



Número 285
15 de agosto de 2025

A 5ª Conferência Nacional como instrumento de luta para a saúde do trabalhador e para a construção do Sistema Nacional

DIIESE
DEPARTAMENTO INTERSINDICAL DE
ESTATÍSTICA E ESTUDOS SOCIOECONÔMICOS

A 5ª Conferência Nacional como instrumento de luta para a saúde do trabalhador e para a construção do Sistema Nacional¹

O Ministério da Saúde promove em agosto a 5ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (CNSTT), organizada pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS). O evento, cuja última edição aconteceu há mais de 10 anos, marca a retomada do debate sobre as políticas públicas voltadas à saúde laboral e representa importante momento de avaliação e definição de diretrizes para as políticas públicas de saúde no Brasil. O tema será “Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora como Direito Humano”.

A Conferência é um espaço estratégico para a formulação e avaliação de diretrizes que orientam as ações do Estado no campo da saúde da classe trabalhadora. Nessa edição, trará debates divididos em três eixos principais: 1) Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora; 2) as novas relações de trabalho e a saúde do trabalhador e da trabalhadora; e 3) participação popular na saúde dos trabalhadores e das trabalhadoras para o controle social. O evento deve reunir especialistas, gestores, sindicatos, trabalhadores e representantes da sociedade civil em torno de uma pauta que ganha urgência diante das transformações no mundo do trabalho e dos desafios enfrentados pela saúde pública brasileira.

Histórico

A 1ª CNST foi realizada em 1986. Ainda sob a concepção de “saúde e segurança dos trabalhadores”, refletia a influência do movimento sanitaria e da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Mesmo antes da promulgação da Constituição Federal de 1988, a Conferência já defendia a formulação de uma política nacional específica que abordasse questões como o diagnóstico da saúde e segurança dos trabalhadores, a construção de alternativas de atenção e o delineamento de diretrizes para uma política pública nacional.

¹ Esta Nota foi produzida a partir de relatórios dos projetos *Subsídios para a discussão de um Sistema Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora*, em parceria com a Opas (Organização Pan-Americana da Saúde), e *A evolução da negociação coletiva no tema de saúde e segurança no trabalho no setor industrial, os espaços negociais e os desafios do futuro*, desenvolvido com o Sesi (Serviço Social da Indústria).

O encontro marcou uma inflexão conceitual ao consolidar uma visão ampliada da saúde do trabalhador, compreendida como resultado de fatores políticos, econômicos e sociais.

Em 1994, a 2ª CNST ocorreu no contexto pós-Constituição de 1988, com o tema “Construindo uma Política de Saúde do Trabalhador”. Naquele momento, o foco deixou de ser a articulação interinstitucional e passou a privilegiar a incorporação das ações de saúde do trabalhador à lógica do SUS, defendendo a coordenação única pelo Ministério da Saúde. A Conferência também defendeu a submissão dos serviços especializados em engenharia de segurança e medicina do trabalho (Sesmt) das empresas ao controle social do SUS. Além disso, apontou a necessidade de criação de uma comissão interministerial, com participação das Centrais Sindicais, do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), com o objetivo de consolidar e articular as ações do SUS no campo da saúde do trabalhador.

Em 2005, a 3ª CNST foi convocada por meio de portaria conjunta dos Ministérios da Saúde, Trabalho e Previdência. Sob o lema “Trabalhar sim, adoecer não”, a Conferência reafirmou a centralidade do SUS nas ações de saúde do trabalhador e buscou retomar a articulação intersetorial, além de aprofundar o debate em torno da Política Nacional de Saúde e Segurança no Trabalho (PNSST), que viria a ser oficializada pelo Decreto nº 7.602/2011.

Já a 4ª edição, realizada em 2014 e convocada pelo Ministério da Saúde por meio da Portaria nº 2.808/2012, foi a primeira a adotar oficialmente o nome de Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (CNSTT). Com o tema "Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, Direito de Todos e Todas e Dever do Estado", teve como foco a implementação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT). Estruturada em quatro subeixos: desenvolvimento socioeconômico e seus impactos na saúde dos trabalhadores; fortalecimento da participação social; efetivação da PNSTT com base na integralidade e intersetorialidade; e, por fim, financiamento da política nacional de saúde do trabalhador nas três esferas.

Todas as Conferências trouxeram avanços significativos na consolidação da saúde do trabalhador como direito e responsabilidade do Estado. O debate nesses espaços tem

refletido o amadurecimento em torno das questões que envolvem as condições de trabalho, os determinantes sociais da saúde e a integração das ações aos Sistema Único de Saúde (SUS).

A legislação sobre a saúde do trabalhador

Todo o debate construído nas conferências nacionais ocorreu em paralelo à consolidação de um arcabouço legal que fortaleceu a proteção à saúde dos trabalhadores no Brasil. Destacam-se, nesse processo, a Constituição Federal de 1988, a Lei 8.080/1990 e a Lei 8.142/1990. Esses marcos legais são frutos direto do processo de redemocratização e da luta do movimento sindical e da reforma sanitária, cuja força política se expressou de forma decisiva na 8ª Conferência Nacional de Saúde e na Emenda Popular que garantiu a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) na Constituição. A Carta de 1988 consagrou a saúde como direito de todos e dever do Estado, reconhecendo suas determinações sociais e econômicas e atribuindo ao SUS competências específicas relacionadas à saúde do trabalhador, como ações de vigilância sanitária, epidemiológica e a atuação conjunta na proteção ao meio ambiente, inclusive no ambiente de trabalho.

A Lei nº 8.080/1990, conhecida como Lei Orgânica da Saúde, regulamenta os preceitos constitucionais e aprofunda a concepção ampliada de saúde, ao incluir expressamente a saúde do trabalhador como área de atuação do SUS. O artigo 6º e seu parágrafo terceiro detalham as atribuições do SUS nesse campo, que vão desde a assistência a trabalhadores vítimas de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho até a participação em estudos, fiscalização e normatização das condições de trabalho. Também cabem ao SUS a avaliação dos impactos das tecnologias sobre a saúde, a produção de informações sobre os riscos ocupacionais, a revisão periódica das doenças associadas ao processo produtivo – com participação de entidades sindicais – e a garantia de que os sindicatos dos trabalhadores possam solicitar a interdição de máquinas, em casos de risco iminente à vida ou à saúde dos trabalhadores.

Essa abordagem evidencia o caráter coletivo das ações em saúde do trabalhador, reforçando que a promoção dessas iniciativas vai além de medidas assistenciais e exige a análise crítica e a transformação das próprias condições de produção. A responsabilidade

pela execução dessas ações é compartilhada por diversas instâncias do Estado, sendo o SUS o principal coordenador desse esforço. Outro ponto de destaque da Lei está no artigo 12, que prevê a criação de comissões intersetoriais vinculadas ao Conselho Nacional de Saúde, entre elas a Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador.

A Lei nº 8.142/1990 complementa o marco legal do SUS ao instituir os mecanismos de participação social por meio das Conferências e Conselhos de Saúde. Esses espaços colegiados garantem o controle social das políticas públicas, assegurando que trabalhadores, usuários, profissionais e gestores tenham voz na formulação, acompanhamento e avaliação das políticas de saúde. Dessa forma, a saúde do trabalhador é concebida também como campo político em que os interesses da classe trabalhadora podem se expressar e influenciar a ação estatal. A institucionalização da participação reforça a ideia de que a saúde é uma construção coletiva e democrática.

Por fim, os atos normativos estruturantes, como a Política Nacional de Saúde e Segurança no Trabalho (PNSST) e a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT), operacionalizam os princípios da legislação, detalhando diretrizes e estratégias de atuação. A PNSST estabelece objetivos como a promoção da saúde e a melhoria da qualidade de vida do trabalhador, assim como a prevenção de acidentes, com ênfase na articulação intersetorial entre Ministérios do Trabalho, da Saúde e da Previdência e entidades representativas dos trabalhadores e empregadores.

Já a PNSTT, instituída pela Portaria nº 1.823/2012, do Ministério da Saúde, reafirma a responsabilidade do SUS na atenção integral à saúde do trabalhador, com destaque para a vigilância em saúde, a atuação dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest) e a estruturação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast). Ambas as políticas reforçam o compromisso do Estado com a proteção da vida e da saúde dos trabalhadores em todos os níveis de atenção.

A precarização do mercado de trabalho como modelo de gestão

Desde a realização da primeira Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, nos anos de 1980, até os dias atuais, ocorreram profundas transformações tanto na economia

brasileira quanto no mundo do trabalho, gerando uma série de determinantes sociais que têm impacto sobre a saúde do trabalhador e da trabalhadora. Isso tudo foi intensificado sobretudo a partir da década de 1990, com o avanço das políticas neoliberais no país, que impuseram novos desafios à formulação de políticas públicas voltadas à saúde laboral.

A lógica neoliberal promoveu a superexploração da força de trabalho, com jornadas mais longas, ritmos intensos e vínculos empregatícios cada vez mais frágeis – um cenário agravado após a crise de 2008, quando reformas trabalhistas e desmontes das previdências sociais foram realizados pelo mundo, consolidando a precarização como modelo dominante de gestão. O impacto se manifesta nos ambientes laborais por meio de condições inseguras, assédio moral, medo constante de demissão e retrocessos em direitos sociais, atingindo também os serviços públicos.

A precarização é um fenômeno multifacetado e não restrito às definições formais de emprego. Ela se manifesta em diversas dimensões: inserção vulnerável no mercado, terceirização, riscos à saúde, assédio, perda de identidade coletiva, fragilização da organização dos trabalhadores e descarte dos direitos trabalhistas.

No setor público, esta lógica submeteu áreas essenciais, como saúde, educação e assistência social, à lógica do mercado. Os docentes universitários, por exemplo, enfrentam pressões crescentes, com impacto direto na saúde. O trabalho por metas, outro determinante social, promove a lógica da produtividade que se espalhou, inclusive, para o setor público, fazendo com que muitos trabalhadores extrapolem a jornada formal, inclusive em finais de semana e férias, contribuindo para o adoecimento. A escassez de recursos e infraestrutura no setor público é outro aspecto relevante, pois transfere aos trabalhadores responsabilidades sem respaldo institucional, como no caso das professoras e professores que arcam com custos do próprio trabalho.

Existem ainda outros determinantes sociais como os fatores de raça, gênero, classe e orientação sexual, que agravam a precarização. Mulheres negras, por exemplo, são frequentemente submetidas à dupla jornada e condições mais vulneráveis, ou seja, os marcadores sociais da diferença contribuem como determinantes sociais.

A violência urbana é outro aspecto importante, já que profissionais como motoristas, ambulantes e entregadores, por exemplo, enfrentam riscos diários, provocados

sobretudo pelas desigualdades sociais. Os mais afetados geralmente são jovens, negros e moradores de periferias.

As tecnologias da informação e comunicação (TICs) também agravam os problemas. Elas intensificam o controle e ampliam as exigências de disponibilidade, especialmente após a pandemia, ao aumentar a sobrecarga de trabalho e invadir a esfera privada dos trabalhadores.

A ameaça constante de desemprego e a crescente precarização das ocupações têm impactos profundos sobre a saúde mental e podem, em casos extremos, levar a comportamentos suicidas. Há também ocupações não profissionalizadas, como os trabalhadores maqueiros hospitalares, invisibilizados, sem protocolos claros, sobrecarregados por múltiplas tarefas e excluídos da representação sindical, submetidos a funções diversas que geram angústia e adoecimento.

Outro problema é a inserção de crianças no mundo do trabalho, o que compromete o desenvolvimento delas, perpetua a pobreza e limita oportunidades futuras.

Cabe mencionar ainda o endividamento dos trabalhadores. Pressionados pelos riscos produtivos, muitos contraem dívidas, situação que acentua a instabilidade e traz complicações à saúde mental.

Todos esses determinantes, de forma direta ou indireta, têm consequências sobre a saúde dos trabalhadores.

Mudanças no mercado laboral e acidentes de trabalho

Entre a realização da 4ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, em 2014, e o ano anterior à pandemia, 2019, o Brasil enfrentou um cenário de forte desaceleração econômica, com aumento do desemprego e expansão das formas precárias de trabalho. Nesse intervalo, a taxa de desocupação saltou de 6,6% para 11,1%, o equivalente a mais de 5 milhões de novos desocupados. Paralelamente, caiu a proporção de empregados com carteira assinada (de 41% para 36%) e aumentou o contingente de trabalhadores por conta própria (de 23% para 26%), exceto no Nordeste, que manteve certa estabilidade.

A informalidade avançou em todas as regiões do país, acompanhada pelo envelhecimento da força de trabalho - a participação de pessoas com mais de 35 anos subiu de 55% para 60%. Também aumentou a presença de pessoas negras entre os ocupados, de 52,5% para 54,6%, especialmente no Sudeste e Sul.

No mesmo período, o setor industrial perdeu mais de 1,2 milhão de postos de trabalho, enquanto as áreas de educação, saúde e serviços sociais criaram 2,3 milhões de vagas.

Em relação às ocupações voltadas à saúde do trabalhador, os técnicos em segurança do trabalho representavam a maioria, com cerca de 70% vagas. Outras funções, como médicos, engenheiros de segurança do trabalho e enfermeiros do trabalho, equivaliam a proporções bem menores. Apesar do contexto adverso, esse conjunto de ocupações cresceu 4% em relação a 2014, apesar de quedas expressivas registradas em funções como auxiliares de enfermagem do trabalho (-50%) e cirurgiões-dentistas (-43%). No total, em 2019, havia 142.317 vínculos formais referentes a essas ocupações.

A dinâmica de crescimento da informalidade, a maior presença masculina no mercado de trabalho, o aumento da participação do setor de serviços e as desigualdades regionais têm reflexos sobre os dados relacionados a acidentes de trabalho, sobretudo após 2014.

No mesmo intervalo, a retração do emprego formal teve impacto direto nos dados sobre acidentes de trabalho, principalmente nas bases que se concentram nos vínculos regidos pelo emprego formal, como é o caso da Rais (Relação Anual de Informações Sociais) e do Anuário Estatístico da Previdência Social (Aeps). Nessas bases, houve queda significativa no número de mortes por acidente típico, o que, à primeira vista, poderia sugerir melhora nas condições de trabalho. No entanto, o que se vê é que o avanço da informalidade, e a subnotificação dificulta o registro de acidentes, mascarando o real cenário de riscos ocupacionais.

Por outro lado, as notificações feitas ao Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), que também abrange trabalhadores informais, indicaram aumento no número de acidentes de trabalho. Ainda assim, 57,5% das notificações seguem concentradas entre trabalhadores com carteira assinada, padrão esperado, considerando que

a formalização oferece uma série de direitos aos trabalhadores, que ainda podem contar com mais informações dos sindicatos e acesso às estruturas especializadas de saúde do trabalho.

Na base de dados da Rais, houve redução de 65,7% nas notificações de acidentes e de 35% nas aposentadorias por invalidez. Entre as notificações de acidentes de trabalho, os óbitos decorrentes de acidentes típicos recuaram quase 70%; os falecimentos durante o trajeto de casa ao trabalho diminuíram 68%; e os relacionados a doenças ocupacionais registraram queda de 11%. Já as aposentadorias por invalidez tiveram queda de 45,2% nos casos atribuídos a acidentes de trabalho e de 28,7% nos motivados por doenças ocupacionais. É importante levar em conta que as subnotificações também podem ter influenciado esses números.

A base de dados da Previdência Social também indicou queda (-23,9%) no número de acidentes de trabalho observados no país. Segundo o Anuário Estatístico da Previdência Social, entre 2014 e 2021, o Brasil contabilizou cerca de 536 mil acidentes, média de 61 por hora. Desses, 86,7% foram formalizados por meio de Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), sendo 75% acidentes típicos, 21% de trajeto e 4% por doenças ocupacionais. A região Sudeste concentrou mais da metade dos casos (52,7%), seguida pelo Sul (23,6%).

Os homens representaram a maioria dos acidentados (66%), principalmente nos acidentes típicos e de trajeto, enquanto as mulheres foram mais afetadas por doenças relacionadas ao trabalho. A faixa etária mais atingida foi a de 30 a 39 anos, com 30% dos casos, seguida pelo grupo entre 40 e 49 anos (23%). Os dedos foram as partes do corpo mais atingidas (20,7%), e depois os pés (7,2%) e as mãos (5,9%).

O setor de serviços foi líder em número de acidentes, com 55,7% do total, e, dentro dele, o segmento de saúde e serviços sociais concentrou 28% das ocorrências. A indústria ficou com 36% dos casos (193 mil acidentes), com a maioria das ocorrências na indústria de transformação (73,8% do setor). A agropecuária respondeu por 2,8% dos casos.

Mas enquanto os registros da Rais e da Previdência indicaram queda, os dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), mantido pelo Ministério da

Saúde, revelam realidade diferente, como já mencionado. Entre 2014 e 2019, as notificações de agravos relacionadas ao trabalho aumentaram 32%. Os acidentes de trabalho graves cresceram 39% e os casos de exposição a material biológico subiram 27%. Chama bastante atenção o aumento expressivo de 368% nos registros de câncer relacionado ao trabalho.

Em contrapartida, houve queda nas notificações de dermatoses ocupacionais (-30%), lesões por esforços repetitivos (-9%) e perda auditiva induzida por ruído (-18%). No caso de acidentes graves, algumas ocorrências saltaram de forma alarmante, como é o caso de trabalhadores “vítimas de avalanche, deslizamentos de terra e outros movimentos da terra”. Esses casos cresceram mais de 1.000%, sinalizando o impacto crescente de mudanças ambientais na saúde ocupacional, como evidenciado pelo rompimento da barragem de Brumadinho, em 2019.

Em termos de volume, prevaleceram as categorias “condição relacionada ao trabalho” (67.692 casos) e “atingido por objetos projetados ou que caem” (22.516 casos), além do aumento de 1.347% em “exposição a outros fatores especificados”, um salto de 351 para 5.080 casos.

Entre 2019 e 2021, os acidentes de trabalho graves mais que dobraram, com alta de 159%. Embora alguns códigos da Classificação Internacional de Doenças (CID) tenham números absolutos ainda baixos, houve crescimento percentual expressivo: casos de “sequelas com atendimento cirúrgico e médico como causa externa” subiram 5.900%, enquanto incidentes envolvendo “outros dispositivos médicos e não especificados associados a incidentes adversos” aumentaram 1.800%. Também chamam atenção notificações que dizem “agentes afetam principalmente constituintes sanguíneos” (1.700%) e “assalto por vapor, vapores quentes e objetos quentes” (1.657%).

Regionalmente, os agravos evoluíram de forma desigual. O Sul teve o maior aumento (93,3%), com destaque para perda auditiva (485,7%) e câncer relacionado ao trabalho (409%). O Sudeste, apesar de concentrar a maior parte do mercado de trabalho, teve aumento modesto de 8,3%, mas registrou alta expressiva nos casos de câncer (866,7%). O Nordeste apresentou crescimento de 54,6%, com destaque para câncer (446,2%) e acidentes graves (78,8%). Já o Norte e o Centro-Oeste tiveram alta de 14,7% e 36,1%,

respectivamente, impulsionados pelos casos de câncer relacionados ao trabalho, acidente de trabalho com exposição a material biológico e lesões por esforço repetitivo.

Os dados mostram que, embora os registros formais indiquem queda nos acidentes, os agravos notificados no SUS denunciam um cenário mais complexo, marcado por transformações no mundo do trabalho, impactos ambientais e desigualdade de proteção entre regiões e categorias profissionais.

Negociações coletivas trazem avanços para a saúde do trabalhador, mas ainda faltam inovação e efetividade

Entre 2014 e 2022, o movimento sindical brasileiro, por meio das negociações coletivas, registraram crescimento consistente nas cláusulas que tratam da saúde do trabalhador na indústria. O destaque fica por conta da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes e do Assédio (Cipaa), cuja presença nos acordos e convenções coletivas subiu de 37,7% para 41,7%². O tema mais recorrente foram as eleições de representantes dos trabalhadores, mas também ganharam espaço pautas como investigação de acidentes, uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) e fiscalização de primeiros socorros.

Ao comparar 2014 e 2022, nota-se avanço importante: a inclusão do combate ao assédio moral entre as atribuições da Cipa, reflexo das mudanças nas dinâmicas do ambiente de trabalho e da crescente preocupação com a saúde mental.

As cláusulas sobre fornecimento e uso de Equipamentos de Proteção Individual e Coletiva (EPIs e EPCs) também cresceram, passando de 33,6% para 37,2% dos acordos. Houve maior ênfase na priorização de medidas coletivas de prevenção, treinamentos obrigatórios e inclusão de itens específicos, como óculos de segurança com grau para trabalhadores e trabalhadoras que necessitem deles. Já as cláusulas voltadas à prevenção de acidentes e doenças saltaram de 26,9% para 32,7%, incorporando novas demandas, como ginástica laboral, ergonomia e proteção para quem atua em regime de teletrabalho.

² Os percentuais foram baseados em amostra com 940 instrumentos coletivos, assinados em 223 negociações.

Questões de periculosidade e insalubridade passaram a considerar mais explicitamente a proteção de gestantes, com cláusulas garantindo afastamento dessas trabalhadoras de ambientes de risco, especialmente após a reforma trabalhista de 2017.

Temas como Comunicação de Acidentes de Trabalho (CAT) e criação de Comissões de Saúde mantiveram-se relativamente estáveis, com avanços pontuais. Algumas convenções passaram a prever o envio da CATs aos sindicatos e à Cipa, além de compensação em caso de prejuízo nos benefícios sociais devido a atrasos das empresas na comunicação de acidentes, dado que a Comunicação de Acidentes de Trabalho é documento essencial para a solicitação do auxílio-doença acidentário no INSS. No caso das Comissões, destaca-se a formação de grupos paritários para estudo e prevenção de acidentes e doenças. Apesar da baixa frequência nas cláusulas referentes às Comissões, algumas incluíram a participação de sindicatos na fiscalização das condições de trabalho.

Outro tema que aparece, mas com baixa participação, são as cláusulas sobre o direito de recusa de tarefas que ofereçam risco grave e iminente à saúde do trabalhador e da trabalhadora. As cláusulas garantem proteção contra sanções injustificadas decorrentes da recusa.

Apesar desses avanços, ainda há desafios a superar. A maioria das cláusulas manteve o conteúdo de 2014, com poucas inovações - a expansão se deu principalmente pela disseminação de garantias já existentes em algumas categorias para outras que ainda não as registravam. Entre as inovações mais significativas observadas estão as cláusulas relacionadas ao *home-office* e o combate ao assédio moral, que refletem as transformações recentes, sobretudo com a crise sanitária.

As recomendações indicam a necessidade de fortalecer a participação sindical nas comissões de saúde, promover inovação nas cláusulas (sobretudo em temas como saúde mental e ergonomia), ampliar as atribuições da Cipa e garantir a capacitação contínua dos trabalhadores para uso adequado dos equipamentos de proteção e adoção de medidas preventivas eficazes.

Considerações finais

Embora tenha havido melhoras importantes em relação à questão da saúde do trabalhador no Brasil, persistem desafios significativos, agravados pela precarização crescente do mercado de trabalho. Elementos como o baixo crescimento econômico, as reformas trabalhista e previdenciária, contratos precários, enfraquecimento da fiscalização e desorganização da jornada de trabalho ampliam a precariedade e, como consequência, aprofundam os problemas, quando se analisa a saúde ligada às determinações sociais do processo saúde-doença no trabalho.

Há alguns desafios relacionados à intersetorialidade. A promoção de ações integradas, envolvendo a criação do Sistema Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (Sinastt), SUS, órgãos de fiscalização e demais instituições ligadas à área, é essencial para fortalecer essa política pública. As experiências acumuladas pela Renast, com avanços e obstáculos, oferecem importantes aprendizados para estruturar um sistema que articule todas as instituições e instâncias que atuam na área, incluindo – mas não se limitando – aos órgãos vinculados aos SUS. Essa integração deve favorecer o trabalho coordenado, o compartilhamento de informações, a eliminação de sobreposições e a construção de uma visão unificada sobre saúde do trabalho.

As medidas em saúde do trabalhador também exigem melhor infraestrutura e ampliação dos serviços especializados. A expansão dos Cerests e a articulação desses centros com as Unidades de Atenção Básica podem ampliar o acesso e favorecer ações intersetoriais. É fundamental que esses serviços disponham de equipes suficientes e capacitadas para atender às demandas específicas da saúde de trabalhadores e trabalhadoras. Além disso, é recomendável que realizem o mapeamento contínuo dos principais agravos à saúde em cada território e mantenham integração permanente com as **Redes de Atenção à Saúde (RAS)**. Para isso, são necessários recursos financeiros, planejamento articulado e apoio político-institucional.

No campo da **vigilância em saúde do trabalhador**, cabe ao Sinastt garantir a intersetorialidade entre os órgãos de vigilância e fiscalização. É preciso fortalecer os

mecanismos de notificação e aprimorar a qualidade das informações, integrando os diferentes sistemas de registro e acompanhamento.

Dentro das empresas, as ações de promoção da saúde e assistência devem estar alinhadas às diretrizes gerais da política de saúde do trabalhador. Paralelamente, é importante revisar o marco regulatório, que, embora robusto, apresenta sobreposições e lacunas que precisam ser superadas. A **participação e o controle social** devem ser assegurados em todas as etapas de formulação e implementação das políticas de saúde do trabalhador.

Apesar dos desafios, as evidências e experiências bem-sucedidas mostram que é possível construir uma política de saúde do trabalhador e da trabalhadora capaz de responder às necessidades e complexidades do século XXI. Nesse contexto, é fundamental adotar um olhar intersetorial, crítico e comprometido com a transformação das condições de trabalho. A 5ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, marcada para agosto de 2025, terá o desafio de incorporar essas novas realidades, reforçando o papel do SUS como agente central na defesa do trabalho digno e na promoção da saúde como direito humano.



Escritório Nacional: Rua Aurora, 957 – 1º andar CEP 05001-900 São Paulo, SP
Telefone (11) 3874-5366 / fax (11) 3874-5394
E-mail: en@dieese.org.br
www.dieese.org.br

Presidente – José Gonzaga da Cruz

Sindicato dos Comerciantes de São Paulo – SP

Vice-presidente – Maria Aparecida Faria

Sindicato dos Trabalhadores Públicos da Saúde no Estado de São Paulo – SP

Secretário Nacional – Paulo Roberto dos Santos Pissinini Junior

Sindicato dos Trabalhadores nas Indústrias Metalúrgicas de Máquinas Mecânicas de Material Elétrico de Veículos e Peças Automotivas da Grande Curitiba - PR

Diretor Executivo – Alex Sandro Ferreira da Silva

Sindicato dos Trabalhadores nas Indústrias Metalúrgicas Mecânicas e de Material Elétrico de Osasco e Região – SP

Diretora Executiva – Cecília Margarida Bernardi

Sindicato dos Empregados em Empresas de Assessoramentos Perícias Informações Pesquisas e de Fundações Estaduais do Rio Grande do Sul - RS

Diretor Executivo – Claudionor Vieira do Nascimento

Sindicato dos Metalúrgicos do ABC – SP

Diretor Executivo – Edenilson Rossato

CNTM – Confederação Nacional dos Trabalhadores Metalúrgicos

Diretora Executiva – Elna Maria de Barros Melo

Sindicato dos Servidores Públicos Federais do Estado de Pernambuco - PE

Diretor Executivo – Gabriel Cesar Anselmo Soares

Sindicato dos Trabalhadores nas Indústrias de Energia Elétrica de São Paulo – SP

Diretor Executivo – José Carlos Santos Oliveira

Sindicato dos Trabalhadores nas Indústrias Metalúrgicas Mecânicas e de Materiais Elétricos de Guarulhos Arujá Mairiporã e Santa Isabel - SP

Diretora Executiva – Marta Soares dos Santos

Sindicato dos Empregados em Estabelecimentos Bancários de São Paulo Osasco e Região - SP

Diretor Executivo – Paulo de Tarso Guedes de Brito Costa

Sindicato dos Eletricistas da Bahia - BA

Diretora Executiva – Zenaide Honório

Sindicato dos Professores do Ensino Oficial do Estado de São Paulo – SP

Direção Técnica

Adriana Marcolino – Diretora Técnica

Eliana Elias – Diretora da Escola DIEESE de Ciências do Trabalho

Victor Gnecco Pagani – Diretor Adjunto

Patrícia Pelatieri – Diretora Adjunta

Equipe técnica

Adriana Marcolino

Daniel Ribeiro

Luís Ribeiro

Reginaldo Muniz

Ricardo de Melo Tamashiro

Tiago Rangel Cortês