

Controle social, mundo do trabalho e as Conferências Nacionais de Saúde da virada do século XX

Social Control, work world and the National Conferences of Health at the turn of the 20th century

Francisco Antonio de Castro Lacaz¹
Solange Maria Ribeiro Flório¹

Abstract *The practice of social control in the field of the worker's health has been facing barriers imposed by the globalization and the restructuring in the work world, either because of the weakness of the workers' unions, or by the absence of representatives of the various workers categories without formal work bond, belonging to the expressive informal/precarious market. In the beginning of the 20th century, big National Conferences of Health were marked by political contexts with significant differences, favoring the lack of articulation among the representative bases that were engaged mainly in fragmented demands and particular interests. To contemplate on as the legitimate representation of the workers' classes is configured, either belonging to the formal market, or informal/precarious, is necessary against the evidences that the current arrangement is impeding the deepening of the specific worker's health issues.*

Key words *Social control, Worker's health, National Conferences of Health, Work world, Informal employment*

Resumo *A prática do controle social no campo da saúde do trabalhador vem enfrentando as barreiras impostas pela globalização e pela reestruturação d(n)o mundo do trabalho, seja pelo enfraquecimento dos sindicatos de trabalhadores, seja pela ausência de representantes das várias categorias de trabalhadores sem vínculo formal de trabalho, pertencentes ao expressivo mercado informal/precarizado. Na virada do século XX, as grandes Conferências Nacionais de Saúde foram marcadas por contextos políticos com diferenças significativas, o que favoreceu a falta de articulação entre as bases representativas, que se ocupavam principalmente com as demandas fragmentadas e interesses particularistas. Refletir sobre como se configura a legítima representação das classes de trabalhadores, sejam elas pertencentes ao mercado formal ou informal/precarizado, faz-se necessário diante das evidências de que o arranjo atual vem impedindo o aprofundamento dos assuntos específicos da saúde do trabalhador.*

Palavras-chave *Controle social, Saúde do trabalhador, Conferências Nacionais de Saúde, Mundo do trabalho, Mercado informal*

¹ Departamento de Medicina Preventiva, Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, Unifesp. Rua Borges Lagoa 1341, Vila Clementino. 04038-034 São Paulo SP. franlacaz@hotmail.com

Introdução

O modo de participação da sociedade civil nas políticas públicas de saúde vem sendo designado por várias denominações desde a Constituição de 1988, tendo sido inicialmente denominado de participação da comunidade, participação da sociedade e, finalmente, Controle Social (CS)¹. Tal termo, cujo sentido ambíguo pode expressar tanto as formas de controle do Estado sobre a sociedade, quanto o controle da sociedade civil sobre o Estado, dá margem a questionamentos, como argumenta Correia²: ***O campo das políticas sociais é contraditório, [...] o Estado controla a sociedade, ao tempo em que incorpora as suas demandas. É neste campo contraditório que nasce um novo conceito de Controle Social em consonância com a atuação da sociedade civil organizada na gestão de políticas públicas no sentido de controlá-las para que atendam às demandas e os interesses da coletividade.***

Tomando-se por base a definição do CS em saúde como sendo a participação da comunidade na formulação e execução das políticas de saúde formuladas pelo Estado, tentar-se-á, neste texto, interpretar a maneira como ele se estabelece no campo saúde do trabalhador (ST)³.

Os cenários eleitos para este estudo foram as XI e XII Conferências Nacionais de Saúde (CNS), de 2000 e 2003, respectivamente, e a III Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador (CNST), realizada em novembro de 2005.

Tal reflexão faz-se necessária por entender-se que as transformações provocadas pela globalização e reestruturação d(n)o mundo do trabalho influenciaram sobremaneira as instâncias tradicionais de representação dos trabalhadores, principalmente os ligados ao mercado dito “informal” ou precarizado^{4,5}.

Mesmo do ponto de vista conceitual, a participação de representantes dos sindicatos de trabalhadores e patronais no CS do SUS merece uma análise crítica, visto que são eleitos em instâncias cujos interesses não perpassam os da saúde coletiva, dada a fragmentação de interesses que representam. O mesmo ocorre com a participação de representantes da Igreja, representando retrocesso quanto ao ideal republicano da separação Estado – Igreja, estabelecido após duros embates, o que desemboca na defesa de demandas fragmentadas e particularistas⁶.

Além do mais, as grandes mudanças introduzidas pela reestruturação produtiva neoliberal favorecem a falta de legitimidade representa-

tiva dos sindicatos dos trabalhadores, particularmente nos países capitalistas periféricos, onde o desemprego, a perda de vínculos e direitos trabalhistas é mais perversa⁷.

No que se refere ao potencial de participação da sociedade nos destinos das políticas públicas de saúde, as Conferências Nacionais de Saúde (CNS) vêm ocorrendo desde 1941; porém, somente a partir da Lei nº 8.142/90, que consubstanciou as deliberações advindas da VIII CNS⁸, passaram a ter a aspiração de ser a máxima expressão da participação popular na avaliação e formulação de diretrizes para as políticas de saúde. A realização destas conferências foi marcada por contextos políticos significativamente diferentes, nos quais se observam mudanças consideráveis nos documentos que encerram as normas de funcionamento destes acontecimentos.

De fato, o que ensejou esta discussão foi a realização da III CNST, em novembro de 2005, considerando a suposta ingerência do Conselho Nacional de Saúde (CoNaSa) na sua organização, relevando toda experiência acumulada pelo campo ST, que já preconizava e adotava a participação dos trabalhadores antes mesmo do SUS existir. Expressão disto era a co-gestão dos sindicatos de trabalhadores nos Programas de Saúde do Trabalhador (PST) implantados em vários estados do Brasil, a partir de meados dos anos oitenta^{9,10}.

Metodologia

O presente objeto de investigação encontra-se no campo das relações sociais, onde o que se busca é a compreensão destas relações através do conhecimento de um fenômeno histórico.

Trata-se de uma pesquisa social, considerando que a temática apresentada é um problema compartilhado por segmentos sociais formados por atores cujos valores refletem “posições frente à realidade, momentos do desenvolvimento e da dinâmica social, preocupações e interesses de classes”¹¹. Adotou-se como instrumento de investigação a metodologia qualitativa, que além de contemplar a difícil análise das relações sociais, permite investigar a construção do conhecimento coletivo. Inclui-se como técnica de investigação a leitura reflexiva sobre a legislação brasileira, análise dos relatórios finais das XI, XII Conferências Nacionais de Saúde e III Conferências Nacionais de Saúde do Trabalhador, além de revisão bibliográfica sobre o tema.

Bases legais e registros sobre a participação popular nas políticas de saúde

Compreender o contexto no qual se compôs o conceito e a forma de apresentação do CS remete a análise ao momento de realização da VIII CNS, realizada em março de 1986. Na tentativa de estabelecer o seu marco teórico-conceitual, considerar-se-á ser este o momento em que a participação da sociedade inspirava a reformulação do Sistema Nacional de Saúde, através do movimento denominado Reforma Sanitária⁷.

Na ocasião, o cenário adornava-se com o fervoroso sentimento de liberdade, estabelecido pelos princípios democráticos recém-adotados pelo país, em oposição ao regime militar autoritário que se encerrava. Conforme esclarece Lima¹²: ***No contexto em que se fortaleceu o movimento democrático em oposição ao regime militar, a relação entre saúde e democracia esteve no centro do debate político. Tal compreensão acentuou-se nos debates durante a VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, na qual se definiram princípios e linhas de atuação do projeto da Reforma Sanitária que viria orientar a proposta do movimento sanitarista no processo constituinte de 1988.***

No relatório final da VIII CNS, no item do “Tema I: Saúde como Direito”, observa-se a proposição do Estado em assumir uma política de saúde cujo controle seria realizado pela população: ***Há, simultaneamente, necessidade do Estado assumir explicitamente um política de saúde [...] isso será garantido mediante o controle do processo de formulação, gestão e avaliação das políticas sociais e econômicas pela população***⁸.

No mesmo relatório, em referência ao “Tema II: Reformulação do Sistema Nacional de Saúde”, foi recomendada a organização de um Conselho Nacional de Saúde, cujos integrantes deveriam representar o governo, os partidos políticos, as centrais sindicais e os movimentos populares. Além disso, era advogada a formação de conselhos municipais, regionais e estaduais, sendo seus representantes eleitos por usuários e prestadores de serviços, imbuídos do objetivo de participar do planejamento, execução e fiscalização das ações do Estado.

O termo CS dos serviços de saúde aparece no momento em que na VIII CNS é manifestada a importância das informações para a sua efetivação no “Tema II - Reformulação do Sistema Nacional de Saúde”: “É indispensável garantir acesso da população às informações necessárias ao controle social dos serviços”⁸.

Após mais de dois anos da VIII CNS, foi promulgada a nova Constituição Federal¹³, na qual a participação da sociedade civil se apresenta de forma ambígua diante da ausência de critérios para sua efetivação. O texto constitucional explicita o caráter dual da participação da sociedade, sendo proposto que ocorrerá de forma direta (nas instâncias colegiadas) ou indireta (por representantes eleitos). Refere-se à participação da comunidade de forma que possa representar diretamente a sociedade civil, porém não esclarece as condições em que esta ocorrerá, nem tampouco cita a dinâmica de constituição dos conselhos e conferências.

No início dos anos noventa, Frederico⁶ elaborou críticas aos limites estruturais que o chamado CS na Saúde proposto pela Constituinte embutia ao embaralhar democracia direta e representativa com particularismos de interesses. Numa abordagem bastante provocativa, referia que a Constituição, apesar da referência ao princípio universal, foi elaborada não como um projeto de base, com vistas a fortalecer a democratização do país, mas a partir de manobras exercidas nas comissões e subcomissões destinadas a discutir e redigir o texto constitucional. Na ocasião, afirmou: ***Os avanços nos direitos sociais foram, portanto, obtidos através de uma série de manobras parlamentares. Não resultaram da pressão popular e das campanhas públicas de esclarecimentos efetuadas pelos partidos políticos e centrais sindicais. Nesse sentido, o processo constituinte não serviu para fortalecer a democracia, já que as conquistas foram independentemente da ação dos partidos políticos e da mobilização popular***⁶.

Diante desta colocação, insinua-se que havia influências de grupos estrategicamente organizados para obter favorecimentos, o que faz pensar na hipótese de que “lobbies” compunham o cenário da construção e elaboração da Lei suprema¹³. Segundo Viana¹⁴, ***Criaturas da modernização autoritária, os novos [...] atores e interesses, neófitos em participação e carentes de canais de representação política, aderiram ao lobbying como forma de pressionar os decisores em favor de seus pleitos.***

Dois anos passados da promulgação da nova Constituição, mais precisamente em agosto de 1990, o Governo Federal determina, através do Decreto nº 99.438¹⁵, como seria organizado o Conselho Nacional de Saúde (CoNaSa), órgão colegiado cujos membros representam ministérios, além de diversos segmentos da sociedade.

Na sequência dos acontecimentos, é sancionada a Lei nº 8.080/90¹⁶, em setembro de 1990,

cujo objeto é o Sistema Único de Saúde. Esta lei baseou-se no Decreto nº 99.43815¹⁵ e incluiu, de forma sumária, em seu “Título II – Do Sistema Único de Saúde, Capítulo II – Dos Princípios e Diretrizes”, Artigo 7º, inciso VIII, a participação da comunidade como um de seus princípios.

Ainda em 1990, foi sancionada a Lei nº 8.142¹, a qual prevê legalmente a realização das Conferências Nacionais de Saúde e a constituição do CoNaSa, cujo objetivo é regulamentar a participação comunitária na formulação e fiscalização das políticas de saúde exercidas pelo Estado.

Ressalta-se que o CoNaSa fora mencionado na Lei nº 378 de 13 de janeiro de 1937¹⁶, a qual se prestou a dar nova organização ao então Ministério da Educação e Saúde Pública. Na mesma lei, no Capítulo VI – Das Formas de Ação da União, artigo 90, fica instituída também a Conferência Nacional de Saúde: ***Ficam instituídas a Conferência Nacional de Educação e a Conferência Nacional de Saúde, destinadas a facilitar ao Governo Federal o conhecimento das atividades concernentes à educação e à saúde, realizadas em todo o país, e orientá-lo na execução dos serviços locais da educação e de saúde [...] nelas tomando parte autoridades administrativas que representam o Ministério da Educação e Saúde e os governos dos Estados [...]***¹⁷. Observa-se, então, que a partir de 1941, já aconteciam as Conferências de Saúde, porém estas não contemplavam a participação da sociedade civil, nem tampouco tinham função deliberativa.

Em relação à forma de composição da representação dos usuários nos conselhos e conferências, a Lei nº 8.142/90¹, em seu parágrafo 4º, estabelece que deverá ser paritária em relação aos demais segmentos, “Art. 1º § 4º A representação dos usuários nos Conselhos de Saúde e Conferências será paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos”¹. Quanto à organização destas instâncias, o parágrafo 5º apresenta a proposição de que ambos deverão aprovar regimento para definir suas normas de organização, “§ 5º As Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde terão sua organização e normas de funcionamento definidas em regimento próprio, aprovadas pelo respectivo conselho”¹.

Passaram-se dois anos até que, em 1992, o Plenário do CoNaSa aprovou a Resolução nº 33 de 3/12/1992¹⁷, cujo título “Recomendações para constituição dos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde” encerra a distribuição da representação dos conselhos. Tal resolução define que o CoNaSa propicia o controle social do SUS, referindo-se à paridade na representação da socie-

dade, sendo ela composta por 50% de representantes de usuários, 25% de representantes de trabalhadores da saúde e 25% de representantes de prestadores de serviços de saúde, tanto públicos como privados. Dentre os 50% de usuários, recomenda-se a participação de sindicatos de trabalhadores, de movimentos comunitários organizados na saúde, de associações de moradores, de associações de portadores de deficiências e de outras patologias e de entidades de defesa do consumidor.

Certamente, acreditava-se que com isto a participação popular no CS das políticas de Estado se fortaleceria. No entanto, o que vem sendo observado é a falta de articulação entre as bases representativas gerada principalmente pela ausência ou insuficiência de informações necessárias às tomadas de decisões e pelo clientelismo que se forma a partir de demandas fragmentadas e particularistas, como apontava Frederico⁶: ***Nesta conjuntura, surge agora uma segunda forma de representação estabelecida pela lei e que, de fato, vai decidir sobre as questões de saúde. E essa forma de poder é essencialmente particularista.***

Em 1999, o Plenário do CoNaSa aprova a Resolução nº 291¹⁸ em 06 de maio, que se traduz no regimento interno do CoNaSa, o qual determina suas competências. O seu artigo 3º refere que, dentre outras competências, cabe ao CoNaSa a aprovação das normas de funcionamento das Conferências Nacionais de Saúde: ***Aprovar a organização e as normas de funcionamento das Conferências Nacionais de Saúde, reunidas ordinariamente, a cada 4 (quatro) anos, e convocá-las, extraordinariamente, na forma prevista pela Lei 8.142/90***¹⁹.

Tal resolução estabelece itens como a periodicidade das reuniões, a composição do plenário, os temas pautados, além de atribuir as funções dos conselheiros. Dentre elas, cita-se a legitimidade representativa dos interesses da população, conforme descrito na Seção III – Atribuições dos Representantes do Colegiado. Subseção I – Representantes do Plenário, Art. 25, inciso IX: ***Construir e realizar o perfil duplo do Conselheiro - de representação dos interesses específicos do seu segmento social ou governamental e de formulação e deliberação coletiva no órgão colegiado, através de posicionamento a favor dos interesses da população usuária do Sistema Único de Saúde***¹⁹.

Observa-se que este artigo revela a intenção de que o conselheiro tenha um perfil tal que lhe permita, ao mesmo tempo, representar os interesses do governo e se posicionar a favor dos interesses dos usuários do SUS. Tal posição no mí-

nimo é desconfortável, visto a atual disparidade entre as necessidades da população de usuários e a capacidade de atendê-las por parte do Estado.

Pode-se dizer que, na década de noventa, estabeleceu-se o arcabouço legislativo que registra a participação da comunidade no controle e formulação das políticas de saúde. Entretanto, os critérios utilizados na escolha dos representantes dos usuários propiciam a prevalência de interesses particularistas em sobreposição à ampla discussão que envolve as questões de saúde pública⁶. Em tom provocativo, Frederico⁶ acrescenta que estamos diante de um “duplo sistema de deliberação política”, uma “forma híbrida de poder democrático”, que mistura democracia direta e indireta. Ao considerar que o povo já se faz representar indiretamente, nos poderes executivo e legislativo, pelo voto, e que a saúde pública é pautada em todas as plataformas eleitorais, torna-se evidente a aprovação dos programas apresentados pela maioria representativa. Porém, a baixa atuação dos partidos políticos vem privilegiando a presença de “entidades classistas” e órgãos que “dizem representar a sociedade civil organizada⁶”. ***Esses representantes falam em nome do interesse universal do povo, mas o povo já elegeu os seus representantes com seus respectivos programas para a saúde. Porém, quem decidirá sobre isso não serão eles e sim a “comunidade”, isto é, as corporações profissionais, a burocracia estatal e os representantes dos conglomerados aleatórios e mutáveis. Na hora da decisão, estes últimos têm um poder desproporcional e sem bases legítimas⁶.***

Arrisca-se uma hipótese sobre as questões apresentadas: a forma como se estabelece legalmente o CS favorece a participação de atores cujos interesses particulares, colocados nas grandes arenas de discussão, prevalecem aos interesses coletivos. Tal arranjo vem impedindo o aprofundamento dos assuntos específicos da saúde do trabalhador e a elaboração de programas capazes de atender efetivamente a saúde desta importante parcela da população.

O poder da participação e a participação do poder

A participação popular envolve necessariamente a movimentação de atores sociais organizados em agrupamentos de diversas naturezas, cujos interesses particulares e coletivos podem variar de acordo com o conjunto de saberes e concepções também individuais e/ou coletivas. Segundo Goulart¹⁹, os atores sociais possuem opini-

ões, imagens e percepções que caracterizam ***as representações sociais, [...] as representações sociais constituem um sistema de valores, noções e práticas ligados a um conjunto de relações sociais e processos simbólicos que instaura a possibilidade de orientação dos indivíduos no mundo social e material, além de possibilitar a tomada de posição e a comunicação intergrupala, bem como a decodificação deste mundo e da história individual e coletiva do grupo¹⁹.***

Estes atores se encontram em graus variados de politização, cujas percepções sobrevivem de experiências diversas e cujas relações com o Estado diferem principalmente enquanto categoria inserida na produção no mercado de trabalho. No caso da saúde, a participação dos atores sociais, mesmo que não significando a “instauração de novas formas de poder externo ao aparelho estatal”, é feita através das modalidades “conselhistas”, na qual, segundo Goulart, [...] ***é relevado o papel dos movimentos sociais, os quais, com maior ou menor grau de ideologização, têm representado a expressão mais destacada de novas formas de sociabilidade²⁰.***

A forma de organização político-partidária brasileira e a proeminência do Poder Executivo sobre o Legislativo e o Judiciário favorecem um poder cuja relação é direta e clientelista, em que a forma de participação se traduz “por um caráter de fragmentação de demandas, formuladas através de súplicas e reivindicações, não propriamente como direitos assumidos”¹⁹.

Na década de oitenta, as manifestações populares chegaram ao ápice e o termo “participação popular” referia-se a uma concepção mais ampliada do que apenas o movimento sindical ou político-partidário²¹.

O Estado Moderno utiliza recursos advindos da cobrança de impostos e taxas para manter a prestação de serviços e bens de consumo coletivo, além de investimentos na infraestrutura industrial. Numa posição crítica, Valla²⁰ refere que os países de economia capitalista são pressionados a investir mais em obras de desenvolvimento da indústria do que na quantidade e qualidade de serviços de consumo coletivo. Este modelo contrapõe-se aos modelos de proteção social e de cidadania, na medida em que a adoção das leis do capital afeta profundamente a capacidade do Estado prover condições que favoreçam o bem coletivo.

Na contramão das forças capitalistas, o sentido que se dá à participação popular é uma tentativa de as forças sociais se fortalecerem para fiscalizar e avaliar as políticas públicas²¹.

A complexidade das relações entre o Estado e

a sociedade vem favorecendo o desenvolvimento de uma cidadania política e social bastante conflituosa, em que hora prevalece a hegemonia do Estado e hora se destaca a hegemonia de determinado grupo social, seja ele representado pela Igreja, por sindicatos ou associações²².

Nas dimensões organizacionais do Estado, especificamente no setor saúde, a categoria participação do cidadão, de acordo com Costa²², vem se expressando a partir das necessidades não satisfeitas da reprodução da força de trabalho e do estilo de fazer política, baseado em “inversões públicas rentáveis à reprodução do capital”²².

Segundo Gawryszewski²¹, nos países em desenvolvimento, utiliza-se o conceito de participação política para indicar a prática da cidadania, embora Costa²² refira que, no capitalismo, não existe relato de experiência de participação nos mecanismos de controle do poder estatal pela “classe trabalhadora, enquanto força hegemônica no campo institucional”.

Diante de tais considerações, pode-se afirmar que, sob a luz das contradições presentes no conceito de cidadania, e sendo o CS uma prática vinculada a este conceito; sua eficiência, enquanto instrumento democrático da soberania popular, está sujeita aos mecanismos que favoreçam ao controle das ações do Poder Executivo.

Neste cenário, Santos e Cardoso²³ referem que as novas formas de gerência pública priorizam o CS *a posteriori*, por resultados; no entanto, a sua contrapartida deve ser o exercício da “cidadania em seus múltiplos aspectos”, revelando a importância da utilização das tecnologias de informação e comunicação como forma de “melhorar o relacionamento Estado - Sociedade, tanto no que se refere à transparência das ações como à garantia de acesso a informações governamentais”²³. Suspeita-se que os textos oficiais que tratam da proposta de participação popular o fazem de forma indefinida, favorecendo a manutenção do poder de decisão nas mãos de técnicos e da burocracia governamental.

Na intenção de refletir sobre o CS para além das questões técnicas, Santos e Cardoso²³ referem que um dos grandes problemas encontrados na administração pública é a perda de credibilidade do sistema político-administrativo diante dos rumos que vêm tomando questões como “corrupção, nepotismo, fisiologismo, crime organizado, favorecimento e ‘mordomias’”²³. A forma como o brasileiro se apropria dos cargos públicos está ligada à estratégia de formação social do “homem cordial”, que se “traduz na tendência nativa a estabelecer todas as suas relações com

base na afetividade e, principalmente, na dificuldade de ‘objetivizar’ ou ‘racionalizar’ as relações fora da família”²³. De forma que fica mais fácil “familiarizar” todos os relacionamentos, mesmo aqueles relacionados aos interesses coletivos.

A prática do nepotismo, revela Carvalho²⁴, é uma ação comum na administração pública, independente do partido da situação, tão comum que vem se explicitando *nos Conselhos Públicos (Saúde, Educação, Segurança, Meio Ambiente, Idoso, etc.)*. *Aí também pode existir conselheiro, até como dirigente, cujo voto esteja atrelado à Administração por parente pendurado na gestão direta, indireta ou terceirizada pública. Podemos estar perdendo o peso constitucional do controle dos Conselhos Públicos, por votos conspurcados no nepotismo sorrateiro praticado*²⁴.

Aqui não se contesta a prática do CS como atividade inerente ao exercício da democracia, e necessária para o fortalecimento da sociedade civil, ou seja, aquela que alcança seus objetivos à medida que se elevam os níveis de organização e consciência da comunidade. Aqui se discute o CS colocado em prática no Brasil, cuja representação pulverizada e institucionalmente indefinida põe em xeque o poder da representação popular e favorece a representação do Poder Estatal.

Controle social e saúde do trabalhador: reflexos da XI Conferência Nacional de Saúde

A XI CNS, realizada em Brasília no período de 15 a 19 de dezembro de 2000, cujo tema foi “Efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na Atenção à Saúde, com Controle Social”, ocorreu na última metade do segundo mandato da gestão de Fernando Henrique Cardoso e, no seu relatório final²⁵, questões importantes relativas ao tema foram assinaladas.

A primeira observação está no próprio título da XI CNS, em que o termo controle social aparece fazendo parte de sua denominação, além de aparecer em evidência na Carta da XI CNS²⁵ no *slogan* “A efetivação do SUS só é possível com o controle social !!!”. Neste sentido, e devido ao seu considerado avanço, a questão do CS é tratada de forma entusiasmada no relatório final da XI CNS: *Os participantes da XI [...] entendem que houve avanço significativo no controle social do SUS nos últimos anos, como fruto de intensas mobilizações e lutas [...] Os Conselhos Municipais de Saúde são os mecanismos de controle social que mais avançaram na aproximação com as necessidades e deman-*

*das dos cidadãos*²⁵. No entanto, o texto revela elementos suficientes para se suspeitar de tal avanço. No parágrafo seguinte do mesmo relatório, são alegados problemas operacionais, principalmente os voltados à falta de informação por parte dos conselheiros: ***A adequada participação dos conselhos na gestão do SUS, [...], ainda sofre impedimentos diversos [...]: a) falta de controle sobre central de marcação; b) pouco acesso aos dados do Datasus para orientar as prioridades e o planejamento; c) carência de informação sobre o próprio SUS, que distancia os usuários do sistema da participação efetiva nos Conselhos de Saúde***²⁵. A falta de base para atuação dos conselhos no CS é relatada de maneira clara no relatório²⁵, quando neste é assinalada, mediante certo “fetiche informativo”, a carência de [...] ***estrutura, capacitação e assessoria para assumirem as tarefas decorrentes de uma postura mais ativa de apropriação e uso das informações, refletindo-se em controle social pouco efetivo***²⁵.

Além do que, a subserviência dos conselhos frente aos “poderes constituídos” é determinada pela ausência de autonomia financeiro-administrativa e pela sua frágil base legal, o que dá margem à existência de “conselhos de balcão”, remetendo-nos à reflexão sobre a forma como foi concebido o texto constitucional. A frequente referência ao uso da informação em saúde como fator preponderante na baixa atuação dos conselhos no CS, superestimando “tecnicidades” no trato da mesma, retira o foco da questão política, aspecto mais relevante para explicar a carência de representatividade dos conselhos. Ao assim proceder, valoriza-se mais a aparência do que a essência do problema e confundem-se os papéis dos atores/sujeitos sociais.

Dentre os fatores que tentam evidenciar a falta de ascensão do CS, pode-se considerar os escândalos ético-financeiros vividos pela sociedade brasileira na atualidade e a baixa capacidade de representação dos trabalhadores, diante do novo mundo do trabalho, consequente da reestruturação produtiva neoliberal globalizada, pelo grau de “politicidade” com que se apresentam. O mesmo relatório²⁵ aponta vários aspectos que tentam explicar as dificuldades para o desenvolvimento do CS e, destes, destacam-se os mais relevantes: [...] ***a) a ausência de uma cultura de controle social e transparência na gestão dos recursos públicos [...]; b) a falta de legitimidade de alguns conselhos municipais [...]; c) a desarticulação dos Conselhos com a sociedade [...]; f) a falta de representatividade dos conselheiros, frequentemente desarticulados das bases, instituições ou segmentos***

que representam [...] com pouca capacidade para formular propostas alternativas e efetivas aos problemas de saúde, sendo [...] indicados clientelisticamente, dentro de um contexto geral que é de desorganização da sociedade civil [...]²⁵.

No caso específico da saúde do trabalhador, este relatório²⁵ defende corretamente a implementação dos programas na rede básica dos municípios, bem como os serviços de referência, propondo também a integração do Programa de Saúde do Trabalhador com os Programas de Saúde da Família/Programas de Agentes Comunitários de Saúde, de conformidade com a Portaria nº 3.120/98²⁶, que se refere à Norma Operacional em Saúde do Trabalhador (NOST). Ademais, demonstra sensibilidade com relação à “nova” realidade do mundo do trabalho, consequente da reestruturação produtiva neoliberal globalizada.

Ao pensar a atenção à saúde dos trabalhadores, anuncia a proposta de uma Rede Nacional de Saúde do Trabalhador, a qual foi normatizada apenas em setembro de 2002, sob o nome de Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador, a qual deveria seguir os princípios do SUS para a consolidação do CS, com se observa nos itens a seguir: ***c) criar políticas de atenção à saúde dos trabalhadores precarizados, trabalhadores informais, [...] à domicílio, [...], terceirizados, temporários, etc.; d) implantar a rede de saúde do trabalhador integrada à Rede Nacional de Saúde do Trabalhador (RENAST), [...] f) requerer ao Ministério da Previdência Social a ampliação e a consolidação do controle social segundo os princípios do SUS (Leis nos. 8.080/90 e 8142/90) e Portaria do MS nº 3.120/98 (NOST)[...]***²⁵.

A Portaria nº 3.120/98²⁶ inclui dentre os seus “Princípios” o CS na saúde do trabalhador, reforçando o propósito de incorporar os trabalhadores e suas respectivas representações sindicais na construção das ações de vigilância à saúde do trabalhador, conforme descrito no item 3. Princípios, sub-item 3.4. Controle Social: ***incorporação dos trabalhadores e das suas organizações, principalmente as sindicais, em todas as etapas da vigilância em saúde do trabalhador; compreendendo sua participação na identificação das demandas, no planejamento, no estabelecimento de prioridades e adoção de estratégias, na execução das ações, [...] acompanhamento e avaliação, no controle da aplicação de recursos***²⁶. Pode-se constatar que a portaria não contempla a participação de uma importante parcela de trabalhadores pertencentes ao mercado informal ou precarizado. Segundo Lacaz²⁷, este mercado é caracterizado como tal por tratar-se de um mercado que se situa fora

das políticas de tributação e arrecadação; no entanto, o termo informal seria inadequado, pois a formalidade na gestão da produção se equipara, ou sobrepuja, às próprias exigências do mercado formal. ***O que se entende por informalidade e a própria conceituação de mercado informal é algo ainda difícil de estabelecer, na medida em que se trata de um mercado de trabalho que se situa fora do Estado no que se refere às políticas de tributação e arrecadação; mas que apresenta uma real formalidade na maneira de gerir a força de trabalho e de produzir; tornando-se tão ou mais perverso do que o próprio mercado formal***⁷.

A XII Conferência Nacional de Saúde: perigos de uma votação postergada

A XII CNS foi denominada Conferência Antonio Sergio da Silva Arouca, em homenagem ao grande sanitarista falecido em agosto de 2003. Sob o tema “Saúde um Direito de Todos e um Dever do Estado. A Saúde que temos, o SUS que queremos”, foi realizada em dezembro de 2003, no intento de antecipar a discussão sobre as diretrizes adotadas na política de saúde, ao final do primeiro ano de mandato do ainda cheio de esperanças governo Lula da Silva.

O relatório final da XII CNS²⁸ foi publicado somente no final de 2004 e teve grande parte de suas deliberações votadas em domicílio, o que foi assim justificado pelos relatores, ao lado de uma insinuação pela revisão do modelo: [...] ***extensão da pauta e o detalhamento de propostas comprometeram a finalização dos trabalhos[...] exigidos novos encaminhamentos, com destaque para a prioridade de temas relevantes mais polêmicos e a primeira experiência de votação domiciliar. [...] parece-nos estar se firmando um consenso de que a metodologia das conferências necessita de profunda revisão***²⁸.

Aqui cabe assinalar que foram imputados pelo CoNaSa, numa postura no mínimo questionável - como se fossem característicos apenas dessa conferência - os problemas referentes à retardada aprovação final do relatório final ao [...] ***complexo processo de organização da 12ª. Conferência, proporcional à atual amplitude do controle social em saúde no País [...] os temas polêmicos e posições divergentes, [...] a limitação temporal que não permitiu esgotar todas as questões levantadas, dentre outros fatores, impuseram dificuldades para a conclusão de todas as votações pelo Plenário da Conferência***²⁸.

Frise-se que tal dificuldade obrigou, de forma

inusitada, de acordo com decisão do plenário da XII CNS, ao CoNaSa realizar de forma questionável, [...] ***uma minuciosa revisão das deliberações e o envio aos delegados das questões pendentes para votação, [em domicílio] que retornaram suas decisões, garantindo assim a exatidão do que foi [...] discutido durante a Conferência***²⁸.

O que não foi explicitado na manifestação do plenário do CoNaSa é que, após a atuação da comissão geral de relatoria e da comissão revisora, restou a pendência de votação de 81 itens, a qual foi “resolvida” através do seu envio para o domicílio dos delegados.

O relatório final da XII CNS²⁸ aponta para questões já assinaladas e até com maior “espírito crítico” do que no relatório da XI CNS: ***Os Conselhos de Saúde têm avançado significativamente no processo de formulação e controle da Política Pública de Saúde, mas enfrentam [...] obstáculos importantes, [...]: o não exercício do seu caráter deliberativo na maior parte dos municípios [...]; a ausência de outras formas de participação; a falta de uma cultura de transparência e de difusão de informações na gestão pública; e a baixa representatividade e legitimidade de [...] conselheiros nas relações com seus representados***²⁸.

É importante ressaltar que o trecho acima grifado diz respeito diretamente à situação de fragilidade vivida pelo CS em saúde do trabalhador diante da nova realidade do mundo do trabalho, caracterizado pela precarização de vínculos e direitos e pelo desemprego, o que origina uma realidade em que mais 50% da força de trabalho está na precariedade.

Se poder-se-ia esperar um tom menos crítico relativo ao alcance bastante questionável do CS numa conferência marcada pela tutela de um pretenso “governo popular”, o que se observa nas páginas seguintes do relatório final da XII CNS²⁹ é bastante vazio de análise e permeado de um tom voluntarista. As contradições de interesse estariam resolvidas e tudo caminharia para a perfeita consonância de objetivos e sob a batuta de uma nova e mágica instituição voltada para a capacitação popular.

Assim, conforme as “Diretrizes Gerais” do eixo VI, a construção do “SUS que queremos” ocorreria [...] ***incentivando a implantação do orçamento participativo nas três esferas de governo; promovendo a educação popular e em saúde, [...] baseando-se nos princípios fundamentais de cidadania [...], e informando sobre o SUS, Conselhos de Saúde, conselhos gestores e conferências como instâncias do controle social do SUS; capacitando lideranças e conselheiros nos Pólos de Educação***

Permanente, em parceria com universidades, entidades de classe e a Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação em Saúde (ANEPS)²⁸.

Ademais, o CS seria objeto da organização dos “jovens cidadãos” e estaria isento de disputas políticas no aparelho de Estado. Ademais, abs-trai-se totalmente a fragilidade e a desorganiza-ção da sociedade civil, claramente diagnosticada e de forma corajosa no relatório final da XII CNS.

No que se refere aos conselhos de saúde, uma ousada iniciativa “criacionista” é a eles outorgada no campo da saúde e trabalho, atribuindo aos conselhos, nas três esferas de governo, uma ação que nem nos momentos de maior mobilização social foi logrado obter, ou seja: [...] ***analisar e avaliar a implementação das políticas de proteção à saúde do trabalhador, criando, nas três esferas de governo, Comissões de Saúde do Trabalhador (CST) nos locais de trabalho***²⁸.

No que tange à saúde do trabalhador, o que se observa é algo redutor e que pode ser classifica-do como um verdadeiro retrocesso em compara-ção com as formulações da XI CNS. Na XII CNS, há proposições eivadas de equívocos conceituais e metodológicos, como a referência a doenças ocupacionais; quando tratam da organização dos próprios serviços de atenção à saúde dos traba-lhadores e de medidas de prevenção muito a gos-to do empresariado como os EPIs e que já foram há muito superados pelas formulações do cam-po da saúde do trabalhador e da saúde coletiva/saúde pública. Assim, no item “Saúde do Traba-lhador”, o relatório final da XII CNS aponta que se deve: ***Estabelecer políticas de saúde para preven-ção e atenção de doenças ocupacionais, doenças re-lacionadas ao trabalho e acidentes de trabalho [...] Implantar ações de prevenção e reabilitação da voz, bem como avaliação auditiva [...], para os traba-lhadores submetidos a riscos químicos ou físicos que afetem esses sistemas. Desenvolver políticas especí-ficas direcionadas aos grupos vulneráveis [...] com recursos humanos, financeiros e materiais para a implantação dos Centros Regionais de Saúde do Trabalhador (Ceres) nos municípios [...] Realizar campanhas de prevenção de câncer de pele para tra-balhadores rurais, [...] campanhas educativas so-bre riscos do uso indiscriminado de agrotóxicos nos alimentos, [...], esclarecimentos sobre os cuidados necessários no seu preparo, higienização e armaze-namento com distribuição de equipamentos de pro-teção individual (EPI) [...], e/ou cobrando do pro-dutor/empregador o fornecimento de EPI e garan-tindo que os órgãos competentes realizem a fiscali-zação do uso***²⁸.

A constatação deste retrocesso de certa for-ma aponta para o fato de que a discussão da saúde do trabalhador e do CS que a acompanha fora enriquecida, nos anos oitenta, pelo acúmu-lo dos militantes do campo, no que se refere aos usuários, na época representados pelos sindica-listas numa primeira instância.

Assim, se por um lado o CS em saúde do tra-balhador tem uma história que é anterior à exis-tência do próprio SUS, conforme aponta Lacaz²⁹ e deve, por isso mesmo, ser considerado no senti-do de valorizar esta trajetória e especificidade; por outro, a realização de conferências no formato em que vêm sendo realizadas e por temáticas es-pecíficas deve ser repensada, na medida em que a fragmentação temática pode não mais contribuir para a reflexão sobre os destinos do Sistema Ú-nico de Saúde (SUS) num momento em que a visão focalizada das políticas sociais ganha mais força.

Diante desse dilema, devemos caminhar para a realização das Conferências Nacionais de Saú-de, nas quais as temáticas específicas estejam embutidas, na perspectiva de contribuir para a construção do SUS mais aperfeiçoado e público, considerando-se que o SUS se configura como a única política de bem-estar social que a cida-dania brasileira logrou criar através de suas lutas e embates que remontam ao Movimento da Re-forma Sanitária³⁰.

O controle social na saúde do trabalhador: armadilha de efeito retardado

A realização da III CNST, em novembro de 2005, enseja a discussão de uma questão que volta à luz, ou seja, a representação de usuários na composi-ção das delegações que participou das Conferên-cias de Saúde Regionais. E, aqui, interessa refletir sobre o próprio conceito e prática de participação da comunidade ou controle social, um dos prin-cípios e diretrizes do SUS, modelo que vem bus-cando ampliar a participação da sociedade na ges-tão das políticas públicas. Ao possibilitar tal par-ticipação, o SUS engendrou uma dinâmica que incorpora um apelo à democracia direta, o con-trole social; estratégia esta que pode trazer con-flitos, mormente quando se trata das instâncias de controle em saúde do trabalhador. Refere-se à representação dos 50% de usuários nas conferên-cias e nos conselhos. Mas, quem são estes usuá-rios? São entidades sindicais filiadas ou não às centrais, associações de portadores de deficiên-cias físicas, de pessoas portadoras de doenças crô-nicas, movimentos sociais relacionados à saúde.

De fato, das conferências (e conselhos) participam representantes de sindicatos operários e patronais que foram eleitos para cuidar de interesses corporativos e não da saúde. Ademais, participam representantes da Igreja e sem mandato, [...] **cuja presença num aparelho estatal [...] como o Ministério da Saúde significa um retrocesso em relação ao ideal [...] republicano que, após muita luta, conseguiu estabelecer a separação entre Igreja e Estado [...] E esta representação, [...], é caótica, imprecisa e, por isso [...] sujeita a todo tipo de manipulação**⁵.

Estabelece-se, então, um duplo regime de participação e existe uma sobre-representação das entidades de classe, de instâncias que alegam representar a sociedade civil “organizada”. Quem acaba decidindo, então, dada a fragilidade dos partidos políticos existentes, são [...] **as corporações profissionais, a burocracia estatal [...] representantes dos conglomerados aleatórios e mutáveis. Na hora da decisão, [...] têm um poder desproporcional e sem bases legítimas. O desfecho da saúde no processo constituinte [...] [foi], portanto, um claro exemplo do triunfo de interesses particularistas [...] Mas é também exemplo da fragilidade de partidos que se revelaram incapazes de sobrepor-se aos interesses dos aglomerados aleatórios, da burocracia estatal e das entidades sindicais**⁶.

A análise textual entre os regimentos da XI e XII CNS aponta para mudanças estruturais, as quais objetivaram centralizar o poder de decisão e a hegemonia do Estado. Ao compararem-se estes regimentos, depara-se na composição da comissão organizadora, com uma diferença de expressivo valor representativo. Enquanto na XI CNS, a comissão organizadora compõe-se de um comitê executivo eleito para tal fim, na XII CNS,

a comissão organizadora se resume ao próprio CoNaSa, que se outorga este papel, designando comissões especiais para a sua realização. Esta convergência de poder demonstra que, além da função de aprovar as normas de organização, o CoNaSa também se encarregou de planejá-las. O quadro abaixo procura explicitar esta diferença qualitativamente importante do ponto de vista político e que expressa a mudança de qualidade na condução da XI e XII CNS (Quadro 1).

Tal feito aconteceu novamente na organização da III CNST, quando o CoNaSa encarregou-se de indicar os participantes do seminário preparatório da III CNST realizado em novembro de 2004 na cidade de São Paulo, no qual a participação esteve baseada fundamentalmente nos representantes de conselhos profissionais corporativos e de associações de vítimas de doenças do trabalho, o que praticamente alijou a experiência acumulada nos últimos vinte anos pela “militância” em saúde do trabalhador dada sua atuação desde meados dos anos oitenta nos Programas de Saúde do Trabalhador e, posteriormente, nos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador, base sobre a qual está sendo implantada a Rede Nacional de Atenção Integral em Saúde do Trabalhador (Renast), como estratégia política do Ministério da Saúde³¹.

Tal fato coloca em dúvida a possibilidade de avançar na trilha da saúde coletiva como espaço em que foram elaboradas e constituídas as formulações e experiências em serviço do campo ST e de consolidação de suas conquistas, como observou Lacaz em recente artigo³².

À medida que se adentra no âmbito das políticas públicas, fica cada vez mais claro que o CS assumirá seu papel somente mediante a capaci-

Quadro 1. Comparação do Regimento das XI e XII Conferências Nacionais de Saúde, Capítulo IV - Da organização. Seção I - Estrutura e Composição da Comissão Organizadora.

COMISSÃO ORGANIZADORA DA XI CNS	COMISSÃO ORGANIZADORA DA XII CNS
<p>A Comissão Organizadora da 11ª Conferência Nacional de Saúde terá a seguinte composição:</p> <p>I - Comitê Executivo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Coordenador geral - Colegiado de coordenação - Secretário geral - Relator geral - Relatores adjuntos - Coordenador geral de infraestrutura 	<p>A Comissão Organizadora da 12ª Conferência Nacional de Saúde é o Conselho Nacional de Saúde, que para este fim constituirá as seguintes comissões especiais:</p> <ul style="list-style-type: none"> I - Comissão Especial Temática; II - Comissão Especial de Comunicação; III - Comissão Especial de Infraestrutura; IV - Comissão Especial de Articulação e Mobilização; V - Comissão Especial de Regimento e Regulamento; e VI - Comissão Especial de Relatoria

tação e o comprometimento das representações populares. No entanto, restam dúvidas sobre sua legitimidade representativa, seja pelo enfraquecimento dos sindicatos de trabalhadores, quanto à sua capacidade de representar as várias categorias de trabalhadores sem vínculo formal de trabalho, seja pela ausência de representantes de trabalhadores do expressivo mercado informal, precarizado e de desempregados nos colegiados e instâncias previstas para atuação no CS.

Colaboradores

FAC Lacaz e SMR Flório participaram igualmente de todas as etapas da elaboração do artigo.

Referências

1. Brasil. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a Participação da Comunidade na Gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as Transferências Intergovernamentais de Recursos Financeiros na Área da Saúde e dá Outras Providências. *Diário Oficial da União* 1990; 31 dez.
2. Correia MVC. *Que controle social*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2000.
3. Lacaz FAC. *Saúde do Trabalhador: um estudo sobre as formações discursivas da academia, dos serviços e do movimento sindical* [tese]. São Paulo (SP): Departamento de Medicina Preventiva e Social, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas; 1996.
4. Leite MP. *Trabalho e sociedade em transformação: mudanças produtivas e atores sociais*. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo; 2003.
5. Oliveira F. Quem canta de novo *L'Internationale?* In: Sousa-Santos B, organizador. *Trabalhar o mundo: os caminhos do novo internacionalismo*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2005. p. 135-169.
6. Frederico C. *Crise do socialismo e movimento operário*. São Paulo: Cortez; 1994.
7. Gomez CM, Lacaz FAC. Saúde do Trabalhador: novas-velhas questões. *Cien Saude Colet* 2005; 10(4):797-807.
8. Brasil. Ministério da Saúde. VIII Conferência Nacional da Saúde. *Relatório final*. Brasília: Ministério da Saúde; 1986.
9. Freitas CU, Lacaz FAC, Rocha LE. Saúde Pública e Ações de Saúde do Trabalhador: uma análise conceitual e perspectivas de operacionalização programática na rede básica da Secretaria de Estado da Saúde. *Temas IMESC, Sociedade, Direito, Saúde* 1985; 2(1):3-10.
10. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco; 2000.
11. Lima NT, organizador. *Saúde e democracia: história e perspectiva do SUS*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005.
12. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. In: Oliveira J, organizador. *Série Legislação Brasileira*. São Paulo: Saraiva; 1989.
13. Viana MLW. Política versus Economia: notas sobre a globalização e Estado de Bem-Estar. In: Gerschman S, Viana MLW, organizadores. *A miragem da pós-modernidade: democracia e políticas sociais no contexto da globalização*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1997. p. 155-175.
14. Brasil. Decreto Federal nº 99.438, de 07 de agosto de 1990. Dispõe sobre a organização e atribuições do Conselho Nacional de Saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1990; 8 ago.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Lei Orgânica da Saúde. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. *Diário Oficial da União* 1990; 20 set.
16. Brasil. Lei nº 378, de 13 de janeiro de 1937. Dá nova organização ao Ministério da Educação e Saúde Pública. *Diário Oficial da União* 1937; 15 jan.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Resolução CNS nº 33, de 3/12/1992. Dispõe sobre Recomendações para constituição dos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde. *Diário Oficial da União* 1992; 4 jun.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Resolução CNS nº 291, de 06 de maio de 1999. Dispõe sobre Aprovação do Regimento Interno do Conselho Nacional de Saúde. *Diário Oficial da União* 1999; 9 jun.
19. Goulart FAA. Representações Sociais, Ação Política e Cidadania. *Cad Saude Publica* 1993; 9(4):477-486.
20. Valla VV. Sobre participação popular: uma questão de perspectiva. *Cad Saude Publica* 1998; 14 (Supl. 2):7-18.
21. Gawryszewski V. Reorganização dos Serviços de Saúde: Algumas Considerações Acerca da Relação entre a Descentralização, Autonomia Local e a Participação do Cidadão. *Cad Saude Publica* 1993; 9(2):210-215.
22. Costa NR. Transição e movimentos sociais contribuição ao debate da reforma sanitária. *Cad Saude Publica* 1988; 4(2):207-225.
23. Santos LA, Cardoso RLS. Corrupção, Nepotismo e Gestão Predatória: Um Estudo do Caso Brasileiro e Alternativas para seu Enfrentamento. In: *XVIII Concurso sobre Reforma del Estado y Modernización de la Administración Pública*; 2005; Santiago.Venezuela: CLAD; 2005. p. 81-135.
24. Carvalho G. *Nepotismo na administração pública*. [acessado 2007 jun 27]. Disponível em: <http://www.idisa.org.br/site/artigos>
25. Brasil. Ministério da Saúde. XI Conferência Nacional de Saúde. *Relatório final*. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
26. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.120 de 30 de outubro de 1998. Dispõe sobre a Instrução Normativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS. *Diário Oficial da União* 1998; 14 jul.
27. Lacaz FAC. *Capitalismo globalizado e novas situações de trabalho*. São Paulo; 2004. [Mimeo].
28. Brasil. Ministério da Saúde. 12ª Conferência Nacional de Saúde: Conferência Sergio Arouca. *Relatório final*. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
29. Lacaz FAC. Reforma Sanitária e Saúde do Trabalhador. *Saúde & Sociedade* 1994; 3(1):41-59.
30. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. III Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador. *Relatório final*. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/trabalhador/pdf/coletanea_textos_econf
31. Lacaz FAC. O campo Saúde do Trabalhador: resgatando conhecimentos e práticas sobre as relações trabalho-saúde. *Cad Saude Publica* 2007; 23(4):757-766.

Artigo apresentado em 15/03/2008
Aprovado em 08/05/2008