

Participação social em Saúde do Trabalhador: Avanços, desafios e perspectivas contemporâneas

Social Participation in Occupational Health: Progress, challenges and contemporary perspectives

Participación social en salud en el trabajo: Avances, retos y perspectivas contemporâneas

Maria da Graça Luderitz Hoefel¹

Denise Osório Severo²

RESUMO

Este estudo busca analisar o processo de construção da participação social em saúde do trabalhador, seus avanços e desafios, bem como identificar e refletir sobre novas formas de expressão da participação dos trabalhadores, seja nas esferas do controle social do Sistema Único de Saúde (SUS) ou no âmbito dos movimentos sociais e espaços construídos pela sociedade civil organizada. Foram analisadas as experiências do Processo de Devolução das Resoluções da III Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador (CNST) e da formação da Rede Escola Continental em Saúde do Trabalhador (REC-ST). Trata-se de uma pesquisa documental, com abordagem qualitativa, tendo como fonte de dados documentos oficiais e

revisão de literatura. Os resultados indicam que a Devolução das Resoluções da III CNST possibilitou a manutenção dos debates locais com representantes do controle social, o estreitamento das relações entre distintas esferas, bem como a ampliação do envolvimento dos trabalhadores na elaboração de mecanismos de concretização das políticas. Por outro lado, a REC-ST apresenta características híbridas. Embora proponha atuar tanto no âmbito do controle social instituído como nos espaços dos movimentos sociais, fóruns e outras esferas de debate do contexto atual, a análise indica que seus avanços mais substantivos se deram no plano do controle social do SUS e que seu principal desafio é a construção da autonomia na implementação das suas ações. Nota-se que a contemporaneidade tem impulsionado o diálogo e a coexistência de novas e velhas formas de participação social.

Palavras-chave: participação social; controle social; saúde do trabalhador;

ABSTRACT

This study aims to analyze the

¹ Médica. Doutora em Sociologia. Professora do Departamento de Saúde Coletiva da Universidade de Brasília; Coordenadora Nacional do Projeto Vidas Paralelas

² Fisioterapeuta. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade de Brasília. Mestre em Saúde Pública. Equipe de Formação do Projeto Vidas Paralelas.

construction process of social engagement in workers' health, its progress and challenges, as well as identify and reflect on new expression forms of workers' engagement, whether in the context of social control of SUS (Unified Health System) or social movements and spaces built by the organized civil society. Experiences of Process of Resolution Return of the 3rd National Conference of Workers' Health and formation of the Continental School Network on Workers' Health were analyzed. This is a documental research, with qualitative approach, based on official documents and literature review. Results indicate the Resolutions Return of the 3rd National Conference of Workers' Health enable the maintenance of local debates with social control representatives, closer relationship between different sectors, as well as the expansion of employee involvement in the elaboration of policy implementation mechanisms. On the other hand, Continental School Network on Workers' Health presents hybrid characteristics. Although it proposes to act in both imposed social control and areas for social movement, forums and other debate subjects of the current scenario, the analysis indicates its most relevant progress was due to SUS social control plan and its main challenge is the autonomy on implementation of its actions. It should be noted the contemporaneity has driven dialogue and coexistence of new and old forms of social engagement.

Keywords: social engagement; social control; workers' health.

RESUMEN

Este estudio busca analizar el proceso de construcción de la participación social en la salud del trabajador, sus avances y desafíos,

así como identificar y reflexionar sobre nuevas formas de expresión de la participación de los trabajadores, sea en las esferas del control social del Sistema Único de Salud (SUS) o en el ámbito de los movimientos sociales y espacios construidos por la sociedad civil organizada. Fueron analizadas las experiencias del Proceso de Devolución de las Resoluciones de la 3^a Conferencia Nacional de Salud del Trabajador y de la formación de la Red Escuela Continental en Salud del Trabajador. Se trata de una investigación documental, con abordaje cualitativo, cuya fuente de datos son documentos oficiales y la revisión de literatura. Los resultados indican que la Devolución de las Resoluciones de la 3^a Conferencia Nacional de Salud del Trabajador posibilitó la mantención de los debates locales con representantes del control social, el estrechamiento de las relaciones entre distintas esferas, así como la ampliación de la participación de los trabajadores en la elaboración de mecanismos de concretización de las políticas. Por otro lado, la Red Escuela Continental en Salud del Trabajador presenta características híbridas. Aunque proponga actuar tanto en el ámbito del control social instituido como también en los espacios de los movimientos sociales, foros y otras esferas de debate del contexto actual, el análisis indica que sus avances más sustantivos se dieron en el plano del control social del SUS y que su principal desafío es la construcción de la autonomía en la implementación de sus acciones. Se nota que la contemporaneidad ha impulsado el diálogo y la coexistencia de nuevas y viejas formas de participación social.

Palabras clave: participación social; control social; salud del trabajador.

INTRODUÇÃO

Este artigo busca refletir sobre a participação social em saúde do trabalhador, com intuito de resgatar e analisar o processo de construção, seus avanços e desafios, bem como identificar novas formas de expressão e mecanismos de participação dos trabalhadores, seja nas esferas do controle social do Sistema Único de Saúde (SUS) ou no âmbito dos movimentos sociais e espaços construídos pela sociedade civil organizada. Para tanto, toma como ponto de partida a construção do campo teórico da saúde do trabalhador e suas diferenças epistemológicas com relação aos conceitos adotados anteriormente, destacando a relação intrínseca entre a saúde do trabalhador e a participação social. Feito isso, adentra na temática central e problematiza ao final duas experiências que sinalizam avanços no que tange à construção de propostas contemporâneas que favoreçam o aprofundamento dos processos democráticos. Trata-se de uma pesquisa descritiva com abordagem qualitativa, tendo como fonte de dados documentos oficiais e revisão de literatura.

A Saúde do Trabalhador constitui um campo teórico e prático da área da Saúde Pública que representa uma ruptura epistemológica com relação à medicina do trabalho e à saúde ocupacional, ambas que originaram as práticas de saúde voltadas à classe trabalhadora. Cabe destacar que a medicina do trabalho nasce no período da Revolução Industrial, no século XIX, em virtude da preocupação dos industriais ingleses com o absentismo de seus trabalhadores e com a manutenção da produtividade e dos lucros de suas fábricas^{1,2}.

Assim, nota-se que a concepção de

saúde adotada na medicina do trabalho, e consequentemente nas atividades desenvolvidas nesse período, relacionavam-se à visão unicausal (uma única causa) do processo saúde-doença-trabalho, à atuação restrita à prevenção aos riscos ocupacionais e ao retorno do trabalhador o mais breve possível ao seu posto de trabalho. Desse modo, todo e qualquer problema advindo do processo de trabalho era atribuído unicamente a um agente causal biológico, desconsiderando condicionantes e determinantes sociais, econômicos e culturais. Além disso, o médico constituía a figura central organizativa das ações propostas pela medicina do trabalho e representava oficialmente os interesses do sistema capitalista.

Todavia, essa concepção teórica e prática é superada no século XX, após a Segunda Guerra Mundial, por uma nova forma de ação política denominada Saúde Ocupacional, pautada em uma concepção de saúde multicausal (várias causas), cujas intervenções se voltam para o ambiente de trabalho e buscam superar a centralidade do médico por meio do envolvimento de outros profissionais de saúde^{1,2}.

No entanto, no campo real, a integração desses profissionais pouco se expressa e, embora a Saúde Ocupacional represente uma evolução com relação à concepção e prática da medicina do trabalho, ainda mantém o trabalhador como objeto das ações, ou seja, não lhe é conferido o direito de participação na elaboração das ações que interferem em seu próprio processo de viver e adoecer no trabalho. As práticas de Saúde Ocupacional são centradas no tratamento e prevenção de doenças e mantêm o objetivo central de promover o retorno rápido do trabalhador ao

seu trabalho.

As políticas de Saúde do Trabalhador somente começam a se transformar mais expressivamente a partir da influência do movimento sindical italiano – protagonista na luta pelo direito de participação na elaboração das ações sanitárias voltadas aos trabalhadores – o qual influencia significativamente o movimento sindical no Brasil e seu engajamento na luta pela Reforma Sanitária e pela formulação de uma política pública de saúde para os trabalhadores.

É nesse contexto que nasce o campo teórico e político da Saúde do Trabalhador, orientado pela concepção de saúde como produção social e, portanto, pautado na influência do modelo de organização do processo de trabalho e modo de produção capitalista no processo saúde-doença-trabalho.

Nesse sentido, a Saúde do Trabalhador representa uma ruptura histórica no modo de conceber as práticas de saúde nesse campo, pois surge como uma demanda dos próprios trabalhadores pelo direito de participação na formulação das ações direcionadas ao seu cuidado, supera a ação centrada na doença, incorporando ações de promoção da saúde, e avança na agregação de novos profissionais no processo de cuidado dos trabalhadores.

A participação social dos trabalhadores: processo de construção, avanços e desafios

Conforme mencionado, o movimento pela Reforma Sanitária brasileira teve grande influência dos processos desenvolvidos na Itália, e ambos os países têm inúmeras

aproximações no que se refere à construção das políticas públicas de saúde, cujas primeiras iniciativas de proteção foram protagonizadas, na Itália e no Brasil – cada qual em seu respectivo tempo – pela classe trabalhadora como forma de enfrentamento de problemas decorrentes do modo de produção³.

Na década de 1970, trabalhadores italianos organizados, profissionais de saúde, técnicos de serviços de saúde e pesquisadores trouxeram à cena discussões sobre as condições de trabalho geradoras de doença e a necessidade de modificá-las. Os trabalhadores assumiram então a condução dos processos de luta por melhores condições de trabalho, sob o princípio da “não delegação”^{4,5}.

Esse movimento repercutiu no Brasil em meados dos anos 1970, período histórico marcado pela reascensão dos movimentos sociais e pelo processo de reorganização da sociedade em um cenário de lutas pelo fim da ditadura militar e redemocratização do país. Nesse momento, formam-se as bases do Movimento Sanitário, que teve apoio dos trabalhadores, especialmente das organizações sintonizadas com as premissas do “novo sindicalismo” e as formulações teórico-conceituais produzidas pelo campo da Saúde Coletiva, elemento que favoreceu a inclusão das questões da saúde do trabalhador na agenda da Reforma Sanitária brasileira.

Assim, o movimento da Saúde do Trabalhador, no Brasil, toma forma no final dos anos 1970, consubstanciado nas ações de defesa do direito ao trabalho digno e saudável; na participação dos trabalhadores nas decisões quanto à organização e gestão dos processos produtivos e na busca da garantia

da atenção integral à saúde. Nesse processo, a implementação de uma atenção diferenciada à saúde dos trabalhadores, na rede pública de serviços de saúde, vem contribuindo para a instituição da Saúde do Trabalhador no país⁶.

Desse modo, ao final da década de 1970 e início dos anos 1980, começaram a ser implementados os primeiros Programas de Saúde do Trabalhador (PST) na rede pública de serviços de saúde e em sindicatos de trabalhadores, orientados pelo compromisso de desvelar o adoecimento relacionado ao trabalho; incorporar a participação dos trabalhadores, ouvindo-os e valorizando seus relatos sobre as condições de trabalho, e considerando-os sujeitos das ações de saúde, de modo a dar visibilidade a essas questões para a sociedade⁷⁻¹⁰.

Essa temática, incorporada nas práticas cotidianas de alguns sindicatos de trabalhadores mais organizados, foi reforçada pelas assessorias de saúde, e, em São Paulo, foi criado o Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde e dos Ambientes de Trabalho (DIESAT)¹¹. Essas iniciativas foram se espalhando pelo país, alimentando o processo social de discussão e organização da luta pela melhoria das condições de vida e trabalho. A luta dos trabalhadores por condições de trabalho dignas e saudáveis foi e continua sendo o alicerce do movimento da Saúde do Trabalhador.¹²

Nesse sentido, a VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em março de 1986, representa um marco histórico nesse processo e na luta pela Reforma Sanitária brasileira. É considerada o acontecimento político-sanitário mais importante da história

da saúde pública do país, visto que constituiu o espaço de delineamento de todo o SUS – instituído na Constituição Federal de 1988 – e de afirmação da saúde como direito de cidadania e dever do Estado.

Além disso, ainda em dezembro de 1986, foi realizada a I Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador (CNST), que marcou politicamente o movimento da instituição desse campo, com a participação de 526 pessoas, das quais, 399 foram delegadas e 127 observadoras. As resoluções da I CNST contribuíram expressivamente para a incorporação das reivindicações sobre saúde do trabalhador na Constituição Federal de 1988.

A Constituição de 1988 instituiu o SUS e superou o mutualismo vigente desde o século XIX, haja vista que até a década de 1980 a saúde era um benefício previdenciário restrito aos trabalhadores formais contribuintes, restando aos demais a opção de buscá-la no mercado ou nas instituições filantrópicas, as quais prestavam assistência médica como ação de caridade aos excluídos do trabalho e, conseqüentemente, do direito à saúde^{3,13}. A Carta Magna incorporou as questões de Saúde do Trabalhador ao reiterar o conceito ampliado de saúde e de seus determinantes – *as condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, emprego* – e atribuir ao SUS a responsabilidade de coordenar as ações de Saúde do Trabalhador no país.

Além disso, também incorporou elementos reivindicados pela classe trabalhadora expressos na conquista do direito de participação social dos trabalhadores em instâncias colegiadas de órgãos públicos que tratem de assuntos de interesse da classe,

conforme garantido no Art. 10 da Constituição Federal de 1988:

É assegurada a participação dos trabalhadores e empregados nos colegiados dos órgãos públicos em que seus interesses profissionais ou previdenciários sejam objetos de discussão ou deliberação.

Essa conquista é reiterada no Art. 194 da Constituição, em seu capítulo VIII, que trata da garantia da participação social na elaboração das políticas públicas de seguridade social (saúde, previdência e assistência), enfatizando a importância de instituir processos democráticos nesse campo, conforme pode ser observado:

Compete ao poder público organizar a seguridade social com base nos seguintes objetivos [...]. Caráter democrático e descentralizado da administração, mediante gestão quadripartite, com participação dos trabalhadores, dos empregadores, dos aposentados e do governo nos colegiados.

Com efeito, o direito de participação da sociedade civil organizada na construção das políticas públicas de saúde – posteriormente denominado de controle social – foi inscrito na Constituição como um dos princípios do SUS e representa uma conquista histórica no que concerne à construção da cidadania e ao aprofundamento da democracia no Brasil¹⁴⁻¹⁷. O direito de participação social na formulação, acompanhamento e fiscalização das políticas de saúde foi instituído no Artigo 198 da Constituição Federal e regulamentado

posteriormente.

A consolidação legal e institucional desse direito, bem como do campo da Saúde do Trabalhador, foi selada em 1990, com a Lei Orgânica da Saúde (LOS) nº 8.080 e 8.142, que regulamentou e definiu os princípios e a formatação do SUS¹⁸. A Lei nº 8.142/90 estabeleceu a criação de duas instâncias de participação institucionalizadas: **Conselhos e Conferências de Saúde**.

Com relação à criação dos Conselhos setoriais, Cordeiro et al.¹⁴ e Cornwall et al.¹⁵ reforçam que eles foram criados com o intuito de promover a democracia participativa, complementando o sistema de democracia representativa. A criação dessas esferas vai repercutir expressivamente nos modos de participação social em saúde do trabalhador, uma vez que apresenta características distintas das formas de organização e lutas tradicionalmente empreendidas pelos sindicatos.

É importante lembrar que os Conselhos de Saúde constituem uma arena de disputa e, como tal, são permeados por contradições e interesses distintos, no qual vence a proposta do segmento com maior poder de persuasão¹⁷. Sendo assim, tanto podem favorecer processos de transformação como servir à manutenção do *status quo*, isso vai depender da correlação de forças presente no interior dessas esferas, uma vez que elas refletem a heterogeneidade e as contradições da sociedade, bem como a conjuntura macropolítica de cada momento histórico, podendo apresentar avanços ou enfrentar grandes obstáculos ao aprofundamento da democracia participativa¹⁹.

Com efeito, a implementação de

Conselhos de Saúde por todo o país inicia-se no bojo do processo de globalização no início dos anos 1990, período marcado por grandes contradições, especialmente para a classe trabalhadora. Por um lado, o Brasil vivia um momento de ampliação de processos e espaços democráticos de participação social, além da emergência de novas formas de participação social, como fóruns, articulações e redes sociais que viriam a se consagrar no início do século XXI. Por outro, a classe trabalhadora vivia as consequências do neoliberalismo, que parece ter conduzido os trabalhadores ao falso dilema entre lutar e reproduzir sua força de trabalho.

Apesar do dilema, a participação em saúde do trabalhador persiste por meio dos sindicatos e centrais sindicais, ao mesmo tempo em que busca caminhos de fortalecer seu espaço também nas esferas instituídas do controle social do SUS. Nesse cenário complexo e contraditório, foi realizada a II CNST, em 1994, que contou com a participação de 919 pessoas, das quais 560 delegados. Essa conferência caracterizou-se por ser um momento importante de mobilização técnica e política em torno da saúde do trabalhador¹, embora não tenha apresentado grandes avanços, visto que foi palco de acirrada disputa entre as representações dos Ministérios do Trabalho e da Saúde, que buscavam definir os espaços de suas atuações.

Em 1998, após sucessivas pressões dos sindicatos e seus respectivos departamentos de saúde do trabalhador, o Ministério da Saúde assina a Portaria nº 3908/98, que recomenda a criação de **Comissões Intersetoriais de Saúde do Trabalhador** (CIST), caracterizadas como

instâncias permanentes subordinadas

aos Conselhos de Saúde e constituídas por entidades que tenham interface com a saúde do trabalhador, cujo objetivo é assessorá-lo na definição das políticas, no estabelecimento das prioridades e no acompanhamento e avaliação das ações de Saúde do Trabalhador²⁰.

Considerada uma conquista no âmbito da participação social em saúde do trabalhador, inicia-se o processo de criação de CISTs no interior dos Conselhos de Saúde de todo o território nacional, instituindo, com isso, mais uma forma de participação social no campo da saúde do trabalhador, que passa a empreender esforços no sentido de pautar o trabalho e suas repercussões como um determinante social em saúde que necessita de políticas públicas específicas que respondam às demandas atuais da classe trabalhadora e atuem no sentido da promoção da saúde.

Embora os Conselhos de Saúde representem avanços, é preciso destacar que há muitos obstáculos ao exercício do controle social que necessitam ser superados. Nesse sentido, muitas pesquisas indicam problemas presentes no funcionamento e na dinâmica dos Conselhos, especialmente no que se refere à capacidade de intervenção dos representantes dos usuários²¹⁻²⁴, segmento que abarca os movimentos sociais.

A análise de Guizard e Pinheiro²² acerca da participação de um movimento popular em Conselho de Saúde nos municípios de Vitória e Vila Velha, no estado do Espírito Santo, evidenciou a presença de relações assimétricas de poder entre os representantes dessa organização e os conselheiros representantes do segmento governamental. Esse fenômeno também é apontado em estudos realizados por

Wendhausen e Cardoso²¹ e Wendhausen e Caponi²⁴ em um Conselho de Saúde na região de Santa Catarina, que revelam a existência de relações desiguais de poder entre os representantes dos segmentos dos usuários e do governo, os quais, por sua vez, comumente fazem uso de estratégias no sentido de reforçar seu poder.

Esses dados são também apontados em pesquisas desenvolvidas no Distrito Federal²⁵. Além disso, existem também obstáculos relatados em estudos que indicam a existência, nos Conselhos de Saúde, de práticas de cooptação de lideranças em troca de favores, falta de acesso às informações, utilização da linguagem técnica e desarticulação dos conselheiros com suas bases, elementos que comprometem seriamente a representatividade e a legitimidade dos representantes e do próprio colegiado^{14,17,21,22}.

Essas análises evidenciam problemas sérios que precisam ser discutidos pelo conjunto da sociedade. Todavia, apesar dos obstáculos, as instâncias dos Conselhos e Conferências contribuíram para a ampliação da participação social em larga escala, favorecendo o processo de amadurecimento democrático, refletindo-se também na participação em saúde do trabalhador.

Nesse sentido, ressalta-se que a Portaria nº 153, publicada em 2004 pelo Ministério da Saúde, contribuiu para o fortalecimento da participação social dos trabalhadores, uma vez que instituiu um grupo de trabalho (GT) interministerial para tratar de forma intersetorial as questões relativas à saúde do trabalhador. Esse GT foi responsável pela elaboração da proposta da Política Nacional de

Saúde e Segurança do Trabalhador (PNSST) e pela convocação oficial da III CNST, convocada pela primeira vez na história por três ministérios: Ministério da Saúde, Ministério da Previdência Social e Ministério do Trabalho e Emprego¹³.

Assim, em 2005, após 11 anos sem organização de Conferência de Saúde do Trabalhador, é realizada a III CNST, precedida de mais de 1.100 conferências em níveis municipais e estaduais, marcada por ampla mobilização e participação de 2.100 pessoas e 1.409 delegados. Os debates conduziram à elaboração de 343 resoluções, destacando-se por avançar na construção de políticas intersetoriais – influenciada pela participação dos três ministérios – e por introduzir a discussão sobre a inter-relação entre a saúde, o trabalho e o meio ambiente¹³.

Além disso, a III CNST também foi marcada pela emergência de demandas no sentido de conhecer e revelar as condições de vida e trabalho da classe trabalhadora no contexto contemporâneo da sociedade e promover processos que fortaleçam a participação social. No que tange ao controle social, foi solicitada a realização de um processo de devolução das deliberações da III CNST junto aos estados, com intuito de avaliar coletivamente os avanços e a implantação das políticas após a Conferência, bem como construir estratégias de concretização.

Essas demandas impulsionaram a construção de propostas contemporâneas de participação tanto no âmbito do controle social instituído como iniciativas nas esferas dos movimentos sociais, tais como o processo de Devolução das Resoluções da III CNST,

a formação da Rede Escola Continental em Saúde do Trabalhador (REC-ST) e o Projeto Vidas Paralelas. No âmbito deste artigo, serão abordados os avanços e limites do Processo de Devolução da III CNST e da REC-ST, visto que podem fornecer subsídios que permitam refletir sobre as formas contemporâneas de participação social em saúde do trabalhador e sua interface com o desenho de controle social instituído no Brasil, podendo contribuir para a construção de novas estratégias de promoção da participação social e aprofundamento da democracia no país.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa documental, com abordagem qualitativa, tendo como fonte de dados documentos oficiais e revisão de literatura. Os documentos analisados foram constituídos por relatórios das ações políticas abordadas, materiais disponíveis nos sites do Ministério da Saúde (MS) e literatura científica sobre o tema. Para tanto, foram coletados e analisados relatórios sobre a III CNST, sobre o Processo de Devolução das Resoluções da III CNST, sobre a REC-ST, sobre o Projeto Vidas Paralelas, documentos e materiais acessados no site do MS, além de artigos científicos da área.

RESULTADOS E ANÁLISE

As experiências sistematizadas e analisadas a seguir foram escolhidas em função de apresentarem particularidades no que tange à construção de novas propostas de participação social em saúde do trabalhador. A primeira experiência – Processo de Devolução das Resoluções da III CNST – está relacionada ao âmbito do controle social instituído e trata-se

de uma iniciativa de continuidade de processos participativos iniciados em Conferências de Saúde e envolvimento dos trabalhadores na construção de estratégias de concretização das políticas. Por outro lado, a segunda experiência analisada refere-se à construção de uma rede social latino-americana que, no âmbito brasileiro, concretizou-se como uma nova forma de participação social independente das esferas institucionalizadas do controle social do SUS, embora mantenham relação intrínseca com as mesmas.

Experiência do Processo de Devolução das Resoluções da III Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador

A análise dos documentos permite identificar que, em 2006, a Coordenação da Área Técnica de Saúde do Trabalhador do Ministério da Saúde, em conjunto com os Conselhos Estaduais de Saúde e com outros órgãos, principalmente os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CERESTs), iniciaram o processo de devolução das resoluções aprovadas na III CNST. A partir do alto grau de mobilização alcançado nas Conferências municipais, estaduais e na Conferência Nacional, o processo de devolução foi estruturado com base na realização de Plenárias Estaduais, nas quais foram discutidas as resoluções, as ações prioritárias e as estratégias de implementação em cada estado com base nas necessidades e conjunturas locais.

Essas Plenárias contaram com a participação dos delegados da III CNST, movimentos sociais, educadores populares, sindicatos, gestores, profissionais de saúde e representantes do controle social (conselhos

municipais, estaduais e CISTs), o processo de devolução poderia ter obedecido a um modelo tradicional, priorizando a apresentação e o debate de cada resolução. No entanto, dada à amplitude das resoluções da III CNST e à necessidade de fortalecer a participação social e os processos de reflexão, entendeu-se a necessidade de, no processo de devolução, estabelecer uma articulação entre as deliberações da III CNST e as prioridades de saúde do trabalhador, especialmente àquelas viáveis de serem enfrentadas, comprometidas com as necessidades locais e passíveis de concretização a curto, médio e longo prazo.

O processo implicou em pactuações com os movimentos sociais, movimentos de trabalhadores, organizações da sociedade civil, organizações governamentais, entre outras instâncias, que fossem capazes de promover a transformação das prioridades em ações políticas, bem como propor articulações junto aos Conselhos de Saúde, aos gestores e a outras esferas intersetoriais e intermunicipais para a viabilização das deliberações propostas.

As plenárias foram organizadas pelos Conselhos de Saúde de cada estado junto com outros órgãos governamentais ou representantes do Controle Social e ficaram dependentes do interesse, mobilização e viabilização de cada realidade local. Desse modo, foram realizadas Plenárias Estaduais Devolutivas em 23 estados do Brasil.

A organização e execução das plenárias obedeceram às iniciativas, os interesses e as dinâmicas políticas do conjunto de atores sociais de cada estado, que mobilizaram a sociedade civil e viabilizaram a realização desses eventos. O número de participantes

desses eventos foi variável entre os estados, desde 20 participantes, em Roraima, até 240 em São Paulo. Os estados do Ceará, Pernambuco e Bahia também se destacaram com alto número de participantes. Somente o estado do Pará realizou a plenária em 2007. O conjunto das Plenárias Devolutivas contou com representantes de 500 municípios e um total aproximado de 1.600 participantes.

Em cada plenária foram identificados temas prioritários de saúde do trabalhador, apresentando uma diversidade de questões, sendo que muitas se referem às especificidades regionais especialmente das regiões Norte e Nordeste do Brasil. Na região Norte, especificamente no estado do Amazonas, alguns temas levantados no Processo de Devolução deflagraram a construção de estratégias de pesquisa e intervenções sobre a realidade do processo de trabalho de trabalhadores da área da cultura e folclore locais, por meio da produção de um documentário sobre a questão, financiado pelo Ministério da Saúde.

Embora as Plenárias tenham apresentado importantes especificidades locais e regionais, alguns temas foram compartilhados pela maioria dos estados e agrupados dentro de grandes áreas temáticas, segundo sua frequência de citação no conjunto dos relatórios e planos de ação elaborados em cada estado. A Tabela 1 apresenta cinco grandes áreas temáticas identificadas como prioridades nacionais de saúde do trabalhador, conforme pode ser identificado a seguir:

Tabela 1: Áreas temáticas identificadas nas Plenárias Estaduais Devolutivas

Temática	Número de plenárias (n=23)
Agrotóxicos	15
LER/DORT e outras doenças ocupacionais	13
Problemas pontuais referentes aos setores de mineração, extrativismo, canavieiro, madeira, indústria têxtil, agropecuária, cunicultura e de festas populares	12
Acidentes relacionados ao trabalho	9
Problemas relacionados ao meio ambiente	7

Após debates ampliados sobre cada uma das áreas temáticas identificadas, foram elaborados eixos de ação apresentados e pactuados nas plenárias. Entre os principais eixos, ressalta-se a priorização de ações orientadas à sensibilização, ao diagnóstico, à vigilância em saúde do trabalhador e à educação permanente. Destaca-se que foi recorrente a demanda para a elaboração de materiais informativos e educativos, bem como a proposição de políticas de capacitação dos trabalhadores do SUS e dos representantes do controle social.

Foi também ressaltada a importância de intensificar e ampliar as articulações políticas e pactuações com um conjunto de atores sociais que pode favorecer a implantação das políticas e a garantia dos direitos no campo da saúde do trabalhador, tais como as esferas do controle social, como os Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, além de instituições públicas do poder executivo – Prefeituras,

Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis (IBAMA), Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS) – do poder judiciário, como as Delegacias Regionais do Trabalho, bem como entidades da sociedade civil e do meio acadêmico, entre elas as Igrejas, ONGs e Universidades.

No âmbito específico do Controle Social, as propostas apresentadas com maior frequência foram: ampliação e criação de CISTs; reestruturação e sensibilização dos Conselhos Municipais de Saúde para questões de saúde do trabalhador; capacitação dos conselheiros de saúde; e criação da **Rede Escola Continental em Saúde do Trabalhador**, com a função de articular e assessorar as Comissões Intersetoriais de Saúde do Trabalhador (CISTs) nas ações de formação e qualificação do controle social.

Para fundamentar as ações priorizadas no âmbito da saúde do trabalhador, foram identificadas as deliberações da III CNST relativas às áreas temáticas destacadas, que passaram a ser utilizadas como argumentos nas pactuações com os gestores estaduais. As deliberações identificadas revelam o caráter geral e abrangente das propostas que foram elaboradas nas plenárias. Referem-se às relações de mercado, de trabalho e às políticas de emprego, bem como aos avanços necessários para a organização dos trabalhadores e à necessidade de ações integradas entre os Ministérios, entre outras instituições públicas e sociais.

Outro conjunto de propostas expõe a necessidade de ações integradas, na perspectiva de uma aproximação teórico e prática das políticas de saúde do trabalhador

com as questões ambientais, para promover o desenvolvimento sustentável. Grande parte delas também é pertinente aos princípios e diretrizes que devem pautar as ações de Saúde do Trabalhador em todos os níveis de gestão.

O Processo de Devolução das deliberações da III CNST apresentou particularidades associadas aos encaminhamentos feitos a partir da realização de grandes eventos, que envolvem ampla mobilização social, como é o caso das Conferências Nacionais. As especificidades identificadas nesse processo permitem discutir alguns pontos-chave referentes à necessidade de desenvolver novas estratégias de garantir a implementação das ações políticas formuladas.

As Plenárias Estaduais Devolutivas propiciaram a continuidade da discussão local com representantes do controle social, iniciada na etapa nacional, e a apropriação do processo pelos próprios participantes, a partir do envolvimento desses setores na implementação das políticas e ações no âmbito da Saúde do Trabalhador. Além disso, facilitaram a ampliação do controle social, por meio da inclusão das prioridades locais e regionais nas propostas de ações planejadas. A sistematização das atividades de intervenção e as pactuações necessárias para viabilizar as ações ilustram a necessidade de promover e fortalecer o diálogo entre os diferentes segmentos sociais, considerando as conjunturas políticas e as relações de poder locais.

Embora algumas plenárias tenham apontado uma tendência à proposição de temas muito amplos, em outras se verificou a pertinência de listar questões pontuais e específicas das realidades locais e regionais.

Também se constatou certa recorrência a determinadas problemáticas de escala nacional, com destaque aos problemas da exposição humana e ambiental aos agrotóxicos, às doenças ocupacionais, como a LER/DORT, e aos acidentes relacionados ao trabalho. Esse resultado expressa a abrangência das principais questões que envolvem a saúde do trabalhador e a necessidade do desenvolvimento de programas que considerem a escala nacional dos problemas a serem enfrentados.

Além disso, destaca-se o alto número de citações das deliberações voltadas às questões ambientais, sugerindo a necessidade de compreender as complexidades que envolvem as problemáticas atuais de saúde e a sua interface com o modelo de desenvolvimento, o ambiente e o trabalho, bem como promover estratégias integradas, com o estímulo ao diálogo entre os diferentes setores e atores envolvidos.

Experiência da Rede Escola Continental em Saúde do Trabalhador (REC-ST)

A REC-ST é uma rede latino-americana de intercâmbio de experiências de formação na área de Saúde do Trabalhador. Esta rede nasce no ano de 2006, denominada então de “*Escuela Continental de Salud de los/as Trabajadores/as*”. Ela foi formada durante o VI Fórum Social Mundial, realizado na Venezuela, e surgiu do encontro de líderes sindicais, pesquisadores latino-americanos e profissionais da Associação Latino-americana de Medicina Social (ALAMES) vinculados à “Red de Salud y Trabajo” desta instituição, que buscavam desenvolver experiências conjuntas de formação em saúde do trabalhador de modo articulado com os movimentos sociais da América Latina e com os demais pesquisadores

da área.

Nesta ocasião, representantes do movimento sindical, gestores e pesquisadores brasileiros estiveram presentes e pactuaram sua participação e compromisso de articulação no país. A concretização em âmbito brasileiro se deu durante o ano de 2006, como fruto do Processo de Devolução das Resoluções da III Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, espaço em que a formação desta rede emergiu como demanda e estratégia de construção de novas formas de participação social em saúde do trabalhador, tendo como dispositivo os processos de formação.

Assim, a REC-ST no Brasil nasce formada por delegados participantes da 3 CNST e das Plenárias de Devolução das Resoluções da III CNST¹³, cujos representantes contemplavam os mesmos segmentos e a paridade do controle social instituído na Lei nº 8.142/90, que rege os Conselhos e Conferências de Saúde. No entanto, no decorrer de seu processo passa a agregar representantes advindos de distintas organizações atuantes na área da saúde do trabalhador.

Outra particularidade da formação da REC-ST Brasil refere-se ao fato de ela ter sido resultante de uma ampla política pública de promoção do controle social do SUS, articulada aos movimentos e entidades com trajetória de luta no campo da saúde do trabalhador. Constitui, portanto, uma rede social que congrega membros do Estado e da sociedade civil organizada, que se propõe ser autônoma e expressa uma nova forma de participação social nesse campo. Ela busca atuar de forma independente, tanto no âmbito do controle social – através de apoio às Comissões

Intersetoriais de Saúde do Trabalhador (CISTs) – como nos espaços de participação não institucionalizados.

Esta forma de organização constitui algo distinto dos modos como historicamente se estruturaram as lutas em saúde do trabalhador, especialmente representadas pelo movimento sindical. Por outro lado, também não se enquadra nos mecanismos instituídos de controle social – Conselhos e Conferências – uma vez que é uma rede social autônoma, que possui suas formas próprias de organização e estratégias de atuação que expressam uma nova forma de interlocução entre a sociedade civil e a sociedade política.

Com relação à organicidade da REC-ST/Brasil, cabe ressaltar que no momento de sua formação foram eleitos representantes de cada estado do país, que passaram a compor o Núcleo da REC-ST, constituído por uma Comissão Executiva, por 27 Pontos Focais e Redes Temáticas (campos de ação). Estas três esferas juntas conformaram uma espécie de Coordenação Nacional da rede, responsáveis por articular, difundir e desenvolver suas ações em âmbitos regionais, bem como deliberar sobre as estratégias de atuação em nível nacional. Entre as principais ações desenvolvidas pela REC-ST/Brasil a partir de 2006, destacam-se a implementação e acompanhamento dos Planos de Ação Estaduais do Controle Social, bem como a realização de três projetos denominados: a) Redes de Informação, Conhecimento e Colaboração em Saúde do Trabalhador; b) Qualificação do Controle Social; e c) Projeto Vidas Paralelas. Estes projetos foram financiados pelo governo brasileiro e implementados pela REC-ST entre os anos de 2007 e 2010.

O projeto de Qualificação do Controle Social foi constituído pela realização de *Plenárias de Qualificação do Controle Social* em todo o país e de processos de formação em saúde do trabalhador. As Plenárias tiveram como objetivos aprofundar a reflexão sobre temáticas em saúde do trabalhador eleitas como prioridades no Processo de Devolução, além de fortalecer e qualificar a participação social em saúde do trabalhador. Os principais temas abordados foram os agrotóxicos e o controle social. O debate destas questões contribuiu muito para desvelar a grave situação do uso de agrotóxicos no modelo atual de desenvolvimento e suas repercussões sobre a classe trabalhadora, oferecendo subsídios para a construção de mecanismos de participação social capazes de fazer o enfrentamento desta problemática²⁷.

Por outro lado, o *Projeto Vidas Paralelas*, abordado em outro artigo, nasce como uma resposta às demandas dos trabalhadores por visibilidade de suas condições de vida e trabalho – levantadas nas Plenárias Devolutivas – e tem contribuído para o fortalecimento da REC-ST e ampliação de sua base. O projeto busca revelar o cotidiano de vida e trabalho da classe trabalhadora do Brasil a partir da ótica dos próprios trabalhadores, por meio de um processo de formação pautado na educação popular e na apropriação de ferramentas da cultura digital, com intuito de formação de uma rede social que possibilite a troca de experiências, a reflexão e construção de políticas públicas adequadas às demandas reais dessa classe²⁸.

Além disso, os relatórios e documentos consultados sinalizam que a REC-ST tem investido na construção de outros processos de

formação orientados sob a ótica da educação popular e, como tal, norteados pela premissa de que “*a leitura do mundo precede a leitura da palavra*”²⁹. Sendo assim, a educação é entendida como um processo político que precisa ser construído a partir da concretude da vida, da valorização dos saberes da classe trabalhadora e da promoção da autonomia dos sujeitos e coletivos.

Nessa perspectiva, os processos de formação desenvolvidos pela rede não se limitam à educação formal, visto que norteiam-se pela idéia de que os processos de luta e participação social podem ser formadores e que a produção de saberes se faz também na dinâmica social dos espaços de produção da vida dos trabalhadores. Assim, a REC-ST tem ampliado sua articulação com distintos atores sociais da América Latina, especialmente Colômbia, Cuba e Argentina, e estendido sua participação em encontros nacionais e internacionais de debate sobre as condições de vida e saúde da classe trabalhadora. Esteve presente em encontros como o XI Congresso da Asociación Latino-americana de Medicina Social (2009), o Fórum Social Mundial (2010), o III Congresso de Salud y Trabajo de la Federación Centroamericana y del Caribe (2010) e o V Encuentro Internacional de Abogados Laboralistas y del Movimiento Sindical (2011)^{28,31}.

Ademais, a rede também tem implementado processos de formação por meio da realização de cursos e oficinas, destacando-se a organização e participação no I e II Curso Continental em Saúde do Trabalhador, desenvolvidos respectivamente na Argentina e Colômbia em outubro e novembro de 2009, bem como a realização da I e II Oficina

Latino-americana do Projeto Vidas Paralelas, realizadas em 2010 em Cuba e em 2011 na Argentina^{28,31}.

A participação nestes espaços e a realização de cursos e oficinas parece ter propiciado a integração com muitos movimentos sociais latino-americanos, favorecendo a articulação política e o intercâmbio de propostas de formação desenvolvidas no âmbito dos distintos países que fazem parte da REC-ST.

No entanto, a sinergia entre rede social e presencial, algo bem característico das redes sociais contemporâneas³² aconteceu de forma frágil. Os processos concretos de formação não retroalimentaram de forma expressiva o espaço da rede virtual da REC-ST com debates políticos mais aprofundados e vice-versa, embora tenham ocorrido na rede social do Projeto Vidas Paralelas, também implementado por ela.

Por outro lado, a REC-ST/Brasil parece ter ampliado sua presença e legitimidade nas esferas de participação do controle social instituído, especialmente nas Comissões Intersetoriais de Saúde do Trabalhador (CISTs), e estreitado o diálogo com os Conselhos de Saúde e as instituições gestoras das políticas públicas, contribuindo para a inclusão da saúde do trabalhador nos debates e pautas destas esferas e para o desenvolvimento dos Planos de Ação Estaduais do controle social.

Estes resultados sugerem avanços maiores da REC-ST no plano do controle social do que no âmbito dos movimentos sociais e de suas novas esferas de debate e ações construídas no contexto do século XXI. Embora a REC-ST seja uma rede social, parece apresentar

características mistas que congregam tanto elementos típicos da contemporaneidade como aspectos tradicionais, advindos, neste caso, especialmente das estratégias do movimento sindical.

Da contemporaneidade apresenta a organização em rede que repercute em certa medida na esfera política, além de caracterizar-se por um modo de atuação nas esferas de controle social de forma independente e autônoma, mais próximas das expressões atuais de participação social. Por outro lado, sua organicidade alicerçada em um Núcleo com representantes estaduais com poder de deliberação, bem como sua maior vinculação às ações presenciais e sua ênfase na ocupação e disputa de espaços de participação mais instituídos e menos instituintes, sinaliza heranças históricas.

De fato, a formação desta rede e sua atuação enfrentou resistências tanto do controle social como do próprio movimento sindical, embora muitos de seus membros façam parte dela. Nesse sentido, é importante ressaltar que, embora as redes sociais representem formas de organização que pressupõe a horizontalidade, a democratização e a distribuição de poder por meio de muitos nós que a conformam, elas também apresentam elos mais fortes que outros, que possuem maior poder de influência nas decisões e definição dos rumos da mesma³³.

Como todas as demais formas de organização e representação política, as redes sociais também são espaços de conflito, haja vista que expressam a heterogeneidade que compõem a sociedade civil e, como tal, configuram-se como espaços de disputa entre distintos interesses, ainda que apresentem

objetivos comuns que permitem sua existência enquanto coletivo.

Nesse sentido, a REC-ST/Brasil também enfrenta o desafio do consenso e fragilidades que sinalizam dificuldades de manutenção da coesão do grupo, necessidade de aprofundamento das reflexões teóricas, estabelecimento de estratégias mais expressivas de atuação nos espaços e debates políticos nacionais, bem como a manutenção da autonomia do Estado no que se refere à implantação das suas ações. Cabe realçar, conforme mencionado, que ela nasce com apoio governamental e que grande parte das suas atividades tiveram financiamento do governo Lula, marcado pela ocupação do Estado por muitos intelectuais orgânicos e integrantes dos quadros dos movimentos sociais que assumiram cargos políticos³⁴ e encontraram espaço para a promoção de políticas alinhadas, parcialmente, com as expectativas de determinados coletivos.

De fato, os movimentos sociais no início do século XXI se deparam, no Brasil, com a ascensão do Lula ao poder e, com ele, o grande desafio de se relacionar com um Estado e um governo que, naquele momento, passa a ser identificado como representante dos anseios dos movimentos sociais e de grande parte da classe trabalhadora no país^{34,35}.

No que tange às relações entre a sociedade política e sociedade civil, bem como às formas de expressão dos movimentos sociais, é possível perceber durante a gestão dos mandatos do governo Lula, a adoção de políticas de promoção e apoio à formação de redes e articulações de movimentos sociais, bem como a intensificação da construção de canais de interlocução. Assim, nascem e/ou se

fortalecem Redes Sociais como a Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular e Saúde (ANEPS), a Rede de Educação Cidadã (RECID), a Articulação do Semi-Árido (ASA) e a própria REC-ST.

Percebe-se que estas políticas conduziram a certos avanços no que tange ao fortalecimento da participação social na elaboração das políticas públicas. Todavia, é preciso considerar que esta relação entre a sociedade civil e o Estado é permeada de conflitos especialmente no que tange à construção e manutenção da autonomia dos movimentos e redes sociais frente à sociedade política que o apoia. Esse também parece ser o principal obstáculo que a REC-ST/ Brasil necessita enfrentar.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O resgate dos processos de construção da participação social e da própria constituição teórica do campo da saúde do trabalhador no Brasil permite identificar que a classe trabalhadora, em distintos tempos históricos e de diferentes formas, construiu meios de lutar pela garantia de melhores condições de vida e trabalho e pela concretização do direito à saúde. Desde as primeiras formas de organização voltadas à proteção dos trabalhadores, passando pelo engajamento no processo da Reforma Sanitária, pelo envolvimento nas reflexões que conduziram à mudança de paradigmas até a conquista da saúde do trabalhador e do direito de participação social na definição das políticas públicas, os trabalhadores sempre estiveram presentes nas lutas.

A garantia da participação social como um direito – inscrito na Constituição

Federal de 1988 como um dos princípios do Sistema Único de Saúde – e a instituição dos mecanismos de controle social representam, inegavelmente, conquistas históricas que favoreceram a construção de novas relações entre a sociedade e o Estado e abriram espaços possíveis de construção de processos de democracia participativa no Brasil. A criação de mais de 5500 Conselhos de Saúde e a realização de milhares de Conferências são fatos que evidenciam avanços nos processos de participação.

Todavia, a consolidação da participação social em saúde do trabalhador exige estratégias que fortaleçam as esferas de controle social do SUS e simultaneamente avancem no sentido do aperfeiçoamento desses espaços e na criação e legitimação de novas formas de participação. As experiências abordadas no artigo refletem precisamente propostas vinculadas tanto às esferas instituídas do controle social como aos espaços sem fronteiras, fluidos e plurais caracterizados pelas redes sociais.

É interessante notar que o Processo de Devolução das Deliberações da III CNST insere-se no âmbito da participação instituída, parte das decisões coletivas em busca da (re) validação social, (re)avaliação e (re)construção de estratégias conjuntas, considerando e estimulando a participação dos sujeitos de distintas realidades locais. Ou seja, parece partir do “global” para o local, do coletivo para os sujeitos, em direção a uma nova decisão coletiva. Além disso, percebe-se que as principais temáticas evocadas nas Devolutivas são relacionadas às doenças que acometem os trabalhadores e que necessitam de políticas de prevenção e tratamento adequados.

Por outro lado, a REC-ST caracteriza-se por uma forma de participação social híbrida, cuja composição e espaço de atuação contemplam tanto as instâncias de controle social instituído como também expressa elementos da contemporaneidade. Articula-se em rede, estabelece intercâmbios com movimentos sociais latino-americanos, elabora e implementa ações construídas pelos membros da rede, como também mantém estratégias e elementos tradicionais de organização e lutas.

Apesar das diferenças, ambas as experiências parecem aproximar-se no que se refere à construção coletiva de saberes e metodologias, ao envolvimento da diversidade de atores sociais, à promoção das articulações políticas e da participação social dos trabalhadores. É interessante ressaltar que, embora a Rede Escola seja uma proposta com independência do controle social instituído, sua formação no Brasil se dá justamente no interior de processos vinculados fortemente às instâncias de controle social e com um papel expressivo de articulação do mesmo, ainda que não restrito ao âmbito da participação institucionalizada.

Assim, percebe-se que essas duas experiências, embora distintas, parecem promover indiretamente uma articulação entre as diferentes formas de participação social, típicas do contexto atual. A contemporaneidade parece ter impulsionado o diálogo e a coexistência de novas e velhas formas de participação que, no campo da saúde do trabalhador, materializam-se nos sindicatos, Centrais Sindicais, nos Conselhos e Conferências de Saúde, nas Comissões Interinstitucionais de Saúde do Trabalhador (CISTs), bem como nas articulações e Redes

Sociais consagradas neste início do século XXI. Com efeito, as redes são fenômenos da atualidade que merecem aprofundamento no sentido de compreender suas potencialidades e limites frente aos processos democráticos e emancipatórios da classe trabalhadora.

REFERÊNCIAS

1. Dias EC, Hoefel MGL. O desafio de implementar as ações de saúde do trabalhador no SUS: a estratégia da RENAST. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*. 2005; 10(4):817-828.
2. Mendes R, Dias, EC. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. *Revista Saúde Pública*. 1991; 25(5):341-349.
3. Souza Lima RCG, Severo DO, Verdi MIM, Da Ros MA. A construção do direito à saúde na Itália e no Brasil na perspectiva da bioética cotidiana. *Revista Saúde e Soc*. 2009; 18(1): 118-130.
4. Berlinguer G. A saúde nas fábricas. São Paulo: CEBES-Hucitec-Oboré; 1983.
5. Oddone, I, et al. Ambiente de trabalho: a luta dos trabalhadores pela saúde. São Paulo: Hucitec; 1986.
6. Dias, EC. Atenção à saúde dos trabalhadores no setor saúde (SUS), no Brasil: realidade, fantasia ou utopia? [tese]. Departamento de Medicina Preventiva e Social, FCM/Unicamp Campinas. 1994.
7. Augusto, LGS. Benzolismo em uma siderúrgica. *Rev. SOS*. 1985; 10:153-87.
8. Mendes, R. Subsídios para um debate em torno da revisão do atual modelo de organização da Saúde Ocupacional no Brasil. *Rev. Brasileira de Saúde Ocupacional*. 1988; 64(16):7-21.
9. Pimenta AL, Capistrano Filho D, organizadores. *Saúde do Trabalhador*. Hucitec, São Paulo: 1988.
10. Costa DF, et al. Programa de Saúde dos Trabalhadores – a experiência da Zona Norte: uma alternativa em Saúde Pública. São Paulo: Oboré; 1989.
11. Ribeiro HP, Lacaz FAC, organizadores. *De que adoecem e morrem os trabalhadores*. São Paulo: DIESAT; 1984.
12. Lacaz, FAC. *Saúde do Trabalhador: um estudo sobre as formações discursivas da academia, dos serviços e do movimento sindical* [tese]. Departamento de Medicina Preventiva e Social, FCM-Unicamp. Campinas. 1996.
13. Ministério da Saúde (Brasil). *Relatório da III Conferência Nacional em Saúde do Trabalhador*. Brasília, 2011. Disponível no site: www.saude.gov.br.
14. Cordeiro S, Cornwall A, Delgado NGA. *Culturas da política, espaços de poder: contextualizando as experiências brasileiras de governança participativa*. In: Romano, J. O.; Andrade, M. P.; Antunes, M, orgnizadores. *Olhar Crítico sobre Participação e Cidadania: trajetórias de organização e luta pela redemocratização da governança no Brasil*. São Paulo: Expressão Popular; 2007.
15. Cornwall, A, Romano JO, Shankland, A. *Culturas da política, espaços de poder: contextualizando as experiências brasileiras de governança participativa*. In: Romano, J. O.; Andrade, M. P.; Antunes, M, orgnizadores. *Olhar Crítico sobre Participação e Cidadania: trajetórias de organização e luta pela redemocratização da governança no Brasil*.

São Paulo: Expressão Popular; 2007.

16. Gerschman S. A Democracia Inconclusa: um estudo da Reforma Sanitária Brasileira. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2004.

17. Correia MVC. Desafios para o Controle Social: subsídios para capacitação de conselheiros de saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005.

18. Ministério da Saúde (Brasil). Lei nº 8.080 de 19 de Setembro de 1990, Brasília, 1990.

19. Severo DO. O Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra e o Controle Social do SUS: concepção do Coletivo Nacional de Saúde. [dissertação]. Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis; 2008.

20. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº 3.908, de 30 de outubro de 1998, Brasília, 1998.

21. Wendhausen A, Cardoso SM. Processo decisório e Conselhos Gestores de Saúde: aproximações teóricas. Revista Brasileira de Enfermagem. 2007; 60: 579-84.

22. Guizardi FL, Pinheiro R. Dilemas culturais, sociais e políticos da participação dos movimentos sociais nos Conselhos de Saúde. Revista Ciência & Saúde Coletiva. 2006; 11(3): 797-805.

23. Labra ME. Conselhos de Saúde: dilemas, avanços e desafios. In: Lima NT, Gerschman S, Edler FC, Suárez, JM, organizadores. Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005, 353-383 p.

24. Wendhausen A, Caponi S. O diálogo e a participação em um conselho de saúde em Santa Catarina, Brasil. Cad. Saúde Pública.

2002; 18(6): 1621-1628.

25. Pereira MF. O Controle Social e a Participação Democrática nos Conselhos Municipais de Saúde da RIDE-DF [tese]. Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, 2010.

26. Portfólio do Projeto Vidas Paralelas. Impresso do Ministério da Saúde, 2010.

27. Távora, R. S. Participação social na construção de políticas públicas em saúde do trabalhador: uma análise de redes sociais [dissertação]. Universidade de Brasília, 2009.

28. Ministério da Saúde, Ministério da Cultura (Brasil), Universidade de Brasília, Rede Escola Continental em Saúde do Trabalhador. Projeto Vidas Paralelas: Relatório 2007-2010. Brasília, 2010. Disponível em DVD e em: www.cultura.gov.br/vidasparalelas.

29. Freire, P. Pedagogia do Oprimido. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1992, 184 p.

30. Unión Nacional de Juristas de Cuba, 2011, Havana. V Encuentro Internacional de Abogados Laboralistas y del Movimiento Sindical, 2011.

31. Relatório da Rede Escola Continental em Saúde do Trabalhador. Impresso do Ministério da Saúde, 2010.

32. Scherer-Warren I. Redes sociales e de movimientos en la sociedad de la información. Nueva Sociedad. Marzo-abril 2005, 196: 77-92.

33. Scherer-Warren I. Das Mobilizações às Redes de Movimentos Sociais. Revista Sociedade e Estado. Jan/abr. 2006; 21(1): 109-130.

34. Bava SC. A fragilização do imaginário da transformação social. IHU Online - Revista do Instituto Humanitas Unisinos. 2010; 325: 16-20.

35. Poletto I. A retomada do comunitarismo na vida social. IHU Online - Revista do Instituto Humanitas Unisinos, 2010; 325: 12-16.