12, definiu a criação de Comissões Intersetoriais de âmbito nacional, subordinadas ao Conselho Nacional de Saúde, integradas pelos Ministérios e órgãos competentes e entidades representativas da sociedade civil, com a finalidade de articular as políticas e programas de interesse para a saúde em algumas áreas, dentre elas a saúde do trabalhador.

A RENAST determina que o planejamento, o acompanhamento e a avaliação do controle social em saúde do trabalhador é atribuição do Conselho de Saúde. Desse modo, as CISTs e as Conferências de Saúde do Trabalhador devem estar vinculadas aos conselhos estaduais e municipais, o que se apresenta como um desafio atual devido a restrita integração entre estas diferentes instâncias além da pouca familiarização do conselho estadual com os conflitos e competências da área, revelando um distanciamento e traduzindo um desconhecimento da sua concepção <sup>23</sup>.

Essa Portaria define que o fortalecimento do controle social é componente essencial do processo de ampliação da RENAST e aponta as CISTs como mais um caminho para a efetivação da participação social no desenvolvimento das políticas para o campo.

Se nos anos 1980 e 1990, os PSTs e os CRSTs contaram com importante atuação dos trabalhadores na gestão destas políticas, atualmente, a fragilidade dos sindicatos representativos das categorias e as mudanças no mundo do trabalho limitaram esta participação, já que as relações informais e precárias de trabalho não são contempladas com as formas clássicas de representação dos trabalhadores <sup>32</sup> .



## **CAPITULO 2**

### **A experiência do Programa de Saúde do Trabalhador do Estado do Rio de Janeiro**

No caso do Rio de Janeiro, a contribuição dos trabalhadores na gestão das políticas e no desenvolvimento de estratégias para o campo adquiriu particularidades que serão destacadas nesse estudo, cujos objetivos descrevemos a seguir.

#### **1- Objetivos e Metodologia**

##### **Objetivo geral**

Analisar a trajetória do controle social em saúde do trabalhador e suas características no Estado do Rio de Janeiro, enquanto estratégia facilitadora da gestão democrática, buscando reconstituir a experiência da participação dos trabalhadores na luta pela sua saúde e sua contribuição para o desenvolvimento e efetividade das políticas de saúde do trabalhador nesse Estado.

##### **Objetivos específicos**

- Efetuar uma reconstituição histórica das principais ações realizadas pelo Conselho Estadual de Saúde do Trabalhador / CONSEST no Estado do Rio de Janeiro.
- Analisar a influência exercida pelos diversos atores sociais e institucionais na definição de estratégias e no desenvolvimento das ações realizadas pelo CONSEST/RJ.
- Avaliar os níveis de articulação intersetorial atingidos para a implantação e efetivação das propostas definidas no CONSEST/RJ.
- Interpretar a origem dos avanços obtidos e das limitações encontradas na implementação das ações.

## ***Metodologia***

Parte-se da compreensão de que o controle social constitui uma inovação na gestão e no fortalecimento das políticas sociais no Brasil. Representa uma via formal democrática de vocalização das demandas, por onde é possível a negociação e pactuação de idéias e práticas entre os atores envolvidos, na medida em que se garanta a legitimidade da representação nesse exercício da participação popular. Na temática da saúde do trabalhador, enquanto campo de intervenção, os trabalhadores são sujeitos fundamentais e a integração intersetorial é uma premissa essencial. Trata-se de atuar num terreno conflitivo, permeado de contradições, entraves, avanços e limitações. Sob essas bases focalizamos a análise do papel exercido pelo Conselho Estadual de Saúde do Trabalhador – CONSEST, instância formal de representação e articulação de diversos atores sociais e institucionais do Estado do Rio de Janeiro voltado fundamentalmente para a definição e implementação de ações de vigilância em saúde do trabalhador.

Essa pesquisa, de cunho qualitativo, constituiu-se inicialmente pela busca ativa de dados nas atas das reuniões, documentos e relatórios encontrados nos arquivos e registros do Programa de Saúde do Trabalhador do Estado do Rio de Janeiro relativos à participação dos trabalhadores enquanto membros do controle social em saúde do trabalhador. Nesse levantamento, procurou-se recolher informações que permitissem resgatar a história e a concepção que orientou a prática do CONSEST, tais como: as ações consideradas mais significativas, suas características técnicas e operacionais, os setores mais atuantes e as formas e níveis de articulação intersetorial dos principais atores e setores envolvidos, os avanços obtidos e os entraves encontrados para a consecução das ações.

Com base nesse levantamento documental, foram identificados alguns atores que poderiam ser informantes privilegiados para complementar as informações coletadas a fim de se obter um maior detalhamento do modo de atuação desse Conselho. Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com os quatro gestores do PST/RJ durante o período de maior atuação do CONSEST - aos quais denominamos de coordenadores, que foram numerados de forma aleatória para garantir o anonimato - e dois representantes sindicais das categorias mais ativas, participantes regulares das reuniões do CONSEST/RJ.

Foi utilizado um roteiro orientador (Anexo 5) contendo determinadas questões consideradas relevantes para compreender, na visão desses atores, as circunstâncias determinantes que permitiram obter os principais avanços ou que inviabilizaram a

consecução de resultados satisfatórios. Especificamente, os itens desse roteiro foram: período em que o entrevistado atuou no CONSEST; participação do controle social no PST/RJ até a constituição do CONSEST; categorias sindicais mais atuantes; ações mais significativas realizadas pelo Conselho; estratégias seguidas nas ações de vigilância; principais resultados obtidos no desenvolvimento dessas ações; origem dos avanços obtidos e das limitações encontradas; importância da contribuição dos trabalhadores nas Câmaras Técnicas; articulação intersetorial existente na época para a definição de prioridades e implementação das ações.

Para a interpretação do material obtido com as entrevistas recorreremos à análise temática <sup>33</sup>. As entrevistas foram gravadas e, uma vez transcritas, foi realizada uma leitura horizontal dos depoimentos agrupados de acordo com os assuntos especificados no roteiro orientador, apontando as questões de relevância, inclusive aquelas que foram emergindo com os depoimentos de forma a estabelecer as categorias empíricas.

Num segundo momento foi realizada a exploração e categorização desse material, organizando os conteúdos das categorias empíricas referentes à participação sindical, às Câmaras Técnicas, às ações de vigilância e à atuação intersetorial. Os recortes efetuados dos textos em unidades de registro permitiram a interpretação dos dados obtidos, a fim de se entender as origens, avanços e limitações das ações desse Conselho. Desse modo, conseguimos obter um quadro diferenciado sobre as condições e possibilidades de atuação do CONSEST.

As entrevistas, além de possibilitarem a complementação dos dados obtidos na análise documental, contribuíram com outras informações e opiniões valiosas para efetuar uma avaliação do percurso histórico do controle social e principalmente do conjunto de atores envolvidos nas diversas frentes abertas pelo CONSEST, os avanços obtidos e as limitações encontradas para o sucesso das ações.

## 2 - O controle social em saúde do trabalhador no estado do Rio de Janeiro

A estruturação da área de saúde do trabalhador no estado do Rio de Janeiro foi resultado da mobilização de diversos profissionais de saúde, técnicos, pesquisadores e representantes ativos do movimento sindical envolvidos com as questões relativas à saúde no trabalho. Tal mobilização, ocorrida numa conjuntura institucional e política favorável, tornou-se fundamental para a criação do Programa de Saúde do Trabalhador - PST/RJ, cujos desdobramentos apresentam algumas particularidades - principalmente no que se refere à atuação do controle social - que serão abordadas nesse capítulo.

Alguns desses profissionais de saúde inseridos na Vigilância Sanitária já vinham apontando a necessidade de se criar um espaço de discussão e reflexão no setor público para tratar das questões relacionadas ao binômio saúde-trabalho no estado.

No âmbito acadêmico alguns pesquisadores também realizavam estudos sobre essas questões e, inclusive, participaram na organização da 1ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador (CNST):

*“Alguns profissionais já discutiam saúde do trabalhador na academia naquela época do movimento sanitário, principalmente na Fiocruz, até auxiliaram na coordenação da 1ª CNST em 1986”.* (coordenador 2)

Cabe mencionar o importante papel exercido pelo Centro de Estudos de Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana (CESTEH), da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) da Fundação Oswaldo Cruz, criado em 1985, sob a influência da medicina social latino-americana e da experiência do movimento sindical italiano.

A 1ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador realizada em 1986, considerada um marco político e institucional da história da saúde do trabalhador no Brasil, já propunha a ampla participação e controle social:

*“A 1ª CNST já apontava para a idéia de que não dá para fazer saúde do trabalhador se não estiver debatendo junto com os trabalhadores, com os sindicatos. Isso era uma coisa que já estava introjetado dentro da gente. Bem diferente de chegar para alguém que não tenha essa sensibilidade, esse comprometimento”.* (coordenador 2)

Um importante passo nesse sentido se deu em janeiro de 1988 com a oportunidade da criação da Coordenação de Saúde do Trabalhador e do Meio Ambiente (Anexo1) inserida na Vigilância Sanitária do Estado e vinculada à Secretaria de Estado de Saúde, sob a gestão do então Secretário Estadual de Saúde, o sanitarista Sérgio Arouca, figura respeitada no campo da saúde pública.

Sob essa perspectiva, os PSTs surgem como instâncias capazes de incorporar a participação do movimento social em todas as esferas de ação, passando pelo planejamento, execução e avaliação de suas atividades<sup>34</sup>. Esse nível de participação ultrapassa a esfera da mera consulta ao movimento social e, no caso do PST/RJ, a interlocução com esses atores sociais permitiu o direcionamento das ações tanto para a definição de estratégias do programa, quanto para o desenvolvimento de políticas em saúde do trabalhador, conforme descrevemos mais adiante. O próprio Programa, oficializado em 1990, surge com o pressuposto da participação dos trabalhadores para a sua construção e delineamento, especialmente buscando responder às demandas sindicais como forma de fortalecer suas ações e de ter um reconhecimento político. Havia uma relação *“muito mais por afinidade”* com alguns representantes sindicais, que nesse processo inicial auxiliaram na definição das diretrizes de atuação do programa:

*“O PST/RJ nasce com uma característica aberta de discutir com estas pessoas (sindicalistas) que se aproximaram por afinidade às questões de saúde do trabalhador. Não foi nada orgânico, não”*. (coordenador 2)

Nesse mesmo ano, a questão do uso do metanol no estado foi uma oportunidade ímpar em torno à qual se conseguiu uma maior aproximação junto ao movimento sindical:

*“A discussão do metanol foi motivadora, juntou as pessoas num momento certo, favorável, e conseguimos avançar. Inclusive, eu conheci a equipe do PST/RJ num desses encontros”*. (sindicalista 2)

Nesse caso, a equipe do PST/RJ elaborou um projeto detalhado relacionando uma série de medidas e ações específicas, incluindo exames laboratoriais e tipos de fiscalização, que deveriam ser desenvolvidas se o metanol fosse aprovado no estado. Questionava-se a regulamentação existente sobre essa substância na área de petróleo e se assinalavam suas repercussões para a saúde dos trabalhadores. Tal episódio foi considerado bastante relevante para conferir visibilidade e confiabilidade às ações do Programa, inclusive pela própria Secretária de Saúde da época que baseou-se nesse projeto para vetar o uso do metanol no estado:

*“A gente estava no auge da nossa popularidade com o caso do metanol. Isso foi bastante importante para dar credibilidade ao PST/RJ”*. ( coordenador 3)

Tal momento de popularidade evidente repercutiu para atrair alguns setores sindicais mais combativos do estado, como *“os químicos do RJ que trouxeram a questão da Pan Americana, os químicos de Belford Roxo com a questão da Bayer e os metalúrgicos de Volta Redonda”*. ( coordenador 3)

Ainda em 1990, em suas primeiras reuniões sobre que tipo de ações seriam praticadas, surgem propostas de incentivo a uma atuação mais integrada entre setores no estado e de criação de um conselho temático em saúde do trabalhador. Inicialmente, constituiu-se um fórum informal de discussão com a intenção de alcançar uma participação ativa de alguns dos sindicatos mais próximos, com vistas a definir conjuntamente as principais demandas da área e potencializar as ações do Programa. Esse processo foi se delineando gradativamente, “*o grupo foi aprendendo e fazendo juntos. Não tinha formula pensada, definida.*” (sindicalista 2)

### 3 - Instituição do CONSEST

Após um período de cerca de dois anos de atuação informal, chegou-se à oficialização de um conselho gestor em saúde do trabalhador no estado: o Conselho Estadual de Saúde do Trabalhador – CONSEST/RJ, antes mesmo da institucionalização dos Conselhos de Saúde pela Lei Federal nº 8.142/90<sup>14</sup>. A criação do CONSEST “*foi uma tentativa de dar uma legitimidade oficial à participação sindical que só ocorreu aqui no RJ*”. (coordenador 2)

O CONSEST/RJ foi *instituído* oficialmente através da Resolução da Secretaria de Estado de Saúde Nº 605 de 27/12/90 (Anexo 2), que dispôs sobre sua formação e atribuições. Posteriormente, por meio da Resolução nº. 676/SES de 13/08/1991 (Anexo 3) foi *instalado*, sendo composto por 144 integrantes em sua primeira reunião oficializada. Entre eles, se encontravam representantes de vários setores estaduais e municipais, tais como Secretaria Estadual de Saúde (SES), Delegacia Regional do Trabalho (DRT), Secretaria de Ação Social (SAS), Fiocruz, universidades, Diesat, sindicatos e centrais sindicais.

Segundo Machado e Barcellos<sup>35</sup>, esse foi o primeiro órgão colegiado interinstitucional e intersindical criado no Brasil. Suas atribuições baseavam-se especificadamente em traçar diretrizes, acompanhar a execução e avaliação das ações no campo da saúde do trabalhador, de alguma forma por dentro da máquina pública de saúde, definindo a política para o campo.

Em 1992, numa das reuniões mensais do Conselho, foi decidido incluir a participação de instituições como o Ministério Público, a Fundacentro, a Polícia Civil e o INSS, na perspectiva de estabelecer uma atuação intersetorial mais integrada que favorecesse o tratamento das questões relacionadas à saúde dos trabalhadores.

O CONSEST foi organizado por um Regimento Interno, aprovado pela Resolução nº 737/SES de 18 de maio de 1992. O seu artigo 1º dispunha sobre a sua finalidade: “elaborar, acompanhar a execução e avaliar a política de saúde do trabalhador, estabelecendo as estratégias das ações de vigilância sanitária, epidemiológica e de atenção integral aos trabalhadores para o estado do Rio de Janeiro”, de acordo com a Resolução SES/RJ de nº. 605, de 27 de dezembro de 1990. No seu artigo 2º destacavam-se suas principais atribuições, entre elas:

1- Promover o desenvolvimento de ações integradas na área de saúde do trabalhador;

2- Estabelecer a política de formação e treinamento de recursos humanos para a área de saúde do trabalhador, no âmbito do SUS;

3- Estabelecer prioridades para as inspeções, fiscalizações, análises de ambientes e processos de trabalho, bem como outras ações de vigilância sanitária e epidemiológica relacionadas com a área, no âmbito do SUS;

4- Promover a implantação de ações de assistência à saúde do trabalhador nos diferentes níveis do SUS;

5- Avaliar as ações de saúde do trabalhador desenvolvidas no estado do Rio de Janeiro;

6- Promover a vigilância sanitária e epidemiológica dos acidentes e doenças relacionadas aos processos de trabalho, no respectivo estado.

No seu artigo 3º, dispõe que o CONSEST será composto por: “representações das centrais sindicais de trabalhadores, de organizações sindicais dos trabalhadores, legalmente constituídas, dos diversos setores de produção e de instituições públicas com atuação na área de saúde do trabalhador no estado do Rio de Janeiro. Cada representação será constituída por membros de cada uma das instituições públicas, de cada um dos setores produtivos através dos seus sindicatos, e de cada uma das centrais sindicais, obedecendo aos requisitos do Regimento”.

No seu artigo 4º, especifica que cada representação do CONSEST será constituída por 3 membros – sem suplência - das instituições públicas, dos sindicatos e das centrais sindicais. Mas, inicialmente, a representação dos trabalhadores “*foi baseada nos sindicatos que já estavam atuando com o grupo*”. (coordenador 2)

Essa forma de composição interinstitucional, delineada pela adesão de pesquisadores de diversas organizações públicas – Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) e

CESTEH/ENSP/Fiocruz – e pela vinculação com algumas organizações sindicais mais combativas do estado, já apontava sua singularidade:

*“Essa atuação multiprofissional foi muito particular do Rio de Janeiro e buscou uma ação interinstitucional mais integrada para as questões da saúde do trabalhador”.* (coordenador 3)

O Conselho veio fortalecer a ação do PST/RJ, *“discutindo suas diretrizes programáticas... era a alma do Programa, tudo que ele fazia era com decisão compartilhada pelo CONSEST e apoiada politicamente por ele”.* (coordenador 4)

Inclusive, a dimensão política assumida pelo CONSEST contribuiu para a legitimidade das ações de saúde do trabalhador no estado, que contou com a participação de representantes do movimento sindical como importantes aliados:

*“O grupo tinha vontade política para seguir com as ações, e isso fez diferença. Ficamos uns dez anos resistindo às mudanças de governo porque tinha participação do movimento sindical, tinha repercussão e força política das ações”.* (sindicalista 2)

O comprometimento ideológico e político da equipe de profissionais que constituíram o CONSEST foi um fator favorável para avançar com as ações:

(...) *“E era um pessoal comprometido, que fazia a coisa funcionar. A gente fazia por amor, era um envolvimento político e ideológico das pessoas que estavam ali naquele momento”.* (sindicalista 2)

*“Nós tínhamos um poder de articulação muito grande, muita clareza do nosso papel e muito peito, muita determinação”.* (coordenador 2)

Limitações de ordem financeira dificultaram o desenvolvimento de determinadas atividades, sendo que *“alguns recursos vinham inclusive de projetos compartilhados com a Fiocruz”* (coordenador 4). Inclusive, em algumas ocasiões, os próprios membros da equipe tiveram que contribuir financeiramente:

*“A gente tirava dinheiro do próprio bolso para certas coisas, carro da gente, impressora, até para pagar gasolina para visitas às empresas. Então era um trabalho de amor, de paixão pela coisa, de idealista”.* (coordenador 2)

Uma preocupação recorrente do CONSEST foi acolher demandas dos sindicatos que gerassem resultados mais eficazes e de maior repercussão social:

*“A gente tinha que focar aquelas intervenções que dariam maior visibilidade social e resposta das ações, de mudanças para os trabalhadores”.* (sindicalista 1)

*“A equipe priorizava as ações de maior importância para a categoria, em termos de resultados para os trabalhadores”.* (coordenador 2)



Aliada a essa estratégia de impulsionar práticas exitosas “*que funcionasse e que chamasse a atenção da sociedade*” estava “*uma grande preocupação que o CONSEST fosse orgânico*”. (sindicalista 2)

Sob essa ótica eram priorizadas intervenções nas grandes empresas, que poderiam causar maior impacto sobre o setor. Além disso, atuar nas maiores empresas facilitava o diagnóstico mais apurado dos principais problemas que atingiam a classe:

*“Uma coisa que a gente acordou e se tornou consenso: não adianta a gente fazer ação em botequim da esquina porque não tinha efeito disciplinador. Se eu for ao maior supermercado do RJ e fizer uma ação de impacto, essa ação terá um efeito muito mais disciplinador, uma ação maior sobre os setores (...) Então esta lógica que a gente buscou, em todos os setores: sempre as grandes empresas, porque era onde estavam os maiores problemas. Se a empresa é maior, os problemas são maiores”*. (coordenador 2)

Nesse sentido, promover uma maior repercussão das ações do CONSEST na perspectiva do fortalecimento do controle social no estado tornava-se uma tarefa difícil e bastante complexa. Era preciso contar com forças ajustadas à realidade e às especificidades de cada espaço:

*“Cada empresa é uma empresa, cada município é um município e cada estado é um estado, então tem suas particularidades. A conformação de forças que se dá ali... você tem que ter uma baita jogo de cintura e muito conhecimento técnico da área para construir as forças possíveis na lógica da saúde do trabalhador”*. (coordenador 1)

Ainda assim, os avanços conseguidos repercutiram em outros estados, que começaram a solicitar apoio do Conselho, construindo formas de solidariedade mútua, mas respeitando o espaço e as peculiaridades de cada um:

*“A gente cercava o problema para além do limite geográfico, interlocução e intermediação com outros estados, uma lógica comum em saúde do trabalhador. Na minha gestão, fizemos apreciação de problemas em SP e MT”*. (coordenador 1)

### 3.1 - A participação do movimento sindical no CONSEST

Conforme já sinalizado, o movimento sindical protagonizou o enfrentamento de diversas questões de saúde do trabalhador no estado do Rio de Janeiro, integrando como sujeito ativo central o CONSEST e as Câmaras Técnicas (CTs):

*“Os sindicatos aderiram ao CONSEST, pois se sentiam atores e não passivos”*. (coordenador 1)

A atuação do movimento sindical no CONSEST era um pressuposto do próprio PST/RJ:

*“Não dá para fazer saúde do trabalhador se não tiver debatendo junto com eles.”* (coordenador 2)

Em reuniões e fóruns temáticos, dialogavam e debatiam os principais problemas da área, analisavam as demandas e ofereciam subsídios para encaminhar as ações do Programa. Esse aspecto foi destacado pelos sindicalistas:

*“A gente tinha total liberdade de expressão, de falar, chegar lá, levar nossas demandas, os problemas da classe, discutir, propor.”* (sindicalista 2)

*“A gente tinha vários sindicatos que participava, tinha voz, eram muitas demandas e assuntos levantados.”* (sindicalista 1)

Porém, tal atuação tornou-se uma via de mão dupla, permeada por uma relação que, ora fragilizada, ora fortalecida, repercutia no desdobramento e no resultado dessas ações. Para sua eficácia tornava-se necessário construir uma relação estreita, de cumplicidade com os sindicatos. A participação ativa acontecia, principalmente, porque o CONSEST respondia às suas questões:

*“Os sindicatos aderiram ao CONSEST porque tinham a resposta que eles esperavam ao chegar lá.”* (coordenador 1)

*“(...) alguns sindicatos vinham para cá quando queriam o apoio do Programa para fazer vigilância na empresa. Quando eles não encontravam a resposta que eles queriam, eles se afastavam.”* (coordenador 4)

O Conselho acolhia todas as denúncias que chegavam até ele, mas como não tinha condições de resolver todas elas, priorizava aquelas ações de maior relevância social. Produzir resultados eficazes para as demandas colocadas tornava-se imprescindível para a permanência dos sindicatos com maior capacidade de luta:

*“Muitas demandas chegavam, mas o CONSEST não tinha perna para tudo. Tinha que direcionar as grandes ações que fossem dar maior retorno em termos de avanços para a categoria, aí esses sindicatos ficavam.”* (coordenador 2)

Um grande entrave encontrado foi a dificuldade de interagir com algumas representações sindicais que na sua pauta de reivindicações colocavam como prioridade a manutenção do emprego, mesmo em precárias condições de trabalho. A questão da luta pela saúde permanecia num segundo plano, ainda assim, sob a ótica do assistencialismo:

*“A prioridade hoje é a manutenção do emprego, salários. Saúde ficou em segundo plano. Isso inviabiliza a continuidade do nosso trabalho.”* (coordenador 3)

*“Quanto aos sindicatos, não são muitos os que têm essa preocupação com a saúde do trabalhador. A maioria não tem essa preocupação, são sindicatos muito paternalistas, com uma preocupação mais assistencialista. Foram feitos encontros, porém foi sentido que a preocupação não é essa (a saúde do trabalhador).”*  
(sindicalista 1)

Quando se fala de participação sindical, é preciso também considerar que se trata de uma participação restrita a determinados trabalhadores mais envolvidos com as questões de saúde:

*“A participação não é da instituição como um todo e sim de alguns sindicalistas.”*  
(coordenador 3)

Inclusive, para este coordenador, em períodos de eleição dos representantes sindicais a situação se agrava, pois alguns sindicalistas questionam a posição de outros com relação à representação dos interesses da categoria e à capacidade de combatividade, provocando desentendimentos internos e brigas de poder:

*“Em períodos eleitorais é difícil a participação sindical no Conselho, com rachas internos, brigas.”*

Além do mais, a sensibilização dos trabalhadores era uma tarefa penosa para alguns dirigentes sindicais que ao longo da sua participação no Conselho foram adquirindo uma nova visão sobre a saúde e a segurança no trabalho. Encontravam grande dificuldade de mobilização nos locais de trabalho para desenvolver ações de saúde do trabalhador:

*“A base é resistente, ato inseguro, uso de EPI, precarização, toda a lógica de estruturação do trabalho levava a responsabilizar o trabalhador em relação ao risco e acidente. E o CONSEST teve uma importância grande na mudança de concepção dos próprios representantes sindicais, e a gente foi aprendendo junto.”* (sindicalista 2)

A equipe do PST/RJ tinha como prática realizar as visitas e intervenções nas empresas, sempre que possível, em companhia do sindicato representativo do setor. Muito embora, em certas ocasiões, o próprio sindicato da categoria tenha sido impedido de entrar:

*“(...) uma das minhas inspeções na refinaria para que eu entrasse foi uma discussão de quase duas horas, e eu como sindicalista da área.”* (sindicalista 1)

É evidente que a relação com a empresa muda quando o trabalhador participa enquanto representante sindical: *“(...) inclusive, quando eles viram sindicalistas não são mais colaboradores da empresa, são questionadores. É uma atuação política.”*  
(coordenador 3)

Nesta mesma linha de pensamento, foram relatadas tentativas de algumas empresas em desestruturar a força autônoma e independente dos sindicatos do setor, na perspectiva de enfraquecer o espírito combativo da categoria:

*“(...) a cooptação dos sindicatos dificultou muito as intervenções na CSN”.*  
(coordenador 3)

A partir da análise dos registros do PST/RJ e das entrevistas realizadas, pode-se dizer que a atuação do controle social em saúde do trabalhador no estado, de um modo geral, foi bastante oscilante. Em determinados momentos houve avanços, mas foram muitos os entraves encontrados para consolidar as ações:

*“Se isso (a saúde) for prioridade para eles, há resposta, se houver interesse no assunto, como foi o caso do jateamento de areia de Niterói. Nesse episódio, esse movimento (da saúde) é estruturante do sindicato. Por isso teve resposta, pois o sindicato teve interesse nisso, depois isso não foi mais prioridade”.* (coordenador 3)

De qualquer forma, segundo um dos coordenadores, o entusiasmo dos sindicatos em exercer o controle social em saúde do trabalhador dava-se devido às ações de vigilância, por meio de intervenções e fiscalizações capazes de promover mudanças nas empresas e *“também promovem sindicato, se ele for um sindicato sério ele muda realmente as condições de trabalho ou não”.* (coordenador 1)

### 3.2 - A Vigilância em Saúde do Trabalhador: uma nova vigilância

A experiência vivenciada pelo PST/CONSEST contribuiu para a consolidação da Vigilância em Saúde do Trabalhador (VST) no estado, enquanto vertente estratégica de seu campo de atuação.

Entende-se por vigilância em saúde do trabalhador “uma atuação contínua e sistemática, ao longo do tempo, no sentido de detectar, conhecer, pesquisar e analisar os fatores determinantes e condicionantes dos agravos à saúde relacionados aos processos e ambientes de trabalho, em seus aspectos tecnológico, social e organizacional e epidemiológico, com a finalidade de planejar, executar e avaliar intervenções sobre esses aspectos, de forma a eliminá-los ou controlá-los”<sup>36</sup>.

O PST/RJ já surgiu com uma instância do poder executivo vinculada ao setor da Vigilância Sanitária do estado. Essa situação favoreceu o desencadeamento de ações que ultrapassaram a prática habitual de mera fiscalização nas empresas, conduzindo a uma atuação mais ampliada, de vigilância em saúde do trabalhador:

*“(...) Isso foi inovador, pois o grupo inaugurou uma vigilância sanitária em saúde do trabalhador e os sindicatos acompanhavam.”* (coordenador 2)

*“(...) A visão de saúde do trabalhador era diferenciada dos outros estados, muito mais na vigilância que no assistencialismo.”* (sindicalista 1)

Características da vigilância em saúde do trabalhador incluem a valorização das informações oriundas dos próprios trabalhadores, na consideração de seu saber no momento da discussão de medidas corretivas dos processos de trabalho. O alcance destas medidas do âmbito executivo para a esfera legislativa permitiu a elaboração e modificação das legislações pertinentes <sup>37</sup>.

O modelo de participação social baseado nas ações de vigilância em saúde do trabalhador passou a integrar as intervenções nas empresas denunciadas pelos sindicatos que chegavam ao CONSEST. Tal forma de conduzir as ações no PST/RJ facilitou a interlocução com os sindicatos de modo que:

*“(...) eles aderiram ao Conselho porque acharam respaldo nas ações de vigilância, e isso era novidade para eles.”* (coordenador 1)

*“(...) os trabalhos de vigilância que o grupo já estava desenvolvendo nas empresas chamou a atenção dos sindicatos e aí um sindicato puxava outros para o Conselho”.* (coordenador 2)

No processo de vigilância não se contava apenas com a participação dos trabalhadores. Buscava-se uma atuação multiprofissional, construindo possíveis pontes entre diversos atores e áreas de conhecimento, para auxiliar no enfrentamento dos problemas:

*“Uma ação de vigilância que traz o CONSEST seja ele um sindicato, um técnico experiente, um assessor, um estudante genial mestrando que entendia do assunto. Era um trabalho de atuação multiprofissional, que reforçava a ação.”* (coordenador1)

A vigilância em saúde do trabalhador é entendida pelo grupo como um processo contínuo que articula diversos saberes e práticas de controle sanitário num dado território, visando à promoção, proteção e assistência à saúde daqueles que trabalham, *“tendo como objeto de sua ação a investigação dos fatores de risco e posterior intervenção nos nexos entre processos de trabalho e saúde – doença, através da parceria com os sindicatos.”* (coordenador 3)

Atuar na perspectiva da vigilância exigiu grande envolvimento e preparo dos membros do PST/RJ, sobretudo considerando a crescente demanda:

*“A gente tinha uma demanda grande, mas a gente estudava muito para ter base para discutir, fomos desafiados o tempo todo.”* (coordenador 1)

Quanto à questão da assistência, tinha-se como premissa que a rede pública de saúde daria suporte para esses serviços:

*“A equipe entendia que o PST/RJ era um campo de intervenção nos ambientes de trabalho, muito mais do que campo de atenção, atendimento. Atendimento era com a rede.”* (coordenador 2)

Diante dessa percepção dos técnicos e da maioria dos sindicalistas que participaram do Conselho, a prioridade não era apenas cuidar dos trabalhadores adoecidos e sim intervir nos ambientes adoecedores, para evitar danos maiores:

*“(...) para que outros trabalhadores não venham a adoecer pelo mesmo ambiente.”* (sindicalista1).

De acordo com os entrevistados, as ações de intervenção nas empresas eram desenvolvidas com estudo criterioso e muito preparo técnico para avaliação de cada caso. Inclusive, para o sucesso das ações, a participação dos representantes sindicais na fase preparatória das inspeções, durante as investigações e nos processos de negociação, adquiriu fundamental importância, especialmente para o desenvolvimento das estratégias de vigilância:

*“Nós nos preparávamos para as ações de vigilância. Havia sempre uma que a gente chamava de fase preparatória (...) não era só vamos lá, não. A gente estudava o caso, o processo, estudava estratégias, dividia a equipe e cada equipe sabia o que ia fazer. Tinham preparações que duravam 2, 3 meses (...) sempre com parceria de técnicos e sindicatos”.* (coordenador 2)

Com base nesse processo de preparação das ações foram realizadas inúmeras inspeções, além várias reuniões ordinárias, extraordinárias e reuniões interinstitucionais.

As visitas às empresas eram estruturadas com o objetivo de analisar e discutir sobre os processos de trabalho, além de acompanhar as ações acordadas com as empresas fiscalizadas, num processo de vigilância continuado, constantemente assessorado pelo sindicato da base.

Embora desenvolvendo um estudo criterioso para cada caso, a equipe enfrentava obstáculos para realizar as visitas e inspeções nas empresas:

*“Essas ações eram desenvolvidas com muita dificuldade porque não era fácil entrar nas empresas.”* (coordenador 2)

*“(...) foi sempre muito difícil, também por uma questão cultural que envolve o controle histórico do Ministério do Trabalho sobre os ambientes laborais.”*

(sindicalista 1)

Porém, tal situação, contornada pela vinculação da equipe no setor de vigilância sanitária do estado facilitou o desenvolvimento de estratégias de vigilância nos ambientes e processos de trabalho, a partir das ações do CONSEST, introduzindo o controle social nas inspeções às empresas:

*“A gente tinha a carteirinha da vigilância sanitária e nenhuma empresa barra a vigilância sanitária.”* (coordenador 2)

### 3.3 - As Câmaras Técnicas

As ações definidas pelo CONSEST de acordo com as demandas sindicais foram organizadas através de Câmaras Técnicas (CTs), criadas por temas específicos. Constituíram fóruns coletivos de discussão e sustentação técnica, oferecendo respaldo operacional para as ações do Conselho.

A proposta de se constituir CTs de assessoria para as ações do CONSEST surgiu de um Seminário Interinstitucional realizado no CESTE/ Fiocruz, no ano de 1991, que reuniu algumas organizações sindicais em torno de questões como gênero e acidentes de trabalho e *“teve uma série de propostas para a organização das ações no setor químico, petroquímico e petroleiro. Ele foi o embrião das câmaras técnicas, inclusive conseguiu reunir alguns sindicatos e organizar as ações.”* (coordenador 3)

As Câmaras Técnicas foram *instituídas* formalmente através da Resolução nº 932/SES de 20 de maio de 1994. No seu artigo 1º, cita que as Câmaras Técnicas funcionarão como entidades colegiadas de assessoramento técnico ao CONSEST, com ampla participação dos setores representativos dos trabalhadores:

*“O CONSEST cresceu e chegou a ter mais de 60 sindicatos, começamos ter muita demanda. A idéia das CTs surgiu da necessidade de se ter certa organização técnica dessas demandas.”* ( coordenador 2)

Estas instâncias - estabelecidas de acordo com ramos de atividade, categorias de trabalhadores ou pelas demandas que chegavam ao PST/CONSEST – forneceram subsídios importantes para priorizar e desencadear mecanismos de vigilância e intervenções em saúde do trabalhador no estado do Rio de Janeiro:

*“As próprias pessoas que participavam das reuniões do conselho se dividiam em câmaras técnicas de acordo com as demandas, ramos de produção.”* (sindicalista 1)

As CTs, constituídas por profissionais experientes e capacitados para cada assunto, ofereciam suporte teórico para trabalhar de forma articulada com as demandas colocadas:

*“O interessante é que nós, os técnicos, começamos a nos desenvolver academicamente, tínhamos embasamento teórico para discutir os assuntos levantados nas CTs.”* (coordenador 2)

*“(...) Eram pessoas comprometidas tecnicamente, eram estudiosos, tinham competência para bancar uma discussão.”* (sindicalista 1)

Este arranjo organizacional permitiu uma interpretação fundamentada dos assuntos levantados, realizando-se análises mais integradas de acordo com a visão de especialistas, entre eles, representantes de instituições de ensino e pesquisa:

*“O Conselho era constituído também por representantes institucionais que faziam a ponte, inclusive nas CTs, aliando a construção e o conhecimento dentro da academia.”* (coordenador 2)

O CESTE/ENSP/Fiocruz ocupou papel fundamental e dinamizador neste processo de atuação integrado, contribuindo para a superação de um modelo fragmentado em saúde do trabalhador, desenvolvendo diversas linhas de pesquisas e análises aprofundadas dos processos de trabalho, que subsidiaram ações de inspeção e intervenção nas empresas as quais *“contracenavam com a técnica burocrática de controle das empresas”* (coordenador 3), na tentativa de burlar as mais precárias situações nos ambientes de trabalho.

Essa forma de organização das demandas foi uma tendência natural de estruturação técnica do CONSEST: *“basicamente as reuniões do Conselho eram informes das CTs”* (coordenador 2). E facilitou a interlocução com os sindicatos que traziam as demandas de sua câmara técnica para buscar priorizar *“de acordo com o que seria mais urgente, uma intervenção mais rápida.”* (sindicalista 1)

A primeira CT - de acidentes de trabalho - foi organizada em 14 de setembro de 1992 e era composta por um grupo multiprofissional de técnicos da Secretaria de Estado de Saúde, Fiocruz, Fundacentro, UFRJ e UERJ. Posteriormente, foram constituídas CTs de construção civil; indústria naval; indústria química/petroquímica/petroleira; metalurgia/siderurgia; servidor público/saúde; comunicação/sistema de informações; municipalização; rodoviários; ferroviários; trabalhadores rurais e pneumopatias ocupacionais; entre outras. Na medida em que representavam suporte técnico para as ações do CONSEST, planejando intervenções e avaliando as ações, possibilitavam também a expansão do controle social, ao reunir atores de diversos segmentos.



Nos documentos e registros encontrados no PST/RJ, constam algumas demandas específicas que chegaram ao CONSEST que conduziram à criação de CTs. Nos anos de 1993 e 1994, o sindicato dos trabalhadores de telecomunicações (SINTEL) solicitou a realização de mapeamento de riscos do setor, especialmente para investigar casos de lesão por esforço repetitivo (LER) que acometiam trabalhadores no atendimento de telemarketing. Para tanto, foi criada a CT de comunicação e telecomunicações que acompanhou por vários anos repetidas denúncias dos trabalhadores desse setor.

No ano de 1996 foi criada a CT dos transportes após inúmeras denúncias do sindicato do setor ao PST/CONSEST sobre as condições de trabalho adoecedoras e causadoras de stress como a violência no trânsito. Foi realizado um levantamento e em seguida mapeamento dos problemas no setor. Inclusive, foi entregue um documento denunciando as condições de trabalho dos rodoviários situados entre as cidades de Niterói a Arraial do Cabo.

Ainda no ano de 1996 foram realizadas várias reuniões com a CT de municipalização com o objetivo de discutir o processo de municipalização da saúde do trabalhador no estado do Rio de Janeiro. Participaram representantes de vários municípios de diferentes regiões do estado e constatou-se a dificuldade para coleta de dados com vistas ao estabelecimento do perfil produtivo de cada município e, conseqüentemente, para o desenvolvimento de estratégias de atuação. Referem-se também a necessidade de qualificação profissional para a área, a importância da intensificação das ações de vigilância para fortalecer as ações, os limitados recursos financeiros e a fraca articulação interinstitucional, além da baixa adesão das representações sindicais.

Inclusive, consta nos documentos a criação da CT de aeroviários nesse mesmo ano com o propósito de investigar processos de adoecimentos entre trabalhadores do setor.

No ano de 1997, período em que se observa um aumento do volume das atividades, o CONSEST chegou a contar com a participação de 12 CTs, atuando em vários setores de trabalho, que subsidiaram 38 visitas e inspeções a diversas empresas do estado do Rio de Janeiro.

### 3.4 - Atuação Intersetorial

De acordo com os depoimentos, o PST/CONSEST traçou um modelo de articulação intersetorial na perspectiva da integralidade das ações de saúde do

trabalhador, sintonizado com a realidade social e política do estado. Especialmente, buscou-se ampliar sua abrangência através dos poderes judiciário e legislativo. Essa interlocução viabilizava a investigação participante sobre os processos e ambientes de trabalho, gerando propostas de mudança das condições que interferiam na saúde dos trabalhadores. Inclusive, de acordo com o depoimento dos entrevistados:

*“(...) essa articulação era uma estratégia fundamental para que o capital respeitasse o controle social instituído no SUS”.* (coordenador 1)

*“Essa estratégia de atuação era uma questão política, de reforçar politicamente as ações do CONSEST.”* (coordenador 3)

Tal processo de articulação intersetorial, ao reunir profissionais de diversos setores com interesses comuns, possibilitou uma atuação institucional menos isolada, reforçando as ações e impondo maior autonomia diante da resistência das empresas em serem vistoriadas, conforme as palavras do entrevistado sobre um episódio em que a equipe foi impedida de entrar nas dependências da empresa:

*“Isso aqui não é uma ação somente da Secretaria de Saúde. Não estou aqui sozinho. Tem aqui a CUT, sindicato dos metalúrgicos, Secretaria de Trabalho, sindicato da construção civil, Fundacentro, MP, UFRJ (...) Essa coisa da atuação intersetorial reforçando as ações.”* (coordenador 2)

Essa estratégia de apoio técnico e político para as intervenções nas empresas possibilitou um maior poder de negociação entre as partes, desencadeando o estabelecimento de Termos de Compromisso, *“os quais comprometiam diretamente as empresas objetivando transformar os ambientes e processos de trabalho causadores de adoecimento”* (coordenador 2). Havia ainda um acompanhamento posterior e revisões, dentro de uma dinâmica própria do espaço complexo e contraditório do mundo do trabalho, *“com múltiplas forças e determinantes envolvidos: a dos grupos empresariais e a das instituições públicas, com direcionamentos, cultura e práticas distintas.”* (sindicalista 1)

A prática de estabelecimento de acordos entre as partes apresentou resultados muitas vezes surpreendentes, como no caso da indústria naval, entre 1988 a 1996, que resultou na mudança tecnológica e no acompanhamento de um novo processo produtivo, graças, inclusive, à colaboração do poder legislativo através da Lei Estadual nº 1979, de 23/03/1992, conforme detalhado mais adiante.

Tal estratégia resultou também em acordos coletivos, por categoria e por empresa, além da vantagem adicional de propiciar maior agilidade em relação a modificações de legislação e mudanças tecnológicas dos processos de trabalho em algumas empresas.

O Ministério Público do Trabalho desempenhou importante papel no desenvolvimento de ações mais integradas em saúde do trabalhador. Esse órgão garantiu a defesa das questões relativas à saúde/trabalho e de apoio à participação do movimento sindical no estado, pois *“a possibilidade da equipe introduzir no MP o controle social, via CONSEST, foi muito importante. A gente levou o CONSEST ao MP”*.

(coordenador 1)

Essa instância contribuiu significativamente nos processos de negociação com as empresas, pois *“empresa nenhuma barra um procurador do estado, ele tem poder, respeito”* (sindicalista 1), inclusive, influenciou o empresariado por temor a processos de responsabilidade civil.

Nesse sentido, ofereceu suporte jurídico para abertura de vários inquéritos civis públicos e ações civis públicas, através do instrumento jurídico denominado Termo de Ajuste de Conduta (TAC), pelo qual era firmado o compromisso das empresas em adotar, nos prazos estabelecidos, as mudanças necessárias nos ambientes e processos de trabalho, baseadas no parecer técnico emitido pelo CONSEST:

*“A equipe pedia ajuda do Ministério Público (MP), fazia denúncia e pedia abertura de inquérito civil público. Assim, a empresa mudava de posição, e ajudava. Como foi o caso da Sandoz.”* (coordenador 2)

Com a intensificação desta atuação conjunta foi proposto e assinado um “convênio interinstitucional de cooperação técnico-jurídica e operacional em saúde do trabalhador” no ano de 1994, momento de maior articulação intersetorial na execução das ações:

*“Através desse convênio o CONSEST tinha reuniões mensais com o MP e lá eram levadas as demandas e vice-versa, construindo várias ações com essa parceria: Sandoz, Bayer, Casa da Moeda. Grandes ações na tentativa de causar impacto.”* (coordenador 2)

Este convênio permitiu o acompanhamento dos processos de negociação e participação de instituições, em geral distanciadas, pela histórica fragmentação da área de saúde do trabalhador:

*“O grupo procurava trabalhar intersetorialmente o tempo todo, buscando parceiros (...) esta era a forma de trabalho da equipe e por isto exerciam essa liderança na área de saúde do trabalhador”.* (coordenador 2)

Um passo importante para o fortalecimento das ações em saúde do trabalhador teve lugar com a aproximação à Assembléia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro (Alerj) através do então deputado estadual Carlos Minc, que convocou diversas audiências públicas de interesse da área:

*“A gente pensava numa instância reconhecida oficialmente como estrutura de apoio, reforçando as ações por fora do setor saúde (...). Quem demandava muito estas ações neste momento era o Carlos Minc que era um deputado muito atuante na área ambiental. As demandas chegavam para ele e ele trazia o Conselho junto para essa discussão.”* (coordenador 2)

Essa aproximação proporcionou, inclusive, um maior suporte social para as ações e favoreceu o diálogo com algumas instituições atuantes na área:

*“Pela Alerj, através do Carlos Minc, a gente começou a discutir várias leis. Isso para mim foi um facilitador, um avanço para as ações, e dava sustentação social e técnica com outras instituições, universidades e trazendo junto o controle social.”* (coordenador 3)

Essa interlocução com a Alerj contribuiu para reforçar as ações de vigilância e os modos de negociação com as empresas, pois *“... devido a sua natureza representativa da sociedade, ofereceu ampla legitimidade e visibilidade social às ações de vigilância, como, por exemplo, no caso do acordo de substituição tecnológica na indústria de cloro-soda no Rio de Janeiro.”* (coordenador 3)

Entretanto, representantes da Delegacia Regional do Trabalho (DRT) não se mostraram muito receptivos para levar adiante uma atuação conjunta com o PST/RJ. Estiveram presentes em algumas discussões, mas não participavam das ações de intervenção programadas. Pouco significativo foi o avanço na tentativa de superar a fragmentação histórica entre Ministério da Saúde, Ministério do Trabalho e Ministério da Previdência Social, apesar do esforço do PST/CONSEST que *“procurou uma maior aproximação na perspectiva de superar a fragmentação e o descompromisso com as questões de saúde do trabalhador que envolvem a área de Trabalho e Previdência Social”*. (sindicalista 1)

A DRT acabou mantendo a postura de descompromisso por parte dos empregadores em promoverem mudanças significativas nos ambientes de trabalho, pois as inspeções seguem um modelo tradicional de verificação de normas sem aprofundar no tratamento das questões da saúde do trabalhador:

*“A DRT desempenha seu papel em nível de fiscalização, checando se a empresa cumpriu ou não as normas estabelecidas pelas NRs e não se importam realmente com mudanças necessárias para os trabalhadores.”* (sindicalista 1)

*“O procurador também acha que eles (DRT) querem mais é ir lá e checar as NRs, por que é a lógica jurídica, tá escrito é lei, não tá não é. E a nossa lógica é a*

*realidade mais ampla, a gente tem que construir um processo de mudança para a saúde dos trabalhadores.”* (coordenador 1)

As empresas, inclusive, tiram proveito do conflito histórico sobre as atribuições do Ministério da Saúde (MS) e do Ministério do Trabalho (MT), conferindo à estes últimos a legitimidade do controle dos ambientes de trabalho:

*“(...) essa rejeição é muito difícil de conter por uma questão cultural. As empresas preferem a fiscalização do Ministério do Trabalho e não da saúde. E a gente sabe porque, cheio de vício e preocupados apenas em checar NRs e ainda assim são pouco interessados”.* ( sindicalista 1)

Sob essa lógica, não era raro as empresas tentarem impedir a entrada dos técnicos do Programa em suas instalações, *“alegando que era responsabilidade do Ministério do Trabalho e não da saúde”.* (sindicalista 2)

Essa perspectiva foi confirmada com o relato do coordenador 3 ao colocar que *“as DRTs, em sua vertente mais atuante, configuram-se como agentes de poder de intervenção e normalização, instituído socialmente pela maior tradição de atuação nos ambientes de trabalho e pela aparente contradição em não abandonar o setor empresarial como base de sustentação institucional.”*

Com relação ao INSS, também não foi possível chegar a uma atuação integrada. Receberam inúmeros convites para participar das reuniões do Conselho, mas sequer não demonstraram maior interesse: *“era sempre um problema, um entrave e continua sendo, a ponto de alterar norma jurídica sem consultar os trabalhadores”.* (coordenador 1)

Como observam Oliveira e Vasconcellos <sup>22</sup>, o desinteresse político em desenvolver um trabalho integrado entre os setores gera ações fragmentadas no enfrentamento de demandas, que deveriam ser discutidas intersetorialmente, na lógica da saúde do trabalhador:

*“INSS e MT/DRT não se interessam, estão recuando e a gente (saúde) é quem leva a pancada, porque os dirigentes não vêm para cá enfrentar os trabalhadores. Falta vontade política dentro das instituições para desenvolver um trabalho integrado”.* (coordenador 4)

*“O MT se arvora de ser a única autoridade neste campo. Para ele, o MS deve cuidar das vitimas e a previdência arrecadar o seguro acidente de trabalho/ SAT”.* (sindicalista 1)

Na perspectiva de minimizar tal situação, *“deve-se buscar uma maior aproximação e a participação do movimento social com centrais sindicais que pode ajudar a pressionar uma maior intersetorialidade”* (sindicalista 1). É fato que os planos

de ação em que se obtêm algumas respostas para os problemas de segurança e saúde no trabalho se dão em campos institucionais distintos, tornando-se fundamental atuar nesta perspectiva.

Deste modo, a participação dos sindicatos e demais interlocutores nas negociações e decisões na área de saúde do trabalhador podem impulsionar uma maior intersectorialidade, quebrando corporativismos e trazendo relações partilhadas entre setores do estado e a sociedade na perspectiva de mudanças na cultura dessas instituições públicas.

## CAPITULO 3

### Contribuições para a saúde do trabalhador

#### 1 - Ações mais significativas do CONSEST

Este capítulo foi elaborado, sobretudo, a partir da análise dos registros e documentos existentes nos arquivos PST/RJ durante o trabalho de campo, uma vez que os entrevistados não forneceram informações mais detalhadas sobre as diferentes frentes de atuação do Conselho. Manifestaram sua dificuldade em lembrar as estratégias concretas seguidas nas ações desenvolvidas, o que limitou bastante a contribuição dos que seriam informantes privilegiados para reconstituir a trajetória do Conselho.

Efetuamos uma triagem daqueles documentos que pudessem contribuir para descrever a concepção e a história do CONSEST, pois foram encontradas muitas informações pontuais, incompletas e desarticuladas. Esse material coletado é composto de: solicitações encaminhadas ao PST/RJ pelos sindicatos; atas de assembleias ordinárias das reuniões do Conselho; notas das reuniões das CTs; documentos e relatórios técnicos sobre as inspeções realizadas nas empresas; pareceres do CONSEST e alguns termos de compromisso firmados entre as partes; além de cópias de determinadas resoluções do CONSEST e legislações pertinentes.

Destacamos as ações que aparecem nos documentos como mais significativas, embora algumas delas tenham um caráter mais pontual. Entre as que possibilitaram conseguir avanços importantes na área de saúde do trabalhador no estado - particularmente pelas respostas que trouxeram em termos de melhoria das condições de trabalho, de implantação de mudanças tecnológicas e na legislação - encontram-se as realizadas na indústria naval, nas indústrias químicas e petroquímicas e em setores de siderurgia e metalurgia.

Para um maior detalhamento das ações mais significativas recorreremos a algumas bibliografias existentes como teses, dissertações e artigos científicos realizados a partir das experiências mais relevantes do CONSEST, como exemplo dos trabalhos produzidos por Jorge Huet Machado, Luiz Carlos Fadel de Vasconcellos, Heloísa Pacheco Ferreira, Sônia Maria Thedim - Costa, Fátima Sueli Ribeiro Neto; fruto de suas participações no Conselho.

## 1.1 - O caso da indústria naval

A experiência da indústria naval do estado do RJ deflagrou-se a partir de uma solicitação do Sindicato dos Metalúrgicos de Niterói ao PST/RJ para avaliar a situação de saúde de trabalhadores dessa categoria decorrente da utilização da técnica de jateamento de areia seca para limpeza das chapas metálicas utilizadas na construção de navios em estaleiros de reparo e construção no estado. Uma análise realizada no período de 1988 a 1989 pelo ambulatório de saúde ocupacional da Universidade Federal Fluminense (UFF) em trabalhadores do setor havia diagnosticado 23 casos de silicose entre alguns desses trabalhadores.

Essa situação ensejou a organização de uma comissão específica para assessoramento especializado relacionado ao diagnóstico e acompanhamento das pneumopatologias relacionadas ao trabalho, a Comissão Técnica Estadual de Pneumopatias Ocupacionais (CTEPO), sob a coordenação do PST/RJ. Nesse momento o mapeamento e o dimensionamento dos casos de silicose no estado foram o foco central das ações do programa <sup>38</sup>.

A articulação de um conjunto diverso de instituições facilitou a busca dos fatores determinantes da silicose em meio a outras patologias presentes nos processos de trabalho da indústria naval e, posteriormente, auxiliou na elaboração de uma série de propostas e procedimentos necessários para eliminar os riscos neste ramo de atividade.

As ações de vigilância desenvolvidas nos estaleiros permitiram avanços significativos, inclusive sob o aspecto legal, com o encaminhamento de uma proposta de mudança tecnológica do processo de trabalho causador do adoecimento dos trabalhadores, baseada em relatórios e análises técnicas de especialistas que integraram um Grupo de Trabalho para avaliação das alternativas tecnológicas na Indústria Naval.

Essa proposta de mudança tecnológica foi formalizada pela Assembléia Legislativa do Rio de Janeiro num instrumento jurídico: a Lei Estadual nº 1979, de 23 de março de 1992 <sup>39</sup>, que proíbe o jateamento de areia seca na indústria naval. Nesse documento constam o CONSEST e a Fundação Estadual de Engenharia do Meio Ambiente (FEEMA) como órgãos responsáveis pela avaliação do impacto sanitário e ambiental, respectivamente, das tecnologias substitutivas. Inaugurou-se uma fase em que ficou caracterizada a vigilância em saúde do trabalhador e, cuja ação voltou-se para a substituição tecnológica e a avaliação de seus impactos.

Com base nessa legislação foi possível ampliar as intervenções de vigilância num conjunto de nove estaleiros do Estado do Rio de Janeiro, o que constituiu importante



passo no sentido de desencadear ações de controle social, possibilitando o monitoramento por uma equipe especializada dos casos de silicose, a CTEPO.

Para melhor respaldar as ações, o CONSEST estabelece em maio de 1992 a Câmara Técnica da Saúde do Trabalhador na Indústria Naval (CTIN). Esse grupo foi composto pelos sindicatos dos metalúrgicos de Niterói, Rio de Janeiro e Angra dos Reis, os Programas de Saúde do Trabalhador desses municípios e do Estado do Rio de Janeiro, a Comissão Estadual de Pneumopatia Ocupacional, o CESTEJ, a Secretaria de Estado do Trabalho e Ação Social (SETRAS), o Diesat, a Fundacentro/RJ, a DRT/RJ e a FEEMA.

O extenso e complexo trabalho desenvolvido na indústria naval incluiu a organização de diversas oficinas de trabalho para discussão dos problemas do setor e cerca de 30 inspeções aos estaleiros do estado. A partir dos dados obtidos nesses encontros e intervenções, o CONSEST emitiu um parecer técnico em 1994 estabelecendo as diretrizes da vigilância à saúde dos trabalhadores na indústria naval <sup>38</sup>.

A atuação direcionada da CTIN facilitou as intervenções do PST/CONSEST, junto com CESTEJ e os técnicos da Secretaria Municipal de Saúde de Angra dos Reis, nas instalações do Estaleiro Verolme. Iniciaram-se as inspeções pelos setores de jateamento e de pintura para acompanhamento do processo de substituição do jateamento com areia seca por outros abrasivos, de acordo com o que já estava estabelecido pela Lei Estadual nº 1979 de 1992. Foi escolhido um grupo de 75 jateadores e pintores para avaliação pneumológica e de indicadores biológicos de exposição a metais e solventes no laboratório do CESTEJ. Realizaram-se também avaliações ambientais durante as operações com jato de areia e de pintura.

A proibição do jateamento de areia também adquiriu maior abrangência com a publicação da Lei nº 4046, de 30 de Dezembro de 2002 <sup>40</sup>, segundo a qual fica proibido *“a utilização de sistemas de jateamento de areia e outros abrasivos que produzam doenças crônicas, segundo indicação do Conselho Estadual de Saúde do Trabalhador, que degradam o meio ambiente e põem em risco a saúde do trabalhador em estaleiros, refinarias, indústrias, metalúrgicas e outras, a critério do Poder Executivo”*, no estado do Rio de Janeiro.

Essa reformulação da lei estendeu a atuação do CONSEST e permitiu também o acompanhamento de abrasivos utilizados como alternativos ao jateamento de areia seca, como foi o caso da primeira avaliação da contaminação por metais vinculados às atividades de reparo dos navios que usavam escória de cobre como abrasivo no tratamento de costado no estado do RJ.

Entre as principais diretrizes que o CONSEST seguiu para reforçar as ações de vigilância no interior dos estaleiros está a implantação de Comissões Internas de Vigilância em Saúde do Trabalhador em cada empresa no ano de 1994. Tais comissões eram compostas por representantes das empresas, trabalhadores jatistas e pintores, além de órgãos públicos. Tinham como objetivo realizar uma análise técnica mais pormenorizada das mudanças adotadas pelas empresas - após um ano de uso de abrasivos alternativos à areia seca nas operações de cada setor - e dos testes realizados nesse período <sup>38</sup>.

A constituição dessas Comissões Internas foi um passo importante para legitimar a atuação da equipe nas dependências dos estaleiros. Posteriormente, ampliou-se o nível de atuação com a criação da Comissão de Vigilância Sanitária de abrasivos, dispersão de poeiras e ruídos que acompanhou os casos de silicose nos estaleiros de Angra dos Reis com a participação de trabalhadores e de técnicos do PST/RJ na CTIN.

Entretanto, o acompanhamento dos sindicatos apresentava flutuações, motivadas pelo tipo de negociação estabelecida com o sindicato patronal e pelas mudanças gerenciais ocorridas nas empresas. Nessa linha de pensamento, o Sindicato Nacional da Indústria da Construção e Reparação Naval (SINAVAL) criou alguns empecilhos no decorrer desse trabalho, aconselhando, inclusive, as empresas da região a impedirem as ações de vigilância, sob a alegação da que este tipo de atuação seria de responsabilidade do Ministério do Trabalho e não do setor saúde <sup>38</sup>.

Em função dessa resistência, as inspeções no estaleiro Verolme sofreram algumas discontinuidades. No entanto, em 1995, após um processo de exaustivas negociações com a empresa, reforçado por denúncias de representações sindicais de trabalhadores do município sobre a utilização de jateamento de areia seco no estaleiro, começaram-se as intervenções. Esta retomada, junto com profissionais da área de saúde do trabalhador do município de Angra que mantinham interlocução com o CONSEST, redundou na criação, em 1996, do Núcleo de Saúde do Trabalhador de Jacuecanga, onde se encontra localizado o estaleiro Verolme.

As equipes tiveram amplo acesso às dependências e foram-lhes fornecidas as informações técnicas solicitadas nos estaleiros Ishikawagima, Mauá e Dique Lamayer, que responderam a um protocolo de intimações e enviaram radiografias de 1007 trabalhadores <sup>38</sup>.

Outras empresas, como Emaq, Enavi, Renave e Caneco, também mostraram-se resistentes às ações de vigilância desenvolvidas pelo CONSEST. Em setembro de 1993, por exemplo, houve o impedimento da entrada da equipe para inspeções de rotina no

estaleiro Enavi, em Niterói, o que levou inclusive ao registro policial do ocorrido. Apesar das resistências, as inspeções realizadas nesse estaleiro resultaram na exigência de um cadastramento torácico dos trabalhadores das empreiteiras da indústria naval do estado em 1996. Já no caso das visitas e inspeções em empreiteiras da Petrobrás, como Vigesa e Techinf, a situação levou a uma ação preliminar de inquérito civil público junto ao Ministério Público contra a Petrobrás.

A busca ativa de casos de silicose no estado expandiu-se para outras empresas, como a Petrobrás, através do Cadastramento de Empreiteiras de Jateamento e Pintura, assim como pelas as leituras radiológicas realizadas pela Comissão Técnica Estadual de Pneumopatias Ocupacionais. Em maio de 1995, essa comissão elaborou um documento com a proposta da criação de uma norma técnica para a concessão de benefício previdenciário relacionado à normatização dos diagnósticos das pneumopatias ocupacionais.

Foi elaborado um parecer técnico do CONSEST baseado em sucessivas inspeções realizadas pela CTIN nessas empresas, o que contribuiu também para o reconhecimento de questões urgentes relacionadas à terceirização daqueles trabalhadores jatistas, pois não tinham garantidos seus direitos previdenciários e trabalhistas.

Cabe destacar que o CONSEST foi convidado inúmeras vezes para participar de audiências públicas, como foi o caso da realizada pela Justiça do Trabalho do município de Angra dos Reis, visando à reintegração de trabalhadores demitidos de algumas empresas, apesar de portadores de silicose. Foi considerado um avanço o empenho do ambulatório da cidade de Angra dos Reis para solucionar tal situação ao conseguir, após muito embate com o INSS, o estabelecimento de um acordo com essa instituição em que se reconheciam alguns casos de silicose diagnosticados nessa unidade de saúde. Esse acordo, inclusive, possibilitou a introdução de mudanças necessárias na legislação previdenciária para o reconhecimento de doenças ocupacionais, fundamentadas em parecer técnico do CONSEST.

Alguns conflitos com o INSS limitaram a concretização de ações mais integradas, perpetuando um longo processo de desentendimentos, tanto assim que, no ano de 1998, inúmeras denúncias chegaram ao CONSEST relacionadas a dificuldades no estabelecimento de nexos causais de determinadas doenças ocupacionais, além de problemas com trabalhadores vitimados por acidentes de trabalho e de muitos embates com seus peritos. Frente a esse quadro, o Conselho programou diversas reuniões com o objetivo de encontrar alternativas para uma maior aproximação com essa instituição.

## 1.2 - Indústrias químicas e petroquímicas

Profissionais de diversas instituições, preocupados com a magnitude dos problemas da saúde nas indústrias químicas do estado, apontavam a necessidade de traçar estratégias para enfrentar tanto questões comuns desse ramo industrial quanto problemas específicos dos subsetores que o compõem.

Uma denúncia do Sindicato dos Trabalhadores das Indústrias Químicas do RJ, em 1990, referente à suspeita de contaminação de trabalhadores por mercúrio foi o ponto de partida para uma intervenção mais direcionada nesse setor. Esse sindicato, após décadas de desinteresse com relação às questões de saúde dos trabalhadores, foi assumido por uma direção mais combativa que solicitou ao PST/RJ averiguar os problemas de saúde provocados numa indústria de produção de cloro-soda, a empresa Pan Americana. Suspeitavam que 45 trabalhadores dessa empresa localizada no município do RJ, possivelmente portadores de hidrargirismo (intoxicação por mercúrio), tinham sido demitidos <sup>41</sup>.

Nessa mesma época, alguns questionamentos sobre os impactos do trabalho na saúde dos trabalhadores agravados pela banalização dos riscos nos ambientes de trabalho, além de sua repercussão na população e no meio ambiente, levaram ao desenvolvimento de um Projeto Integrado de Pesquisa sobre a Indústria Química e a Saúde do Trabalhador no Rio de Janeiro, por profissionais do CESTEHE.

É interessante que esses dois movimentos, originados de espaços distintos, convergiram para a questão da saúde no trabalho nas indústrias químicas. Seus desdobramentos apontaram para uma proposta de atuação mais integrada, interinstitucional e interdisciplinar reunindo um número significativo de pesquisadores, professores, técnicos, profissionais do CESTEHE, o PST/CONSEST, a FEEMA, a Comissão de Energia, Ciência e Tecnologia da Alerj, além do Sindicato dos Trabalhadores das Indústrias Químicas do Rio de Janeiro, Nova Iguaçu e Belford Roxo em torno destas questões.

Inclusive, o que reforçou a idéia de eleger a indústria química como campo de intervenções foi um encaminhamento feito pelo próprio sindicato do setor ao CESTEHE em setembro de 1990 solicitando apoio técnico para implantar ações de saúde junto a essa categoria de trabalhadores. Foi realizado um levantamento das indústrias químicas do estado, onde se avaliou como prioritária a Pan Americana, pela gravidade dos problemas de saúde e pelo fato de nela trabalharem alguns representantes sindicais mais comprometidos no enfrentamento das questões mais urgentes.

As denúncias de intoxicações por mercúrio nessa indústria responsável pelo fornecimento de cloro para a Companhia de Águas e Esgoto do Estado (CEDAE), foram bastante reveladoras e conduziram à realização da primeira inspeção na empresa em dezembro de 1990, inicialmente composta por técnicos do PST/RJ e pesquisadores do CESTEHE.

Durante as inspeções, a equipe constatou péssimas condições de trabalho, ambientes insalubres com instalações e equipamentos obsoletos. Foram encontradas peças e recipientes impregnados de mercúrio e sem nenhum tipo de proteção, situação que revelava o alto grau de exposição ocupacional aos vapores de mercúrio metálico. Altas temperaturas e baixa ventilação intensificavam a emissão desses vapores para a atmosfera, desvendando um cotidiano com graves situações de risco, agravadas pela ausência de equipamentos de proteção adequados <sup>41</sup>.

Essa situação perversa aliada à omissão de informações claras sobre o estado de saúde dos trabalhadores e à fragilidade e ineficácia dos mecanismos coletivos de participação social da categoria apontavam para a multiplicidade de desafios a serem enfrentados.

No decorrer das intervenções, a equipe de fiscalização analisou fichas clínicas dos trabalhadores dentre os quais 14 apresentavam dosagem de mercúrio urinário acima do limite legalmente aceito, e três deles já haviam sido demitidos.

Na sequência das inspeções, o grupo contou com o apoio de profissionais de diversas instituições, entre elas: UERJ, UFRJ, Universidade Federal de São Carlos - UFSCar, bem como técnicos do Diesat e da Fundacentro.

Com o relatório de diagnóstico e recomendações sobre essa indústria, fruto das visitas e inspeções que demonstrava a gravidade da situação e com o respaldo do Projeto de Lei 214/91, de autoria do então deputado estadual Carlos Minc, que previa o banimento no prazo de um ano da tecnologia de célula de mercúrio no estado do Rio de Janeiro, a empresa viu-se impelida a rever suas posições iniciais ao negar a possibilidade da contaminação dos seus empregados.

A mobilização dos técnicos de diversos órgãos públicos, do sindicato do setor e da comunidade do entorno da fábrica levou a realização de uma Sessão Pública da Comissão de Energia, Ciência e Tecnologia da Alerj em 14 de junho de 1991. Seus desdobramentos e exaustivas negociações que perpassaram dimensões técnicas e políticas, redundaram em maio de 1992 em um Acordo para Mudança da Tecnologia de produção de cloro-soda de células de mercúrio para células de membrana publicado em Diário Oficial do estado do Rio de Janeiro em 03 de junho do mesmo ano.

A formalização do Acordo representou um passo importante para promover mecanismos de participação social, entre eles, o acompanhamento e o monitoramento dos ambientes e processos de trabalho na empresa com a participação de representantes sindicais e a realização de cursos e treinamentos para os trabalhadores. Este último tinha como objetivo uma maior aproximação e sensibilização dos trabalhadores com essas questões, o seu conhecimento sobre as medidas de proteção da saúde, auxiliando na realização de mapas de riscos de sua área de trabalho, além de orientá-los sobre a garantia de seus direitos legais também previstos no Acordo <sup>41</sup>.

Durante o período determinado para a alteração tecnológica, a empresa comprometeu-se a implementar uma série de medidas que visavam minimizar o impacto do processo produtivo na saúde dos trabalhadores, além de garantir medidas destinadas a acompanhar a saúde destes e dos terceirizados da empreiteira que lhes prestava serviços.

No entanto, algumas resistências, inclusive, dos profissionais do serviço de saúde e de segurança do trabalho da empresa, dificultaram a adoção de medidas capazes de gerar mudanças significativas com relação à saúde dos trabalhadores <sup>41</sup>.

Na perspectiva de intensificar o acompanhamento do cumprimento das cláusulas estabelecidas no Acordo, foram designadas duas comissões intersetoriais de caráter executivo, que desempenharam importante papel no processo de vigilância continuado na empresa. Uma delas presidida pela FEEMA, com representantes do CONSEST/PST, do sindicato, das associações de moradores, da Alerj e da empresa, relacionava-se aos problemas e à preservação do meio ambiente. A outra, sob a coordenação do CONSEST/PST, acompanhou as ações desenvolvidas de vigilância em saúde dos trabalhadores, composta por representantes da Alerj, da CIPA, do sindicato, da direção da empresa e do CESTEJ <sup>41</sup>.

As inspeções da comissão de vigilância sanitária resultaram em um minucioso levantamento do processo de trabalho, das instalações e equipamentos da empresa capazes de gerar riscos à saúde dos trabalhadores.

O acompanhamento e a análise dos indicadores de controle biológico por técnicos do PST/CONSEST permitiram redimensionar os grupos de risco, através da caracterização dos postos de trabalho sujeitos ao contato mais frequente com o mercúrio, o que foi fundamental para estabelecer estratégias para o monitoramento clínico e biológico acordados.

Cabe ressaltar que a experiência com a Pan Americana revelou uma longa e desgastante história que expôs a incapacidade e despreparo dos serviços públicos em

assumir a função do diagnóstico das doenças decorrentes do trabalho e da recuperação da saúde dos trabalhadores. Tal fato se concretizou por tentativas de realizar exames clínicos e monitoramento dos trabalhadores em ambulatórios universitários. Em 1992, o laboratório do CESTEH assumiu esse compromisso, constituindo-se referência para casos de intoxicação por mercúrio.

A possibilidade de um número significativo de trabalhadores contaminados por mercúrio comprovou-se por exames clínicos minuciosos e testes neuropsicológicos, contradizendo o discurso da empresa ao afirmar não haver trabalhadores doentes. Dos 60 trabalhadores encaminhados para exames, 19 foram considerados casos de intoxicação crônica por mercúrio e 26 suspeitos de intoxicação, com níveis de mercúrio acima do tolerado, conforme a Portaria do Ministério do Trabalho nº 3214/78 <sup>42</sup> e legislação estadual <sup>43</sup>.

Tal constatação levou à um avanço significativo na legislação ao conferir respaldo técnico para o estabelecimento de nexos causais, definidos pela Resolução 838 da SES/RJ, publicada em Diário Oficial do estado do Rio de Janeiro em abril de 1993. Este documento relaciona critérios de diagnósticos, indicadores biológicos do mercúrio, orientação clínica e procedimentos de notificação por parte das empresas nos casos de intoxicação por mercúrio <sup>43</sup>.

Neste interim, em desrespeito ao Acordo, foram demitidos seis trabalhadores com diagnóstico de hidrargirismo, após o resultado dos exames. Essa denúncia atravessou a Comissão de Vigilância Sanitária e alcançou o PST/CONSEST levando à intervenção do Ministério Público do Trabalho.

De fato, a experiência com a indústria Pan Americana exerceu papel fundamental para a promoção e desencadeamento de ações de controle social em saúde do trabalhador, pois contemplou um esforço coletivo e um envolvimento institucional diversificado para se chegar às negociações. Porém, a empresa conseguiu reverter a situação através da concessão de medidas jurídicas a seu favor.

No entanto, esse caso foi um ponto de partida que prosseguiu com a avaliação da situação da saúde dos trabalhadores em outras indústrias químicas no estado a partir do ano de 1994, como foi o caso das intervenções nas empresas Petroflex, Nitriflex e Ingá.

Na Petroflex e Nitriflex as inspeções apontaram para a redução das ações de saúde do trabalhador após as privatizações e terceirizações do setor. Embora diante de algumas resistências, as intervenções na Petroflex resultaram na elaboração de Termo de Compromisso, no ano de 1995, visando mudanças nos processos de trabalho causadores de adoecimento.

Já, na empresa Ingá as intervenções para avaliação da situação de trabalho levaram ao estabelecimento de Termo de Ajustamento de Conduta no ano de 1997 com a participação do Ministério Público e Fiocruz.

No caso da empresa Bayer, a intervenção surgiu de uma denúncia do representante sindical do setor da construção civil relacionada ao processo de terceirização em curso na empresa naquele período. Tinham sido substituídos trabalhadores diretamente contratados e treinados por outros de empreiteiras de construção civil sem experiência no setor químico, o que colocava esses trabalhadores em situações de risco. Diante desse quadro, o CONSEST elegeu como prioridade para o ano de 1992 o estabelecimento de estratégias de atuações na empresa <sup>38</sup>.

Em maio de 1992, ocorreu um vazamento de nuvem tóxica gerando contaminação por cromo que atingiu a população vizinha à fábrica, causando morte de animais e pânico entre os moradores e familiares dos trabalhadores, o que serviu de estopim para as ações de vigilância junto à empresa <sup>38</sup>.

O vazamento foi amplamente noticiado e motivou uma denúncia à Secretaria de Estado de Saúde por parte da Curadoria de Defesa do Meio Ambiente do Ministério Público Estadual. A questão foi também apresentada por ativistas do Sindicato dos Trabalhadores Químicos de Nova Iguaçu ao PST/CONSEST e alguns deputados estaduais da região ligados à saúde e ao meio ambiente.

Com essa força mobilizada, a ação é preparada com a participação de cerca de 40 profissionais divididos em cinco grupos, dois de rastreamento de condições potencialmente penosas, insalubres e perigosas, e os outros três em que as estratégias de investigações específicas pretendiam analisar: o acidente gerador da nuvem tóxica; os dados gerais do Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho da empresa; e o impacto sanitário na região ao redor do complexo fabril no dia do vazamento. Foram obtidos dados importantes e recomendações imediatas descritas num relatório técnico minucioso com as etapas da intervenção.

Esse relatório foi entregue ao Ministério Público Estadual que, dado o comportamento da empresa nesse momento, avaliava-se como o órgão de maior poder interventor e negociador para impor obrigatoriedade de suas decisões. Contudo, a prática morosa e difusa desse Ministério Público, somada ao processo de emancipação do Município de Belford Roxo – onde estava situada a empresa - e à vitória do candidato que contou com o apoio da Bayer nas primeiras eleições no novo território, fez com que as forças iniciais se dissipassem parcial e temporariamente <sup>38</sup>.



Esse processo, entretanto, gerou mudanças internas na política de saúde e segurança da empresa pela contratação de um especialista em toxicologia e com o fortalecimento das gerências de engenharia de segurança e de controle ambiental. Inclusive, foi criado um sindicato específico para a representação dos trabalhadores químicos de Belford Roxo, alternativa incentivada pela própria Bayer<sup>38</sup>.

Foi realizada uma revisão da inspeção de maio de 1992 num cenário bastante conturbado, permeado por negociações e mandados de segurança, que resultou na consolidação pelo PST/CONSEST de novo relatório com 17 recomendações a serem negociadas junto à empresa e enviadas ao Ministério Público. No entanto, o que foi oficializado pelo Ministério Público não se cumpriu, tendo o seu prazo de execução sempre prorrogado.

Nessa revisão se definiam prioridades de ação e um plano de intervenção a médio e longo prazos, a ser acompanhado por uma comissão permanente de vigilância em saúde do trabalhador incluindo representantes dos trabalhadores, das instituições públicas e da empresa.

Foi preparada nova inspeção sanitária com base na avaliação realizada pelos componentes da Câmara Técnica de Saúde do Trabalhador na Indústria Química, Petroquímica e Petroleira do CONSEST, tendo como perspectiva a participação social. Mas, a equipe de inspeção foi impedida de entrar na empresa, sob a justificativa de que só seria permitida a entrada de pessoas que tivessem seus nomes publicados no *Diário Oficial* ou que fossem designadas pelos secretários estadual e municipal de saúde<sup>38</sup>.

Em decorrência desses contratemplos e dos poderes de atuação do Ministério Público do Trabalho, assinou-se um convênio para apoio às atividades do Ministério Público do Trabalho entre o PST/CONSEST, a Secretaria de Estado de Trabalho e Desenvolvimento Social, a DRT/RJ, o CESTEJ e a Fundacentro/RJ. Estabeleceu-se uma comissão de acompanhamento, com a participação do CONSEST, para subsidiar ações de vigilância nos casos em que as instituições encontrassem sérios empecilhos em conseguir resultados satisfatórios.

Essa comissão de acompanhamento acolheu as denúncias do CONSEST sobre as condições de saúde dos trabalhadores na Bayer e sua resistência em aceitar a fiscalização sanitária. Foi nomeada uma nova equipe composta por membros de todas as instituições envolvidas, que demandou à empresa informações sobre suas políticas de treinamento, de combate a incêndios, de controle ambiental, de segurança e de medicina do trabalho, bem como sobre o perfil de cada unidade do complexo fabril. Nas inspeções realizadas pela equipe foram constatadas diversas situações de elevada

exposição a substâncias químicas e precárias condições de trabalho e saúde, particularmente nas empreiteiras. Destacaram-se, entre outras irregularidades, vários casos de trabalhadores doentes sendo demitidos.

Após superar algumas resistências da empresa, conseguiu-se assinar um Termo de Ajustamento de Conduta, em 1997, responsabilizando-se a empresa em implantar mudanças necessárias nos processos de trabalho de acordo com as análises técnicas do CONSEST, incluindo a participação de representantes do Ministério Público e da Fiocruz.

Em relação ao setor de petróleo, encontramos poucas informações sobre a atuação do Conselho. Apenas é registrada, no ano de 1997, uma denúncia ao CONSEST para verificar a situação de saúde e segurança de trabalhadores da Refinaria de Duque de Caxias – REDUC. Consta, porém, que os representantes sindicais foram impedidos de participar da inspeção realizada. É mencionado também nos registros que, nesse mesmo ano, houve reuniões preparatórias para inspeções na Refinaria de Manguinhos.

### 1.3 - Setor de siderurgia

A história do controle do uso de benzeno no Brasil e a luta pela não exposição a essa substância marcou significativamente esse setor. É uma experiência exemplar que demonstra a importância da mobilização de trabalhadores e de sua aliança com técnicos para pressionar o poder público e empresas a adotarem medidas de proteção aos riscos nos ambientes de trabalho.

O benzeno é uma substância química de grande utilização na indústria siderúrgica - nos setores de coquearias - como matéria prima para a produção do aço. Nesses locais é produzido também, como subproduto, o gás de coquearia. Esse gás, bastante tóxico, contém o benzeno, que é aproveitado como combustível para outros setores da própria usina siderúrgica, o que amplia o seu potencial de contaminação.

A experiência no estado em torno dos problemas de saúde decorrentes do uso do benzeno surgiu da mobilização dos trabalhadores das siderúrgicas de Volta Redonda. Foi influenciada pela luta dos trabalhadores da Companhia Siderúrgica de São Paulo - COSIPA, em Cubatão, na busca da transformação do crescente quadro adoecedor.

Em 1985, o sindicato dos metalúrgicos de Volta Redonda, denunciou à SES/RJ 150 casos de leucopenia ocorridos com trabalhadores de uma grande empresa da região,

a Companhia Siderúrgica Nacional - CSN. Muitos dos contaminados eram operários da construção civil que trabalhavam nas coqueiras, prevenindo vazamentos das portas e em atividades de limpeza industrial.

Na CSN a ação inicial envolveu um conjunto diversificado de profissionais, entre eles, os sindicatos da construção civil e dos metalúrgicos de Volta Redonda, as Secretarias de Saúde e do Trabalho do Estado do RJ, o CESTEH /Fiocruz, a UFRJ, a FEEMA, a Alerj e representantes da Fundacentro e da Delegacia Regional do Trabalho de São Paulo. Uma atuação conjunta desses órgãos possibilitou uma repercussão social das ações de saúde do trabalhador, inclusive com divulgação da mídia. A tentativa de uma intervenção de grande impacto na CSN, fortalecida por uma atuação intersetorial que extrapolou a Secretaria de Estado de Saúde, foi bastante importante para legitimar as ações do Programa.

A primeira inspeção exigiu grande dedicação dos profissionais, com três meses de preparação minuciosa para estudar o caso e traçar estratégias de atuação. Inicialmente, a equipe foi impedida de entrar por questões políticas, mesmo estando em companhia de três deputados da Alerj. A empresa solicitou às autoridades competentes de saúde do estado uma intervenção para obstruir as inspeções, inclusive com interlocução do superintendente de saúde.

Ainda assim, apesar da tentativa da empresa em postergar as atividades, conseguiu-se realizar durante três dias inspeções diurnas e noturnas, junto com a equipe do PST de Volta Redonda com a qual já vinha se mantendo uma aproximação. Nessas inspeções foi feito um levantamento das situações de risco e da política adotada pela empresa em relação à vigilância ambiental e de saúde. A avaliação resultante gerou uma série de intimações relativas à melhoria das condições ambientais e visando o controle da exposição à que os trabalhadores eram submetidos.

Mais tarde, uma atuação conjunta com o Ministério Público mostrou-se pouco exitosa em produzir resultados efetivos para os trabalhadores. Inúmeros vetos em relação aos peritos dessa instituição postergaram e obstruíram a fase de investigação dos processos de trabalho na empresa. Porém, essa situação permitiu a elaboração de um Termo de Ajuste de Conduta (TAC), pelo qual o Ministério Público instaurava um inquérito civil, onde o PST/RJ era a parte denunciante do inquérito. No TAC constava o compromisso da empresa em responder, num prazo estabelecido, às determinações solicitadas por parecer técnico do CONSEST.

É importante mencionar que a experiência com a CSN se arrastou por vários anos, com inúmeros embates por parte da empresa. É elucidativa para demonstrar a

resistência do empresariado na aceitação das inspeções do PST/CONSEST, como aconteceu no ano de 1996, quando membros da diretoria conseguiram por duas vezes impedir a entrada da equipe constituída por técnicos do PST/CONSEST, Fiocruz e Ministério Público do Rio de Janeiro. Essa intervenção tinha o propósito de efetuar avaliações ambientais devido à alta incidência de trabalhadores com leucopenia decorrente da presença de benzeno. Uma liminar da justiça comum conferiu legalidade ao descaso da empresa em cumprir suas responsabilidades estabelecidas por lei. No entanto, a questão do adoecimento dos trabalhadores levou à realização de uma audiência pública na Alerj para discutir os casos de benzenismo na CSN.

Essa relação conflituosa foi agravada pela posição do próprio sindicato ao assumir uma postura de resistência à algumas ações do CONSEST, o que dificultou ainda mais a atuação na CSN. Contudo, em 1994, técnicos do PST/CONSEST conseguiram realizar um levantamento minucioso dos casos de leucopenia entre os trabalhadores da empresa, através do sistema de vigilância aos agravos de alterações hematológicas, o que foi considerado um avanço na promoção de ações de vigilância na empresa.

Embora envolvendo muitas dificuldades, essa experiência foi fundamental para consolidar as ações via CONSEST, pois além de proporcionar uma maior notoriedade ao PST/RJ, também evidenciou que os atores envolvidos tinham poder de articulação, ao trazer para a discussão diversas instituições implicadas com as questões da área.

As investigações realizadas e a articulação entre sindicatos, técnicos e agentes do estado em torno do tema benzeno influenciaram na elaboração de normas técnicas. Certos avanços foram obtidos nas legislações trabalhistas e previdenciárias, tais como o reconhecimento do Ministério do Trabalho com relação ao poder carcinogênico do benzeno e a edição de uma nova norma estabelecida pelo INSS. Constituiu-se, inclusive, um grupo específico para tratar as questões relativas ao benzeno, o Grupo de Trabalho Tripartite e paritário que, no mesmo ano, aprovou por consenso o Acordo Nacional e a Legislação do Benzeno.

O desdobramento dessa atuação permitiu também a criação da Comissão Estadual do Benzeno em 1997, de caráter tripartite, envolvendo o INSS, o SUS, a DRT e representações sindicais para acompanhamento do uso do benzeno. Essa atuação intersetorial favoreceu as negociações com a CSN.

A preocupação com os danos causados pelo benzeno à saúde dos trabalhadores levou à intervenção em outras empresas denunciadas ao CONSEST, como foi o caso das empresas Nitriflex e Petroflex. No ano de 1998, a Comissão Estadual do Benzeno, em ação conjunta com membros do PST/CONSEST e Ministério Público, na tentativa

de uma maior integração setorial para a área, realizou visitas e inspeções nestas empresas. Porém, na Petroflex houve impasse, uma vez que as mudanças tecnológicas previstas no Termo firmado anteriormente não aconteceram.

Em termos gerais, as experiências de vigilância em saúde do trabalhador realizadas nos setores de siderurgia deram-se através de acompanhamento de Termos de Compromisso em algumas empresas, visando mudanças nas condições de trabalho. Porém, grande parte das empresas assumiu uma postura de resistência às investigações do setor saúde.

#### 1.4 - Setor de metalurgia

No ano de 1994, o Sindicato Nacional da Indústria Moedeira e de Similares solicitou ao PST/CONSEST que coordenasse a investigação na empresa Casa da Moeda do Brasil (CMB) sobre a procedência de 95 casos de leucopenia entre seus trabalhadores <sup>44</sup>.

Na perspectiva de uma maior aproximação entre as partes, o sindicato convidou a equipe do Programa para conferir uma palestra na CMB durante a Semana Interna de Prevenção de Acidentes de Trabalho (SIPAT), o que possibilitou um maior esclarecimento sobre as ações de vigilância em saúde do trabalhador desenvolvidas pelo PST/CONSEST. Nesse encontro, foi mencionado que já estava em andamento um estudo sobre a incidência de leucopenia entre os trabalhadores da CMB, sob a Coordenação do Programa de Pós-graduação e Pesquisa em Engenharia (COPPE/UFRJ) <sup>44</sup>.

No período de setembro a dezembro de 1994 foram realizadas quatro inspeções em vários departamentos da empresa, com o objetivo de identificar entre os diversos processos de trabalho os possíveis riscos à saúde dos trabalhadores. O recurso ao Ministério Público foi fundamental para prosseguir com as negociações que culminaram na assinatura do Termo de Compromisso entre o PST, a CMB, a Fundacentro e o Sindicato dos Moedeiros, tendo como testemunhas representantes da Fiocruz e da COPPE/UFRJ. Nesse Termo, válido por um ano, foram formuladas propostas de vigilância, objetivando o monitoramento permanente da saúde dos trabalhadores neste período.

A preocupação em disseminar e fortalecer as ações de saúde do trabalhador nos municípios do estado levou à algumas experiências interessantes nesse setor no ano de

1997. As negociações levadas a cabo nas empresas Barra do Pirai, Thyssen e Usina Mecânica Carioca (Usimeca), no município de Barra Mansa, após denúncias dos sindicatos, são bons exemplos dessa estratégia.

Na Metalúrgica Barra do Pirai, foi assinado Termo de Compromisso, responsabilizando a empresa em modificar os processos e ambientes de trabalho causadores de adoecimento. As intervenções na empresa Thyssen resultaram na mudança do sistema de manutenção da indústria e se conseguiu reverter o quadro de terceirizações. Já na Usimeca, chegou-se à fase de negociação para assinatura de Termo de Compromisso, após várias inspeções e revisão dos processos de trabalho existentes.

## 1.5 - Indústrias de cimento

As ações desenvolvidas nessas indústrias articulam questões ambientais e de saúde do trabalhador. A indústria de produção de cimento traz grande preocupação quanto à possibilidade de exposição de trabalhadores a material particulado devido ao fato de trabalharem com material sólido, onde a possibilidade de geração de poeiras é elevada, expondo o trabalhador a riscos, que não se restringem aos muros das fábricas, pois as poeiras se espalham para as regiões vizinhas aumentando também os riscos ambientais e das populações ao redor.

As intervenções foram realizadas, inicialmente, em resposta a uma solicitação do sindicato do setor ao CONSEST, no ano de 1992, demandando a fiscalização nas indústrias de cimento de Volta Redonda, Cantagalo e Sul Fluminense para avaliar a situação ambiental e, particularmente, a dispersão de poeiras. O CONSEST, em conjunto com a Fiocruz e o sindicato, elaborou uma proposta de preservação e acompanhamento da saúde aos trabalhadores desse setor no município de Volta Redonda no ano de 1993.

Posteriormente, uma denúncia do Sindicato dos Trabalhadores da Indústria da Construção Civil de Volta Redonda, levou à uma atuação de vigilância mais direcionada em uma fábrica de cimento no município de Volta Redonda com o objetivo de investigar as condições nocivas de trabalho nessa indústria. Essa experiência contou com a interlocução dos Programas de Saúde do Trabalhador de Volta Redonda e do estado do Rio de Janeiro, profissionais do CESTE/ Fiocruz, da Faculdade de Psicologia da Universidade Federal Fluminense (UFF), da Universidade Federal do Rio

de Janeiro (UFRJ), além de membros da Comissão Estadual de Pneumopatia Ocupacional do Rio de Janeiro <sup>45</sup>.

As ações de vigilância consistiram no reconhecimento técnico das condições de trabalho e do controle da saúde dos trabalhadores realizados pela empresa, através de visitas e inspeções técnicas mensais em companhia do sindicato do setor. Num segundo momento, foi realizada a mensuração dos riscos, através da determinação da concentração de poeira mineral presente no ambiente de trabalho e pela determinação do nível de ruído, onde foram constatados altos níveis de contaminação individual refletindo em casos de pneumoconioses, dermatites de contato e irritações diversas das vias aéreas superiores, altos índices de incidentes críticos e acidentes leves, ainda que subnotificados <sup>45</sup>.

Essa experiência pressupôs a elaboração de um Termo de Compromisso, responsabilizando a empresa em realizar mudanças necessárias nos aspectos organizacionais do trabalho, modernização do parque tecnológico, além da reformulação na gerência de risco, adotando técnicas e conceitos mais modernos, abrangentes e eficazes. Foi sugerida a formação de uma comissão multiprofissional composta de trabalhadores, técnicos do Serviço de Engenharia e Segurança da empresa e de técnicos do poder público para acompanhar o processo <sup>45</sup>.

Algumas cimenteiras de Cantagalo, como a Ambiência e Tecnosol, foram inspecionadas durante o ano de 1995 e, conforme consta, responderam adequadamente às intimações do PST/ CONSEST referentes a mudanças nos ambientes de trabalho.

Em relação à empresa Tupy, apenas consta que no ano de 1996 foram realizadas algumas inspeções reunindo técnicos do CONSEST, o sindicato representativo da classe e técnicos da Fiocruz com o propósito de avaliar a situação ambiental na empresa.

## 1.6 - A problemática do amianto

Outra experiência que também focalizou as questões ambientais se deu em relação ao uso do amianto, substância comprovadamente cancerígena e causadora da asbestose. A atuação nesse campo iniciou-se com a realização de sucessivas inspeções do PST/CONSEST às empresas Eternit e Asberit, onde se constataram condições impróprias de trabalho.

Essas intervenções levaram à criação, em 1996, da Comissão do Asbesto. Foram realizadas várias reuniões preparatórias do CONSEST, no ano de 1997, para discutir os casos da exposição dos trabalhadores às fibras de amianto nas empresas Tupy, Asberit e Caserj.

Do ponto de vista de avanços na legislação, as experiências envolvendo o controle do uso do amianto no estado forneceram elementos para a comissão de pneumopatias ocupacionais desenvolver uma proposta de norma técnica dirigida ao INSS para concessão de benefício previdenciário aos trabalhadores expostos a fibra de amianto.

A dimensão da questão ambiental relacionada ao uso do amianto levou à repercussão social, até mesmo com envolvimento da mídia. Em julho de 1999, a SES recebeu, via fax, uma matéria do Jornal “O Estado de São Paulo” com denúncia de existência de material cancerígeno em um cinema da zona sul, em duas igrejas católicas e num edifício comercial na cidade do Rio de Janeiro.

Embora essa experiência tenha acontecido num momento em que já se observava a redução das ações do Conselho, ensejou a formação de uma equipe constituída de técnicos do PST/RJ, em conjunto com técnicos do laboratório de avaliação ambiental do CESTE/ Fiocruz, para atuação no cinema. A ação de fiscalização iniciou-se em 1999 com o objetivo de apurar a denúncia de utilização de amianto como isolante acústico, reconstituir a histórica de sua aplicação e as condições de trabalho associadas direta ou indiretamente à exposição ao amianto. Foram retiradas amostras do material de alguns pontos das salas do cinema e submetidas à análise laboratorial da Fiocruz em conjunto com o Centro de Estudos e Pesquisas da Petrobrás (CENPES/Petrobrás) e a Universidade de São Paulo (USP).

Diversas irregularidades foram identificadas nos setores fiscalizados em confronto com a legislação vigente de saúde e segurança, legislação sanitária e Constituição do Estado do Rio de Janeiro. Tal situação levou à criação no ano de 2000 da Câmara Técnica especial para tratar o assunto, a CT do pó, poeiras e aerossóis. O caso também ensejou a formação da Comissão Estadual das Pneumoconioses com participação de várias instituições como Fundacentro, Fiocruz, SES, Feema e Ministério Público do Trabalho.

Essa experiência desencadeou outras atuações dessa CT nas empresas CSN e Tupy com o objetivo de investigar o uso de fibras de amianto nos seus processos de trabalho.

Embora o caso do Cine Leblon tenha sido bem sucedido, atualmente sabe-se que os problemas que envolvem o uso do amianto alcançam o patamar nacional nos debates de saúde pública.



Essa problemática no Brasil adquiriu tal dimensão que incentivou o desenvolvimento de inúmeras pesquisas e estudos sobre o assunto. Esses estudos subsidiaram a aprovação de algumas leis na perspectiva do banimento desse produto, como já acontece em vários outros países. Porém, a resistência do empresariado dificulta o avanço das ações nesse campo.

### 1.7 - Setor terciário

No ano de 1994, algumas denúncias chegaram ao CONSEST de sindicatos do setor de telecomunicações, mais especificamente de telemarketing. Seus representantes, preocupados com os quadros assustadores de adoecimento por LER, solicitaram o mapeamento de riscos diversos provocados pela terceirização das atividades, além de investigações nos equipamentos de proteção utilizados e na extensão da jornada de trabalho. Nesse mesmo ano foi criada uma CT específica de comunicação e telecomunicações para acompanhamento desse caso.

O trabalho nesse campo tornou-se intenso e complexo, principalmente pelas sucessivas denúncias nos setores de telemarketing sobre afastamentos do trabalho por adoecimento e problemas com o INSS.

No ano de 1999, para melhor respaldar as ações do Conselho, houve a proposta da criação de uma comissão específica de acompanhamento destas questões - a Comissão Estadual Ler/Dort - envolvendo 8 sindicatos, membros do CONSEST e da Comissão de Saúde da Alerj.

Ainda assim, esse foi um trabalho bastante difícil de ser desenvolvido pela insuficiência de profissionais qualificados para o estabelecimento do nexo causal diante de um agravo de caráter multifatorial.

No que diz respeito ao setor de transportes rodoviários do município do RJ, o sindicato representativo da categoria solicitou o apoio do CONSEST para realizar um levantamento dos problemas mais urgentes do setor destacados como violência no trânsito, stress, fadiga e alta rotatividade de mão-de-obra. Essa demanda levou à criação da CT de transportes em 1996, conforme já mencionado, para melhor direcionar as ações, com interlocução do Ministério Público e da Secretaria de Segurança do estado.

Foram organizados seminários e oficinas com trabalhadores terceirizados e de cooperativas como estratégia preventiva. Porém, a dificuldade na coleta de dados para

traçar um perfil produtivo do município, além de limitações de recursos materiais, inviabilizaram o desencadeamento de atividades mais efetivas nesse setor.

## 1.8 - Setor rural

As ações desenvolvidas pelo CONSEST ultrapassaram os limites dos centros urbanos do estado, o que implicou na criação de uma CT específica para lidar com questão da contaminação dos trabalhadores rurais pelo uso inadequado de agrotóxicos, em 1999. Essa Câmara desenvolveu várias ações de vigilância às populações expostas ao agrotóxico em algumas regiões rurais do estado. Sabe-se que foi realizada uma audiência pública na Alerj para discutir uma legislação relativa a essa questão, porém não foram encontradas referências sobre esse tema na documentação existente no PST/RJ.

## 2 - O declínio da atuação do Conselho

Os registros encontrados no PST/RJ apontam os anos de 1996 e 1997 como um período de intensa atividade do Conselho. Nesses anos foram elaborados numerosos planos de ações em saúde do trabalhador para as empresas. Realizou-se grande número de inspeções, que redundaram em ações junto ao Ministério Público e em alguns encaminhamentos ao Conselho Nacional de Saúde e ao Conselho Estadual da Previdência Social.

Após esse período, foram relatadas algumas dificuldades para encaminhar uma série de propostas de atuação, entre outras razões, pela baixa presença de sindicatos e outras instituições nas CTs, além da escassez de recursos materiais e humanos. No ano de 1998 numa avaliação das atividades do CONSEST, foram pontuados determinados entraves para conduzir ações de controle social, tais como a deficiente divulgação das ações do Conselho nas instâncias do SUS, o esvaziamento das CTs e o pouco envolvimento político dos sindicatos com as questões de saúde do trabalhador. Constatam-se somente 5 CTs em funcionamento e 6 denúncias que levaram à realização de apenas 7 visitas a empresas no decorrer desse ano.

A partir desse período notou-se uma redução gradativa das ações do Conselho, tanto que, no ano de 1999, foram analisadas as situações de 16 processos em andamento, preparados 10 planos de ação nas empresas e consta apenas uma denúncia encaminhada ao Conselho e uma inspeção realizada.

Mais tarde, no ano de 2001, diante dessa dificuldade em articular as ações de controle social na área, surgiu a proposta de que o CONSEST se transformasse numa comissão temática do Conselho Estadual de Saúde. No ano seguinte, algumas reuniões foram realizadas com vistas a conseguir uma maior integração das ações de saúde do trabalhador no SUS, tentando retomar os momentos favoráveis, inclusive para o fortalecimento do controle social no estado. Foram realizados também alguns encontros para discutir as formas de financiamento de ações para a área.

## CAPITULO 4

### Considerações Finais

Ao longo dos mais de dez anos de atuação do CONSEST/RJ, reconstituídos de forma sintética no nosso estudo, evidencia-se o quanto essa trajetória constituiu um importante passo de participação social no planejamento e na gestão das políticas públicas de saúde do trabalhador no estado do Rio de Janeiro. Demonstra como uma conjuntura política favorável pode propiciar alguns avanços importantes para a área, pelas respostas alcançadas em termos de melhoria das condições de trabalho, de mudanças tecnológicas nos processos de trabalho de empresas e de determinados progressos nas legislações de saúde, segurança e previdência.

Essa experiência, produto da mobilização de diversos profissionais, pesquisadores, técnicos e representações sindicais mais combativas do estado em torno das questões relacionadas à saúde no trabalho, reveste-se de um caráter exemplar no modo de dar resposta aos problemas da área. As estratégias de vigilância em saúde do trabalhador desenvolvidas pelo CONSEST - numa busca contínua de articulações interinstitucionais e multiprofissionais para fortalecimento das ações - produziram um modelo ímpar de atuação essencialmente participativo que marcou a história do controle social em saúde do trabalhador.

Tal modelo de atuação permitiu a realização de abordagens integradoras no encaminhamento das ações, em que se somaram dimensões técnicas e políticas. Nesse trabalho coletivo, onde se aglutinaram diversos atores e instituições, foi-se construindo uma metodologia de atuação inovadora, que representa uma referência nacional no modo de conceber as ações de vigilância em saúde do trabalhador. Essa estratégia de participação ativa dos trabalhadores e de seus sindicatos na condução das ações permitiu o envolvimento desses atores sociais em todas as etapas do processo de vigilância, desde o planejamento das intervenções até a avaliação dos resultados.

No período de maior atividade, o Conselho chegou a definir as prioridades de atuação no Estado com mais de 50 representantes de sindicatos. A inserção de trabalhadores junto com técnicos e pesquisadores nos órgãos de assessoria técnica - as Câmaras Técnicas - possibilitou aliar o conhecimento sistematizado com o saber que veio da experiência dos trabalhadores para fundamentar os problemas que são objeto da vigilância e estabelecer estratégias para o desenvolvimento das ações.

Essa participação sindical no CONSEST e nas CTs revelou também uma forma de resgatar sua condição de sujeitos ativos na conquista de melhores condições de vida e de saúde no trabalho.

Muitas foram as ações iniciadas e concluídas com êxito nos períodos de maior vigor do Conselho, mas alguns fatores levaram à redução gradual da participação de atores fundamentais no exercício do controle social enquanto um suporte de sua prática. Influuiu também para limitar a atuação do Conselho o fato de alguns profissionais pertencentes ao quadro de técnicos do PST/RJ se afastarem devido, entre outras razões, à falta de perspectivas profissionais e de reconhecimento, inclusive financeiro, condizente com seu alto nível de formação.

É lastimável que uma experiência desse porte tenha regredido a tal ponto que o Conselho Estadual de Saúde tomou a decisão de extingui-lo, em 2005, sob a alegação de que não caberiam dois conselhos de saúde num mesmo espaço. Recentemente, criou-se em seu lugar a Comissão Intersetorial da Saúde do Trabalhador - CIST estadual. Resta a expectativa de que, apesar da fragilidade atual das instâncias representativas dos trabalhadores, essa Comissão consiga dar continuidade ao processo exemplar seguido pelo CONSEST que marcou a história do controle social em saúde do trabalhador no estado do Rio de Janeiro.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 - Labra ME. Associativismo no setor saúde brasileiro e organização de interesses do empresariado médico. *Physis Revista de Saúde Coletiva*. 1994; 3(2): 193-225.
- 2 - Carvalho AI. Conselhos de saúde no Brasil: participação cidadã e controle social. Rio de Janeiro: FASE; 1995.
- 3 - Bobbio N 1986. O futuro da democracia: uma defesa das regras do jogo. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1986.
- 4 - Labra ME. Análise de políticas públicas, modos de policy making e intermediação de interesses. *Physis. Revista de Saúde Coletiva*. 1999; 9(2): 131-166.
- 5 - Correia MVC. Desafios para o controle social: subsídios para capacitação de conselheiros de saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005.
- 6 - Barros MED. O controle social e o processo de descentralização dos serviços de saúde. In: Incentivo a participação popular e controle social no SUS: textos técnicos para conselheiros de saúde. Brasília: IEC; 1998.
- 7 - Cohn A. A cidadania e formas de responsabilização do poder público e do setor privado pelo acesso, equidade, qualidade e humanização na atenção à saúde. In: Cadernos da 11ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2000.
- 8 - Bravo MIS. Gestão democrática na saúde: a experiência dos conselhos na região metropolitana do Rio de Janeiro. In: VII Encontro Nacional de Pesquisadores de Serviço Social v. III. Brasília: ABEPSS, 2000.
- 9 - Costa NR et al. Organizadores. Demandas populares e políticas públicas de saúde. Petrópolis: Vozes, Abrasco, 1989.
- 10 - Fleury S. A questão democrática na saúde. In: Fleury S, organizadora. Saúde e democracia: a luta do CEBES. São Paulo: Lemos Editorial, 1997.
- 11 - Barros E. O controle social e o processo de descentralização dos serviços de saúde. In: Brasil. Ministério da Saúde. Incentivo à participação popular e o controle social no SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 1994.
- 12 - Brasil, Constituição de 1988. Brasília: República Federativa do Brasil; 1988.
- 13 - Brasil. Ministério da Saúde. Lei Orgânica da Saúde. Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 19 set. 1990.

- 14 - Brasil. Ministério da Saúde. Lei nº 8.142 de 1990. Dispõe sobre o Controle Social no SUS. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 28 dez. 1990.
- 15 - Bravo MIS. Gestão democrática na saúde: o potencial dos conselhos. In: Bravo MIS, Pereira PAP. Organizadores. Política social e democracia. Rio de Janeiro: Cortez, 2001.
- 16 - Pereira PAP. Controle democrático como garantia dos direitos da pessoa idosa. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, Subsecretaria de Promoção dos Direitos Humanos; 2007.
- 17 - Mendes EV. Organizador. Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do SUS. São Paulo: Hucitec; 1994.
- 18 - Dias, EC. A Atenção à Saúde dos Trabalhadores no Setor Saúde (SUS), no Brasil: Realidade, Fantasia ou Utopia? [Tese de Doutorado]. Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas; 1994.
- 19 - Minayo-Gómez C e Thedim-Costa SMF. A construção do campo da saúde do trabalhador: percursos e dilemas. Cadernos de Saúde Pública. 1997; 13 supl(2): 21-32.
- 20 - Lacaz FAC. Saúde dos trabalhadores: cenários e desafios. Cadernos de Saúde Pública. 1997; 13(2): 7-19.
- 21 - Lacaz FAC. Saúde do trabalhador: um estudo sobre as formações discursivas da academia, dos serviços e do movimento sindical. [Tese de Doutorado]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas; 1996.
- 22 - Oliveira MHB, Vasconcellos LCF. As políticas públicas brasileiras de saúde do trabalhador: tempos de avaliação. Revista Centro Brasileira de Estudos e Saúde-Saúde em Debate. 2000; 24(55): 2-13.
- 23 - Dias EC, Hoefel MG. O desafio de implementar as ações de saúde do trabalhador no SUS: a estratégia da RENAST. Ciência e Saúde Coletiva. 2005; 10(4): 817-828.
- 24 - Vasconcellos LCF. Os Caminhos do caminho: a municipalização como estratégia de consolidação da saúde do trabalhador no setor saúde. [Dissertação Mestrado]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública. 1994.
- 25 - Mendes R, Dias EC. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. São Paulo: Revista de Saúde Pública. 1991; 25(5): 341-9.
- 26 - Pereira OEDG. Processos pedagógicos utilizados pelo sindicalismo brasileiro na área de saúde do trabalhador: estudo sobre a trajetória do Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde e dos Ambientes de Trabalho - DIESAT e do Instituto Nacional de Saúde do Trabalhador - INST. [Dissertação Mestrado]. Universidade Federal do Paraná, 2001.

- 27 - Freitas CU, Lacaz FAC, Rocha LE. Saúde pública e ações de saúde do trabalhador: uma análise conceitual e perspectivas de operacionalização na rede básica da Secretaria de Estado da Saúde. *Sociedade, Direito, Saúde*. 1985; 2(1): 3-10.
- 28 - Silveira AM, Ribeiro FSN, Lino AFPP. O Controle Social no SUS e a RENAST. In: 3ª CNST. Coletânea de texto. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
- 29 - Mattos UAO, Porto MFS, Freitas NBB. Novas tecnologias, organização do trabalho e seus impactos na saúde no meio ambiente. In: *Saúde, Meio Ambiente e Condições de Trabalho: conteúdos básicos para uma ação sindical*. CUT/Fundacentro, 1995.
- 30 - Brasil, Ministério da Saúde. Portaria nº 1.679, 19 set. 2002. Dispõe sobre a estruturação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador no SUS e dá outras providências. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília, 20 set. 2002.
- 31 - Brasil, Ministério da Saúde: Portaria nº 2.437, 07 dez. 2005. Dispõe sobre a ampliação e o fortalecimento da RENAST no SUS e dá outras providências. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília, 09 dez. 2005, seção 1, p. 78-80.
- 32 - Minayo-Gómez C, Lacaz FAC. Saúde do Trabalhador: novas-velhas questões. *Ciência e Saúde Coletiva*, 2005; 10(4): 797-807.
- 33 - Minayo MCS. *O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 11. São Paulo: Hucitec, 2008.
- 34 - Vasconcellos LCF, Ribeiro FSN. Investigação epidemiológica e intervenção sanitária em saúde do trabalhador: o planejamento segundo bases operacionais. *Cadernos de Saúde Pública*. 1997; 13(2): 269-275.
- 35 - Machado JMH, Barcellos C. Vigilância em saúde do Trabalhador. In: II Conferência Estadual de Saúde do Trabalhador do Rio de Janeiro: Texto básico de discussão. 1993.5 p.
- 36 - Brasil, Ministério da Saúde. Portaria nº 3.120/GM, 1º jul 1998. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília, de 02 jul 1998, Seção 1, pag. 36.
- 37 - Ribeiro FSN, Fadel de Vasconcellos LCF. Controle Social em Saúde do Trabalhador: a prática do discurso na prática. In: I Congresso Brasileiro de Ciências Sociais em Saúde, Curitiba, 1995.
- 38 - Machado JMH. Alternativas e processos de vigilância em saúde do trabalhador: a heterogeneidade da intervenção. [Tese de Doutorado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, 1996.
- 39 - Rio de Janeiro. (Estadual). Lei nº 1979, 23 mar. 1992. Proíbe a instalação de empresas que utilizam o jateamento de areia na limpeza, reparo e construção dos cascos de navio e determina prazo para mudança tecnológica das que utilizam este procedimento. *Diário Oficial do Estado do Rio de Janeiro*, 13 abr. 1992.



40 - Rio de Janeiro. (Estadual). Lei nº 4046, 30 dez. 2002. Altera a Lei nº 1979, de 23 mar. 1992, e dá outras providências. *Diário Oficial do Estado do Rio de Janeiro*, 31 dez. 2002.

41 - Costa SMFT. Mercúrio: perigo e silêncio. [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, 1995.

42 - Brasil, Ministério do Trabalho. Portaria nº 3.214, 08 jun.1978. Aprova as Normas Regulamentadoras - NR - do Capítulo V, Título II, da Consolidação das Leis do Trabalho, relativas a Segurança e Medicina do Trabalho. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília, de 06 jul. 1978. (Suplemento).

43 - Ferreira HP. O perigo silencioso: um estudo da intoxicação de trabalhadores por vapor de mercúrio em uma indústria de cloro-soda. [Dissertação Mestrado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz. 1994.

44 - Silva SA. Entraves e perspectivas na construção da política de saúde do trabalhador no Estado do Rio de Janeiro, RJ: um caso emblemático: a Casa da Moeda do Brasil. [Monografia Especialização]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Centro de Estudos da Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana, 2004.

45 – Ribeiro FSN et al. Trabalho e risco para trabalhadores de indústrias de cimento. *Cadernos de Saúde Pública*. 2002; 18(5):1243-1250.

# ANEXOS

## ANEXO 1

RESOLUÇÃO Nº 441

De 07 de janeiro de 1988

Cria a Coordenação de Saúde do Trabalhador e do Meio Ambiente.

O Secretário de Estado de Saúde, no uso de suas atribuições legais,

### RESOLVE:

Art. 1º - Fica criada, no âmbito da Secretaria de Estado de Saúde e subordinada ao Departamento Geral de Higiene e Vigilância Sanitária, a Coordenação de Saúde do Trabalhador e do Meio Ambiente tendo por objeto, o exercício de atividades de Vigilância Sanitária na área de saúde do trabalhador e do meio ambiente.

Parágrafo Único - As atividades mencionadas no presente artigo compreendem:

- I - Vigilância Sanitária dos agravos à saúde de origem ocupacional;
- II - Controle das condições do meio ambiente potencialmente danosa à saúde humana.

Art. 2º - Os membros de coordenação ora criada, serão designados em ato próprio a ser oportunamente expedido.

Art. 3º - Compete à Coordenação de Saúde

- I - Receber Notificação Compulsória Semanal de Acidentes de Trabalhos Graves e de Doenças de origem ocupacional;
- II - Proceder às atividades Epidemio-Sanitárias decorrentes da citada notificação;
- III - Investigar denúncias relativas à saúde do trabalhador e do meio ambiente;
- IV - Estabelecer programas com vista à consecução de suas finalidades.

Art. 4º - Compete, ainda, à Coordenação de Saúde do Trabalhador e do Meio Ambiente prestar assessoria técnica aos demais órgãos da SES, no que se refere à saúde do trabalhador e do meio ambiente.

Art. 5º - Fica delegada competência ao Coordenador Geral para expedir os atos necessários ao fiel cumprimento do disposto.

Art. 6º - Esta Resolução entra em vigor na data de publicação, revogando-se as disposições em contrário.

Rio de Janeiro, 07 de janeiro de 1988

ANTONIO SÉRGIO DA SILVA AROUCA  
Secretário de Estado de Saúde

DEPARTAMENTO GERAL DE HIGIENE E VIGILÂNCIA SANITÁRIA  
COORDENAÇÃO DE SAÚDE DO TRABALHADOR E MEIO AMBIENTE  
AV. GRAÇA ARANHA Nº 81/ 908/809 -Centro  
Tel: 240.1748

## Secretaria de Estado de Saúde

### Atos da Secretária

RESOLUÇÃO Nº 605 de 27 de dezembro de 1990

Institui o Conselho Estadual de Saúde do Trabalhador e dá outras Providências.

O SECRETÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE, no uso de suas atribuições legais e considerando:

- As atribuições decorrentes da implantação do Sistema Único de Saúde e da Constituição do Estado do Rio de Janeiro que estabelece a competência no artigo 290 inciso XI.

- "Coordenar e estabelecer diretrizes e estratégias das ações de vigilância sanitária e epidemiológica e colaborar no controle do meio ambiente e saneamento;"

- A fragmentação das ações relativas a área de saúde do trabalhador do Estado do Rio de Janeiro e a necessidade de acompanhamento permanente dessas ações.

### R E S O L V E:

Art. 1º - Instituir o Conselho Estadual de Saúde do Trabalhador com um representante das seguintes entidades, sob a Presidência do Primeiro.

- Secretaria de Estado de Saúde
- Conselho das Secretarias Municipais de Saúde do Rio de Janeiro
- Delegacia Regional do Trabalho
- Secretaria do Trabalho e Ação Social
- Fundação Estadual de Engenharia do Meio Ambiente
- Universidade do Estado do Rio de Janeiro
- Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro
- Universidade Federal Fluminense
- Fundação Oswaldo Cruz
- Departamento Intersindical de Estudos da Saúde e Ambiente do Trabalho
- Comissão Estadual de Saúde do Trabalhador - da CUT

- Representante Sindical dos Setores de Saúde
- Representante Sindical dos Setores de Transportes
- Representante Sindical dos Setores dos Químicos
- Representante Sindical dos Setores dos Metalúrgicos
- Representante Sindical dos Setores Rural
- Representante Sindical dos Setores Construção Civil
- Representante Sindical de outros ramos de servi

- Representante Sindical do Comércio
- Representante Sindical de outros ramos da Indústria

Parágrafo Único - O Conselho terá como secretário executivo o responsável pela área de saúde do trabalhador no Estado do Rio de Janeiro.

Art. 2º - O Conselho Estadual de Saúde do Trabalhador, tem como atribuições:

- Promover o desenvolvimento de ações integradas na área de saúde do trabalhador no Estado do Rio de Janeiro.
- Estabelecer política de treinamento e de recursos humanos para a área.
- Estabelecer prioridades das inspeções, fiscalizações, análise de ambientes e processos de trabalho, bem como outras ações de vigilância sanitária e epidemiológica, relacionadas com a área.
- Promover a implantação de ações de assistência à saúde do trabalhador nos diferentes níveis do sistema de saúde.
- Avaliar as ações de saúde do trabalhador desenvolvidas pelo sistema de saúde.
- Promover a vigilância sanitária e epidemiológica dos acidentes graves e doenças de origem ocupacional sob notificação compulsória.

Art. 3º - Para o exercício de suas funções os membros da comissão terão acesso permanente as informações necessárias, contidas em um sistema de informações referentes à saúde do trabalhador.

Art. 4º - Esta Resolução entrará em vigor na data de sua publicação revogadas as disposições em contrário.

Rio de Janeiro, 27 de dezembro de 1990

MARIA MANUELA P.C. ALVES DOS SANTOS  
Secretária de Estado de Saúde

**24** RIO DE JANEIRO • TERÇA-FEIRA  
20 DE AGOSTO DE 1991  
ANO XVII • Nº 159 • PARTE I

**D.O.** DIÁRIO OFICIAL  
Estado do Rio de Janeiro

RESOLUÇÃO Nº 676/SES De 13 de agosto de 1.991

**CONSTITUI O CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR**

O Secretário de Estado de Saúde, no uso de suas atribuições legais, e tendo em vista o disposto na Resolução nº 605/SES de 27/12/90

**R E S O L V E :**

Art. 1º - Constituir e instalar o Conselho Estadual de Saúde do Trabalhador, no âmbito do Sistema Único de Saúde do Estado do Rio de Janeiro, com seus respectivos representantes, efetivos e suplentes, indicados pelas instituições componentes, em conformidade com a Resolução nº 605/SES de 27 de dezembro de 1990.

Parágrafo Único: Fica assim composto dos seguintes membros o Conselho Estadual de Saúde do Trabalhador.

**Representante:**

Da Secretaria de Estado de Saúde

Presidente e Membro Efetivo - PEDRO GOMES VALENTE

Suplente - LUCIANO MEDEIROS DE TOLEDO

Secretário Executivo - JORGE MESQUITA HUET MACHADO

Secretário Adjunto - LUIZ CARLOS FADEL DE VASCONCELLOS

Da Coordenação de Relações de Trabalho do Instituto Nacional de Seguro Social - INSS.

Membro Efetivo - ALCIO BRAZ

Suplente - SILVIO CARLOS A. SILVA

Da Comissão Estadual de Saúde do Trabalhador da CUT - Central Única dos Trabalhadores.

Membro Efetivo - OSWALDO MARCOS ALBINO NETO

Do Setor Sindical dos Trabalhadores de Saúde

Membro Efetivo - VAGNER JESUS MARTINS

Do Setor Sindical dos Trabalhadores Químicos

Membro Efetivo - GERMANO DE MOURA LEITE

Do Setor Sindical dos Trabalhadores Metalúrgicos

Membro Efetivo - JOSÉ CARLOS MÁXIMO BARBOSA

Suplente - VANTUIR CORRÊA

Do Setor Sindical dos Trabalhadores Petroleiros

Membro Efetivo - ROBERTO ODILON HORTA

Do Setor Sindical dos Trabalhadores Rurais

Membro Efetivo - JACIR PEREIRA DA SILVA

Suplentes - JOAQUIM MARTINS DE CARVALHO

- IVO LUIZ CARDIM

Da Secretaria de Estado de Trabalho e Ação Social  
Membro Efetivo - CARLOS ALBERTO CAÓ DE OLIVEIRA  
Suplente - BENEDITO MINIZ

Da Fundação Estadual de Engenharia do Meio Ambiente

Membro Efetivo - REANAR ROQUE

Suplente - IVAN RODOLPHO DE ASSIS RACCIARDI

Da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Membro Efetivo - LUIZ ROBERTO FENÓRIO

Suplente - ADYR FONSECA JORDANO

Da Universidade Federal do Rio de Janeiro

Membro Efetivo - PEDRO GABRIEL GODINHO DELGADO

Suplente - MARIA YVONE CHAVES MAURO

Da Universidade Federal Fluminense

Membro Efetivo - MIGUEL ANGELO BAEZ GARCIA

Suplente - JOSÉ PARAVIDINO DE MACEDO SOARES

Da Fundação Oswaldo Cruz

Membro Efetivo - MARIA HELENA B. DE OLIVEIRA

Suplente - CARLOS MINAYO GOMES

Do Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde COESEMS-RJ

Membro Efetivo - GILSON CANTARINO O'DWYER

Suplente - RONALDO ARINO MARQUES DOS SANTOS

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

Membro Efetivo - DIANA ANTONAZ

Suplente - RICARDO GARCIA DUARTE

Do Setor Sindical dos Trabalhadores da Construção Civil

Membro Efetivo - FELÍCIO MARTINS SOBRINHO

Suplente - WALDOMIRO VALENTIM DE SOUZA

Do Setor Sindical dos Trabalhadores em Transportes

Membro Efetivo - ERTHA LUCIA BUYS

Art. 2º - O Conselho Estadual de Saúde do Trabalhador arbitrará sobre a entrada de novos representantes, a ser referendados pelo Secretário de Estado de Saúde em Resolução complementar.

Art. 3º - Esta Resolução entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Rio de Janeiro, 13 de agosto de 1991

PEDRO GOMES VALENTE  
Secretário de Estado de Saúde

## ANEXO 4

### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado(a) para participar, como voluntário, na pesquisa **“Análise da trajetória do controle social em saúde do trabalhador no Estado do Rio de Janeiro.”** Após ser esclarecido(a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa você não será penalizado(a) de forma alguma.

Você foi selecionado por ter participado diretamente no processo de criação do CONSEST/RJ na época do estudo (1990 a dias atuais), ou por estar ou ter estado na função de Direção / Gerência na divisão de saúde do trabalhador no estado do Rio de Janeiro. A sua participação será através de entrevistas com um roteiro que estará à sua disposição. Estas entrevistas serão realizadas com a finalidade de abordar questões relacionadas com o Controle Social em Saúde do Trabalhador no Estado do Rio de Janeiro.

Sua participação não é obrigatória. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição que se destina esta dissertação. Você tem a garantia que receberá respostas a qualquer pergunta e esclarecimento de qualquer dúvida quanto aos assuntos relacionados à pesquisa.

Os objetivos deste estudo são:

- Efetuar uma reconstituição histórica das principais ações realizadas pelo CONSEST/PST no Estado do Rio de Janeiro.
- Analisar a influência exercida pelos diversos atores sociais e institucionais na definição de estratégias e no desenvolvimento das ações realizadas pelo CONSEST.
- Avaliar os níveis de articulação intersetorial atingida na implantação e efetivação das propostas definidas no CONSEST.
- Interpretar a origem dos avanços obtidos e das limitações encontradas na implementação das ações.
- Descrever a situação atual da prática do controle social na área da saúde do trabalhador no Estado.

As entrevistas serão realizadas na sua Unidade de exercício atual ou órgão administrativo em que está lotado. Não há número pré-definido de participantes das entrevistas da amostra, pois estes serão convidados e terão livre iniciativa para participação.

Os riscos relacionados com sua participação serão mínimos, pois haverá sigilo dos nomes das pessoas e das unidades. Não há danos previsíveis decorrentes da pesquisa.

Os benefícios relacionados com a sua participação serão conhecer a trajetória e as características do controle social em saúde do trabalhador no Estado do Rio de Janeiro, através das experiências da participação dos trabalhadores no desenvolvimento das políticas de saúde do trabalhador, com a finalidade de contribuir e aperfeiçoar a gestão democrática dos serviços de saúde do trabalhador no Estado, além de se compreender a natureza das questões que levaram à situação atual.

As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação. Os voluntários terão direito à privacidade. A identidade (nomes e sobrenomes) do participante não será divulgada. Porém, você como voluntário assinará o termo de consentimento para que os resultados obtidos possam ser apresentados em congressos e publicações.

Como já dito, você está recebendo uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

---

Kelly Cristina Freitas da Costa

Rua Leopoldo Bulhões - Fiocruz/ENSP/CESTEH sala 05

Cep : 22.041-210

Tel: 21- 2598-2832

Comitê de Pesquisa -ENSP/FIOCRUZ

Rua Leopoldo Bulhões 1480-sala 314 Manguinhos /RJ CEP:21041-210

Tel: 2598 2863.

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

---

## **ANEXO 5**

### **Roteiro para as entrevistas**

- Período em que o entrevistado atuou no CONSEST.
- Ações mais significativas realizadas pelo CONSEST nesse período.
- Resultados obtidos no desenvolvimento dessas ações.
- Origem dos avanços conseguidos e das limitações encontradas.
- Finalidade e importância da contribuição das Câmaras Técnicas.
- Articulação intersetorial existente na época para definição de prioridades e implementação das ações.