

SUB-EIXO II – Fortalecer a participação dos trabalhadores e das trabalhadoras, da comunidade e do controle social nas ações de saúde do trabalhador e da trabalhadora

**CONTROLE SOCIAL NA SAÚDE DO TRABALHADOR:
UM CHAMADO À PARTICIPAÇÃO DOS TRABALHADORES E DAS TRABALHADORAS¹**

Luis Rogério Cosme Silva Santos
Maria Ângela da Mata Santos
Joilda Gomes Rua Cardoso
Tiago Parada Costa Silva

O controle social na saúde do trabalhador não se desvincula da cultura da participação cívica de determinada sociedade ou grupo social (D'Araújo, 2003). A participação cívica, por sua vez, dependerá do capital social acumulado na trajetória histórica dos/as trabalhadores/as em distintos contextos (Putnam, Leonardi, Nanetti, 2005). Em nosso tempo, a participação cívica é uma expressão da participação política e deve refletir o interesse pela coisa pública.

O interesse pelo que é público evidencia-se no momento que o trabalhador e a trabalhadora, e suas respectivas representações, tomam consciência de que numa sociedade democrática somos todos/as iguais perante a lei, em direitos e deveres (Dallari, 2004), e transformam o direito em atitude em favor do coletivo. Desse modo, não é difícil compreender que ambientes e processos de trabalho saudáveis são um direito, e a participação sociopolítica dos trabalhadores e das trabalhadoras para a garantia desse direito, é mesmo um dever.

O Estado, como mediador da relação capital-trabalho, possui um papel destacado na elaboração e execução de políticas públicas equânimes que possam reduzir o espaço de desigualdade entre o capital e o trabalho no país. Compete aos movimentos sociais instigá-lo a cumprir o seu papel, de modo que o trabalho seja um promotor da qualidade de vida e não somente um fator de risco para a saúde ou mera fonte de “ganha pão”.

Assim, no ano de comemoração dos 25 anos do SUS, a 4ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora - 4ª CNST é o espaço da participação adequada e oportuna (por dentro do sistema de saúde), para que a sociedade organizada possa de fato debater e propor alternativas para a garantia das ações e serviços de saúde do trabalhador e da trabalhadora, como um direito inalienável.

Da criação da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) datada de 1943, passando pela Constituição Federal de 1988, que institui a concepção ampliada da saúde, até a promulgação do Decreto Lei 7.508/2011, que regulamenta a organização do SUS, constata-se um importante avanço no campo do direito à saúde do/a trabalhador/a. Na pauta de reivindicações, estiveram

¹ Texto de apoio elaborado para a 4ª Conferência Estadual de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, revisado pela Comissão de Formulação e Relatoria da 4ª. Conferência Estadual de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Abril, 2014.

sempre a prevenção de agravos, a promoção da saúde e o princípio da precaução, resgatado com muita força pela Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora - PNST (Portaria MS/GM nº 1.823/2012).

As conquistas no campo da saúde do trabalhador e da trabalhadora não representam uma ação política isolada, dissociada do SUS, principalmente quando o capital retoma a sua ofensiva, e o Sistema Único de Saúde vê-se severamente ameaçado por princípios e diretrizes do setor privado, que se mostra contrário ao que seja universal e gratuito (com qualidade) para a saúde da população brasileira (Santos; Silva, 2013).

O capitalismo em sua forma globalizada e toyotista (flexível) tem exigido o máximo da força de trabalho com o esvaziamento do poder sindical nas últimas décadas (Breilh, 1999; Antunes, 2007). O modelo toyotista de produção intensifica o trabalho, estimula a terceirização em vários setores produtivos seja no setor público ou privado, levando à precarização das relações de trabalho e a expansão do adoecimento e/ou acidentes de trabalho. Isso tem impacto direto no perfil de morbimortalidade dos trabalhadores e das trabalhadoras.

O perfil epidemiológico desfavorável, caracterizado por elevadas taxas de incidência e prevalência de agravos relacionados ao trabalho (doenças, acidentes) em todos os setores da economia, demonstra a vulnerabilidade sociopolítica do movimento sindical, especialmente no que diz respeito às intervenções para a melhoria das condições de trabalho. Nesse contexto, importa maior engajamento político dos sindicatos. Além de reivindicar melhorias salariais e outras cláusulas econômicas, as entidades sindicais devem assumir a necessidade de participar das decisões nacionais relacionadas com o desenvolvimento socioeconômico e as suas implicações para a saúde (Rodrigues, 2000).

Diante do aumento do número de acidentes e doenças do trabalho no Brasil, nos sentimos mobilizados/as para a participação coletiva pelo direito à saúde nos ambientes de trabalho? E se mobilizados/as, quanto estamos informados/as e empoderados/as para decidir em favor da saúde e qualidade de vida da população trabalhadora em nosso território?

Trata-se de um cenário complexo no qual a participação popular representa uma alternativa legítima em defesa do SUS e contra o trabalho na condição de algo desgastante, mutilador e mortífero. Espera-se uma participação popular que direcione os governos a uma posição clara a favor da PNST, que realmente atendam às necessidades dos/as trabalhadores/as que aspiram ser mais saudáveis, mais seguros/as e felizes. Direcionando o Estado a seu dever em garantir o direito à estabilidade no emprego, à saúde e à qualidade de vida para além dos anseios do projeto capitalista de crescimento econômico, tantas vezes, sem traços do desenvolvimento social (Sen, 2000).

CAPITALISMO FLEXÍVEL: CONHECENDO O CONTEXTO PARA PODER ENFRENTAR (OU ATUAR?)

O processo saúde-trabalho-doença decorre da interação de vários fatores que determinam o modo como adoecem e morrem os trabalhadores e as trabalhadoras no Brasil. O contexto sócio-histórico, por exemplo, pode explicar o padrão atual de desigualdade nas relações de trabalho, que tem a sua origem na organização do trabalho escravo (Breilh, 2006). O trabalho precário de hoje, combatido pela classe trabalhadora, nessa condição seria apenas o reflexo melhorado de modos desiguais e injustos de produção de bens e serviços que se transmutaram na sociedade capitalista ao longo do tempo. O próprio trabalho, portanto, é um determinante social da saúde (Buss e Pellegrini Filho, 2007).

Nessa direção, os agravos relacionados ao trabalho (doenças, acidentes) não ocorrem ao acaso, são fenômenos determinados pelos aspectos sociais, políticos e econômicos que precisam ser cotidianamente questionados pela sociedade organizada, que almeja um trabalho promotor da identidade e dignidade humana, e não como fator que põe em risco a cidadania, a saúde e qualidade de vida e que acaba produzindo mais desigualdades.

Diversos fatores com menor ou maior força atuam para que a saúde se desgaste na produção de bens e de serviços na sociedade (Minayo, 2004; Breilh, 1999). Esses fatores precisam ser identificados, priorizados e enfrentados pela sociedade organizada nos diferentes territórios. As conferências caracterizam-se como espaços oportunos, para a proposição de estratégias na agenda nacional que visam o controle, a redução e eliminação dos riscos nos ambientes e processos de trabalho.

Não é aceitável no terceiro milênio que, sob o discurso capitalista da “dignidade pelo trabalho”, ainda permaneçam as condições precárias e insalubres nos espaços de produção. Conforma-se um cenário hediondo, de banalização das iniquidades no trabalho, e propício ao aumento do sofrimento físico e mental dos/as trabalhadores/as (Breilh, 1999; Dejours, 2006; Minayo, 2004).

O direito à saúde do/a trabalhador/a no nível local/regional, por exemplo, é fortemente determinado pelas mudanças (ou transformações) que ocorrem no mundo do trabalho desde as últimas décadas do século passado com impactos negativos sobre a saúde dos trabalhadores e das trabalhadoras (Assunção, 2003; Minayo, 2004). Tais mudanças vêm impondo ao controle social uma ação mais agregadora e pró-ativa em relação ao papel do estado (municípios) na prevenção e promoção da saúde dos trabalhadores e das trabalhadoras. Nesse aspecto, é urgente que a descentralização da Vigilância em Saúde do/a Trabalhador/a (VISAT) seja uma prioridade dos governos, (re) definindo o financiamento da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do/a Trabalhador/a (RENAST), de modo a contemplar as necessidades locais quanto às demandas que surgem da relação saúde-trabalho.

O controle social na saúde do/a trabalhador/a tem pela frente um enorme desafio: fazer acontecer em todos os municípios as ações da VISAT, como ocorre com as vigilâncias epidemiológica e sanitária. Os CEREST na Bahia desempenham papel fundamental no processo regional de descentralização das ações de saúde do/a trabalhador/a, contudo, encontram-se engessados quanto ao quadro limitado de recursos humanos e no tocante à burocracia que dificulta o uso dos recursos financeiros repassados pela União, além do subfinanciamento do SUS como um todo.

No momento atual da economia (era do regime flexível), vários fatores interagem para conformar um cenário de desmobilização do/as trabalhadores/as, vulnerabilizando-os/as quanto à saúde, e são destacados por Breilh (1999):

- a) A flexibilidade dos vínculos de emprego, como objeto de luta do capital para a supressão de direitos trabalhistas e ampliação do lucro.
- b) O desemprego estrutural que resulta da situação anterior.
- c) A flexibilidade do/a trabalhador/a (polivalência, disponibilidade, adaptabilidade), como características dos/as mais “eficientes”.
- d) A flexibilidade do processo de trabalho que exige dos indivíduos que vivem do trabalho, constante adaptação.

O Projeto de Lei nº 4.330/2013, que tramita no congresso e dispõe sobre a terceirização, ilustra bem esse cenário que fragiliza direitos da classe trabalhadora. O PL permite a contratação de terceirizados em todas as atividades, inclusive na atividade fim, (a principal da empresa) que poderá funcionar sem contrato direto entre empregador-empregado e fragilizará a organização e a representação sindical.

As questões relativas ao regime de emprego são relevantes. Pesquisas apontam que indivíduos sob regime precário de trabalho estão mais expostos aos riscos de acidentes e adoecimento, em comparação com os indivíduos em empregos estáveis (Papadopoulos et al., 2010). A instabilidade no emprego também deixa os/as trabalhadores/as mais vulneráveis às demandas físicas e psíquicas, devido às cobranças de produtividade excessivas, ritmo intensificado na produção, jornadas de trabalho prolongadas (Benach e Mutaner, 2007). Dificilmente há controle social sem a garantia mínima de permanência ou de autonomia em um emprego, e, além disso, a ausência desses requisitos favorece o assédio moral no ambiente de trabalho (Souza, 2009).

INSTITUCIONALIDADE E O INSTITUÍDO: qual caminho?

Esse cenário, que dá contornos à nossa experiência histórica de participação nos rumos do Estado Brasileiro na relação capital-trabalho, contribui para moldar os espaços instituídos de participação recheando-os de possibilidades, mas também de contradições, que precisam ser consideradas numa conferência que tem como meta estratégica:

Fortalecer os caminhos do SUS na temática de saúde do trabalhador na perspectiva de consolidar uma política pública participativa e fundamentada nas ações, programas e questões sobre a temática das relações entre a saúde e o trabalho que vem sendo realizados nas regiões. [...] A partir das possibilidades de intervenção no âmbito do SUS, dialogando com outros atores no campo da relação saúde-trabalho. Em que as estratégias participativas e intersetoriais devem ser definidas para além dos movimentos sociais e institucionais já instituídos (Machado, 2014, p. 4).

Inegavelmente, existem avanços institucionais no âmbito da participação e controle social em saúde presentes atualmente no SUS. São exemplos: Conselhos de Saúde em todos os entes federados do País; Conferências de Saúde compondo calendários importantes nas Agendas de Governo; uma secretaria específica junto ao Ministério da Saúde para cuidar da pauta da gestão estratégica e participativa. Destacam-se ainda outros espaços que fortalecem o controle social, como o Sistema Nacional de Auditoria do SUS e a Ouvidoria Geral do SUS. Contamos também com políticas nacionais como a Política Nacional de Educação Permanente para o Controle Social e a Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa do SUS.

No âmbito específico da saúde do/a trabalhador/a, como principais instâncias do controle social para a implementação da RENAST, têm-se as Comissões Intersetoriais de Saúde do Trabalhador – CIST (Hoefel; Severo, 2014), vinculadas aos Conselhos de Saúde. Podemos citar também o Conselho Gestor dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador – CEREST. Além desses espaços, há um histórico de conferências temáticas que vale a pena recuperar:

1986 – 1ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador

O momento culminante de mobilização popular pela saúde do trabalhador no Brasil dá-se na VIII Conferência Nacional de Saúde, em março, e na I Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, que acontece de 01 a 05 de dezembro, no Centro de Convenções em Brasília/DF, com os seguintes eixos temáticos: Diagnóstico da Situação de Saúde dos Trabalhadores; Novas Alternativas de Atenção a Saúde dos Trabalhadores; Política Nacional de Saúde dos Trabalhadores.

1994 - 2ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador

A afirmação do movimento dentro do campo institucional acontece na IX Conferência Nacional de Saúde e na 2ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, que aconteceu de 13 a 16 de março, no Centro de Convenções em Brasília/DF, tendo como tema central "CONSTRUINDO UMA POLÍTICA DE SAÚDE DO TRABALHADOR", sendo discutido os: Princípios; Organização das ações de saúde do trabalhador; Participação e controle social; Informação; Recursos Humanos para a ST; Financiamento; Legislação; Desenvolvimento, meio ambiente, saúde e trabalho; Política agrária e saúde do trabalhador rural; gerais.

2005 - 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador

A 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador realizou-se de 09 a 12 de novembro, em Brasília/DF, tendo como tema central "TRABALHAR SIM, ADOECER NÃO!" Três eixos temáticos foram definidos para orientar o debate da 3ª CNST: Como garantir a integralidade e a transversalidade da ação do Estado em saúde dos (as) trabalhadores (as)? Como incorporar a saúde dos (as) trabalhadores (as) nas políticas de desenvolvimento sustentável no País? Como efetivar e ampliar o controle social em saúde dos (as) trabalhadores (as)?

Importante destacar que na Bahia foram realizadas as devolutivas dessa última conferência. Foram realizados encontros regionais nos municípios sede dos CEREST nos quais foram debatidas as propostas aprovadas nas etapas Estadual e Nacional e viabilizadas a habilitação do CEREST de Salvador e a construção da Rede no Estado. Evento que contou com a articulação de movimentos sociais e do CESAT na compilação das propostas municipais, estadual e nacional e na sua realização.

Juntam-se a esse panorama, duas políticas nacionais publicadas mais recentemente: a *Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho*– PNSST (Decreto Presidencial nº 7.602/2011) e a própria *Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora* (Portaria MS/GM nº 1.823/2012).

Entretanto, frente às conquistas institucionais observadas, há de se considerar contradições que desafiam a efetivação das mesmas enquanto garantias de acesso a direitos sociais.

Seguindo na especificidade da Saúde do/a trabalhador/a é preciso considerar o que apontam Hoefel e Severo (2014), **que para os mais de cinco mil e quinhentos conselhos de saúde instituídos, temos apenas noventa e cinco CIST implantadas.** As autoras acrescentam ainda a carência de representação das Centrais Sindicais nas CIST e seus limites enquanto espaços de efetivação do direito da classe trabalhadora em acompanhar e intervir nas políticas de saúde do/a trabalhador/a, tendo em vista que "pouco mais da metade dos trabalhadores membros das CIST consegue avaliar a implementação das políticas e aplicação dos recursos públicos

destinados para tal” (Hoelfel e Severo, 2014, p. 24). Completando esse quadro as autoras revelam ainda que

a falta de valorização das CISTs pela gestão - e por vezes até mesmo pelos Conselhos de Saúde - configura um elemento que prejudica seriamente a qualificação desses espaços, uma vez que tal atitude fragiliza o exercício da participação social e pode conduzir ao esvaziamento e, até mesmo, à descrença nessas arenas, com conseqüente perda da legitimidade e representatividade dos colegiados (Hoelfel e Severo, 2014, p. 26).

Nesse contexto, há de se considerar o histórico desafio da efetivação do controle social em saúde. Nesse aspecto, os Conselhos de Saúde, formalmente constituídos, na prática vivenciam limitações e dificuldades, confirmadas por produções acadêmicas, no tocante à: representatividade, autonomia, capacidade de decisão política, conhecimento pela população, reconhecimento pela gestão, condições administrativas para funcionar (espaço físico, orçamento próprio, mobiliário, equipamentos, etc.) (Martins P. C. et al, 2008; Vianna; Cavalcanti; Cabral, 2009; Cotta, 2011).

PROPONDO PASSOS PARA SEGUIR CAMINHANDO: rumo à utopia instituinte...

Dessa forma, para o desafio de formulação de propostas nesse sub-eixo, *“Fortalecer a participação dos trabalhadores e das trabalhadoras, da comunidade e do controle social nas ações de saúde do trabalhador e da trabalhadora”*, precisaremos refletir sobre algumas questões, como as previstas pelo documento orientador da 4ª CEST:

- Que avaliação se faz da atuação dos sindicatos da região para melhorar as condições de trabalho e de saúde dos trabalhadores e das trabalhadoras? E a de outras organizações de trabalhadores caso existentes no território (associações, cooperativas, etc.)?
- Entidades, organizações e movimentos de trabalhadores têm uma participação significativa nos Conselhos Municipais e Estadual de Saúde e na CIST? Quais as principais pautas ou reivindicações dos trabalhadores e trabalhadoras nesses espaços? É reconhecido o direito de organização dos trabalhadores e trabalhadoras nos locais de trabalho? Quais formas organizativas em saúde do trabalhador existem nesses locais?
- Qual a atuação dos gestores municipais em relação aos serviços e programas de saúde do trabalhador dentro das empresas?
- Além do SUS, os trabalhadores e suas organizações participam de outras instituições governamentais relacionadas com a saúde dos trabalhadores e trabalhadoras? Quais? Há formas de ampliar a participação nesses outros espaços?
- É necessário desenvolver programas de formação para o controle social? Em caso positivo, quais as questões que deveriam abordar? (Orientações para a organização das etapas macrorregionais da 4ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, 2014, p. 03).

Em que uma conferência temática sobre Saúde do Trabalhador pode ser estratégica num ano que antecede uma Conferência Nacional de Saúde? Como potencializar a transversalização do debate da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora na implementação das Políticas de Saúde?

Precisamos propor estratégias para potencializar o debate sobre pautas da Saúde do/a Trabalhador/a pelas próprias representações de trabalhadores, ou de outra forma, este seguirá restrito a grupos/instituições/linhas de pesquisa e às relativamente poucas entidades representativas que se interessam pelo tema. A ampliação desse debate é urgente, especialmente considerando a necessidade de ampliar o acesso às ações do SUS para o conjunto dos/as trabalhadores/as, conforme previsto no Art. 3º da Portaria MS/GM nº 1.823/2012:

Todos os trabalhadores, homens e mulheres, independentemente de sua localização, urbana ou rural, de sua forma de inserção no mercado de trabalho, formal ou informal, de seu vínculo empregatício, público ou privado, assalariado, autônomo, avulso, temporário, cooperativados, aprendiz, estagiário, doméstico, aposentado ou desempregado são sujeitos desta Política (Art. 3º da Portaria MS/GM nº 1.823/2012).

Sem que a maioria dos/as trabalhadores/as e suas representações se apropriem dessa pauta, dificilmente se avançará para que esta seja reconhecida no âmbito da gestão do SUS, por seus atores e nos espaços instituídos. E uma pauta que não é reconhecida, sempre carecerá de recursos e estrutura.

Outro debate necessário de ser ampliado e qualificado diz respeito ao espaço instituído dos conselhos de saúde. Qual o significado real da paridade nas relações de poder dentro desses conselhos? A categoria “usuários/as” ainda é suficiente para abarcar a diversidade que configura a sociedade civil brasileira e nela a representação dos/as trabalhadores/as que não são da saúde? Se considerarmos que a maioria dos trabalhadores que acessam os serviços de atenção à saúde do/a trabalhador/a no SUS o fazem para obter uma Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT) qualificada que facilite o acesso a direitos previdenciários, fica evidente que aqueles/as são uma categoria diferenciada de usuários/as, se comparado ao que normalmente se compreende sobre usuário/a do sistema de saúde majoritariamente representada nos conselhos municipais de saúde. Ou seja, são uns/umas do/as mais oprimidos/as pelo capital e os menos representados/as nos conselhos.

Além disso, precisamos trazer para a reflexão e proposição as relações de poder nos espaços de participação, por exemplo, as influências do mercado e dos partidos políticos, que não são resolvidas com a paridade. A existência do segmento de “prestadores” nos conselhos de saúde contempla a discussão sobre a influência do mercado de prestação de serviços ao SUS na organização dos sistemas municipais? E, há de se considerar que a orientação partidária não se

acomoda na relação de segmentos que compõem a paridade nos conselhos (gestor/a, trabalhador/a da saúde e usuário/a). Assim, como evitar (ou evidenciar), que nos conselhos ocorram os processos próprios dos espaços parlamentares, como conduções por lideranças de bancadas e de partidos, etc., sendo que o parlamento é organizado a partir da representação dos partidos e os conselhos são organizados a partir da representação dos segmentos?

E, um último aspecto a considerar, é a relação entre os espaços deliberativos do controle social do SUS e as comissões intergestoras e colegiados de gestão. Os Conselhos deliberam ou homologam decisões? É fundamental, para o avanço da construção da democracia participativa no SUS, debater sobre o quê, com que conselheiros/as e que decisões são construídas nos conselhos de saúde.

Nesse contexto, os serviços de Saúde do Trabalhador (CEREST, NUSAT, outros), como instâncias do governo, devem estar antenados com os problemas e as necessidades sociais da população trabalhadora, estimulando a atuação autônoma e crítica dos trabalhadores e trabalhadoras nos Conselhos Municipais de Saúde (CMS), nos Comitês de Saúde do Trabalhador (CST), nas Comissões Intersetoriais de Saúde do Trabalhador (CIST), com o intuito de fortalecer e aprimorar a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST).

Tal atuação é imprescindível, pois as adequações da organização e do processo de trabalho à condição humana exigem mais que a atuação formal do Estado, nas três esferas de governo (federal, estadual, municipal). Os conselhos, comitês e comissões precisam realmente funcionar, como expressão da voz de um povo que tem o direito e o dever de participar!

REFERÊNCIAS

ABRAMIDES, Maria Beatriz Costa; CABRAL, Maria do Socorro Reis. Regime de acumulação flexível e saúde do trabalhador. São Paulo Perspec. São Paulo, v. 17, n. 1, 2003. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/spp/v17n1/v17n1a01.pdf> >. Acesso em: 08 abr. 2014.

ANTUNES, Ricardo. Adeus ao trabalho?: ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. São Paulo: Cortez; Campinas, SP: Editora da Universidade de Campinas, 2007.

ASSUNÇÃO, Ada A. Uma contribuição ao debate sobre as relações saúde e trabalho. Ciência & Saúde Coletiva, v. 8, n. 4, p. 1005-1018, 2003.

BENACH J, MUNTANER C. Precarious employment and health: developing a research agenda. Journal of Epidemiology and Community Health. 2007; 61(4):276-277. DOI: 10.1136/jech.2005.045237.

BREILH, Jaime. Epidemiologia Crítica: ciência emancipadora e interculturalidade. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

BREILH, Jaime. Eficacia del poder, retroceso del derecho y degradacion del trabajo el escenario regresivo de la salud laboral em América Latina. In: Conferencia de apertura del encuentro nacional de salud del trabajador em Brasil. Brasília, 1999.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. Physis: Revista Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007.

COTTA, Rosângela Minardi Mitre et al. O controle social em cena: refletindo sobre a participação popular no contexto dos Conselhos de Saúde. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, 2011. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312011000300019&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 08 abr. 2014.

DALLARI, Dalmo. O que é participação política. São Paulo: Brasiliense, 2004

D'ARAUJO, Maria Celina. Capital social. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003

DEJOURS, Christophe. A banalização da injustiça social. 7. ed. Rio de Janeiro: FGV, 2006.

HOEFEL, Maria da Graça Luderitz; SEVERO, Denise Osório. **Participação social em saúde do trabalhador**: entre o instituído e o instituinte. In DOCUMENTO ORIENTADOR. 4ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE. 2014, pp. 11 a 28. Disponível em <http://www.suvisa.ba.gov.br/sites/default/files/galeria/texto/2014/04/02/DocumentoOrientador_4CNST.pdf>. acesso em 08 abr. 2014.

MACHADO, Jorge Mesquita Huet. Apresentação da 4ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. In DOCUMENTO ORIENTADOR. 4ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE. 2014, pp. 02 a 10. Disponível em <http://www.suvisa.ba.gov.br/sites/default/files/galeria/texto/2014/04/02/DocumentoOrientador_4CNST.pdf>. acesso em 08 abr. 2014.

MARTINS, Poliana Cardoso et al. Conselhos de saúde e a participação social no Brasil: matizes da utopia. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, 2008. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312008000100007&lng=pt&nrm=iso>. acesso em 08 abr. 2014.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. De ferro e flexíveis: marcas do estado empresário e da privatização na subjetividade operária. Rio de Janeiro: Garamond, 2004.

ORIENTAÇÕES PARA A ORGANIZAÇÃO DAS ETAPAS MACRORREGIONAIS DA 4ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR E DA TRABALHADORA. 2014. Disponível em http://conselho.saude.gov.br/web_4cnst/docs/OrientacoesMacrosReg.pdf. Acesso em: 08 abr. 2014.

PAPADOPOULOS G, Georgiadou P, Papazoglou C, Michaliuo K. Occupational and public health and safety in a changing work environment: An integrated approach for risk assessment and prevention. *Safety Science*. 2010; v. 48, p.943-949.

PUTNAM, Robert D.; LEONARDI, Robert; NANETTI, Raffaella Y. Comunidade e democracia: a experiência da Itália moderna. Tradução de Luiz Alberto Monjardim. 4. ed. Rio de Janeiro: FGV, 2005

SANTOS, Luis Rogério Cosme Silva. SILVA, Tiago Parada Costa. A utopia da Reforma Sanitária Brasileira em um discurso no Congresso da ABRASCO 2009. *Saúde debate* [online]. 2013, v.37, n.97, pp. 210-2018.

RODRIGUES, Leôncio Martins. As transformações da sociedade contemporânea e o futuro sindicalismo. In: **O futuro do sindicalismo**: CUT, Força Sindical, CGT. São Paulo: Nobel, 2000.

SOUZA, Jorge Dias. As chefias avassaladoras: a face oculta da tirania e do assédio moral nas empresas e o que fazer para acabar com essa prática devastadora. Osasco, SP: Novo Século Editora, 2009.

SEN, Amartia. Desenvolvimento como liberdade. MOTA, Laura Teixeira (trad.) São Paulo: companhia das Letras, 2000.

VIANNA, Maria Lucia Teixeira Werneck; CAVALCANTI, Maria de Lourdes; CABRAL, Marta de Pina. Participação em saúde: do que estamos falando?. *Sociologias*, Porto Alegre, n. 21, jun. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-45222009000100010&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 08 abr. 2014.