

SAÚDE DO TRABALHADOR EM PAUTA

Edvânia Ângela de Souza LOURENÇO*
Íris Fenner BERTANI**

RESUMO: Este artigo apóia-se na discussão do campo Saúde do Trabalhador. Tem como subsidio analítico a política de saúde do trabalhador no Sistema Único de Saúde (SUS) a partir da implantação do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) de Franca, interior do estado de São Paulo.

PALAVRAS CHAVE: Trabalho; Saúde do Trabalhador; Sistema Único de Saúde; Intersetorialidade e Participação.

Introdução

A atenção aos agravos à saúde dos trabalhadores como uma questão de saúde pública é resultado do processo histórico político que atravessou a responsabilidade particular e privada para a social e pública, determinada pela correlação de forças que constrói a política social, seu modo de organização, financiamento, gestão e operacionalização.

A partir da Constituição de 1988 o trabalho e a saúde foram institucionalizados, nas formas de cidadania e direitos sociais. Nesta, a saúde do trabalhador integra-se à política de saúde pública que passa a ser direito de todos e responsabilidade do Estado, então os princípios constitucionais do Sistema Único de Saúde (SUS) calcados no atendimento universal, na descentralização e na democracia participativa se estendem à referida Política.

O debate da especificidade do SUS acerca da atenção aos agravos relacionados ao trabalho foi demandado pelos movimentos sociais, políticos e científicos nacionais e internacionais e,

* Mestrado e Doutorado em Serviço Social pela Universidade Estadual Paulista/UNESP. Docente do Departamento de Serviço Social da UNESP e do Instituto Municipal de Ensino Superior "Victorio Cardassi" –IMESB - Bebedouro/SP. Pesquisadora do Grupo de Estudos e Pesquisas sobre Saúde, Qualidade de Vida e Relações de Trabalho – QUAVISSS e Assistente Social da Secretaria de Saúde de Franca.

** Professora Doutora da Graduação e Pós Graduação em Serviço Social da UNESP – Universidade Estadual Paulista, campus de Franca/SP; Livre Docente em Serviço Social; Chefe de Departamento de Serviço Social da Faculdade de História, Direito e Serviço Social; Coordenadora do QUAVISSS - Grupo de Estudos e Pesquisas sobre Saúde, Qualidade de Vida e Relações de Trabalho certificado pela UNESP e credenciado pelo CNPq.

gradativamente, foi assumido pelo Ministério da Saúde (MS). Dias e HOEFEL (2005) destacam que a partir de 2003 a Área Técnica de Saúde do Trabalhador do MS priorizou a implementação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) como a principal estratégia da Política Nacional de Saúde e Segurança do Trabalhador (PNSST) para o SUS.

A PNSST defende a introdução da saúde do trabalhador no seio do SUS como possibilidade de garantir que o trabalho, base da organização social e direito humano fundamental, seja realizado em condições que contribuam para a melhoria da qualidade de vida, a realização pessoal e social dos trabalhadores e sem prejuízo para sua saúde, integridade física e mental (BRASIL, 2004).

Os agravos relacionados ao trabalho deixam de ser uma especificidade da Medicina do Trabalho (MT) ou da Saúde Ocupacional (SO) desenvolvida pelas empresas, do teor fiscalizatório do Ministério do Trabalho, do seguro social da Previdência Social ou das ações de assistência aos agravos realizadas pela saúde pública para alcançar a perspectiva de uma política de Estado intersetorial, com vistas a romper com a visão/ação fragmentária e desconexa que ao longo dos tempos norteou o enfrentamento das questões trabalho e saúde.

Paradoxalmente, ao final do século XX e início do século XXI, avolumam-se as iniquidades e desigualdades sociais. Materializam-se em grande escala mudanças contemporâneas com implicações diretas para a gestão e divisão social do trabalho. São mudanças radicais da economia marcada pela introdução de novas máquinas e tecnologias e organização da produção, na qual sobressai a substituição do modelo rígido de produção pela reestruturação do processo produtivo e sua organização a partir das exigências do mercado globalizado e da mundialização do capital.

As mudanças contemporâneas do mundo do trabalho estão enfeixadas pela flexibilização do processo produtivo que atinge, sobretudo, os direitos trabalhistas e de modo particular a contratação dos trabalhadores que passa a ser marcada pela informalidade e também pela flexibilidade dos produtos, conforme os novos padrões de consumo. Tudo isso aliado a tecnologia, especialmente a microeletrônica, informática, robótica e uma alta competitividade do mercado (ANTUNES; 1995; 2006), eleva as exigências de qualidade dos produtos em detrimento da qualidade de vida dos seus produtores: os trabalhadores.

Somam-se a essas mudanças àquelas orientadas pelo neoliberalismo, traduzidas pela redução do Estado no enfrentamento da Questão Social e suas múltiplas expressões. Destaca-se o efeito paradoxal de garantia dos direitos no plano legal e seu distanciamento, no plano prático, provocada pela redução do papel do Estado.

Consequentemente, os direitos sociais ampliados pela Constituição de 1988, tornam-se distantes do usufruto do conjunto de trabalhadores. É preciso ter em mente que a Constituição Cidadã representa avanços para a cidadania nunca vistos, contudo, a partir da década de 1990, os defensores neoliberais responsabilizam as diretrizes e princípios de universalidade, pelo volume da dívida pública, e defendem a necessidade de substituir as políticas sociais públicas por programas focais e de responsabilidade da sociedade civil. A lógica da privatização da política social extrapola as áreas mais rentáveis: saúde e educação e chegam ao social desembocada com o Programa de Economia Solidária, o qual conclamou a participação da sociedade e do mercado na gestão e financiamento das políticas sociais, estabeleceu que na ausência do Estado de direito o cidadão pode contar com a solidariedade social e seus serviços comunitários.

O enfraquecimento da capacidade organizativa da classe trabalhadora associado à queda do socialismo real, ao crescimento do desemprego, o fortalecimento do capital financeiro e a redução do papel do Estado, corroboram para as iniquidades sociais, que nos anos recentes expressam a cifra de 50 milhões de pessoas em condições de indigência (PEREIRA, 2006, p. 110) e nos novos (e velhos) modos de adoecer e morrer no/pelo trabalho.

O desemprego, a reestruturação produtiva, a flexibilização da produção, os novos modos de gestão da produção, marcados, sobretudo, pelo estímulo a competição são particularidades em constante relação com os agravos à saúde. A permanente ameaça da perda do emprego acaba inviabilizando as reivindicações por melhores condições de trabalho, além disso, representa maior subordinação ao capital, às condições insalubres e perigosas, aos ritmos e jornadas extenuantes e gera, portanto, instabilidade, insegurança e risco social e de agravos à saúde dos trabalhadores.

Desse modo, busca-se discutir a construção do campo – Saúde do Trabalhador – e a sua efetivação pragmática a partir da política de saúde do trabalhador no SUS, em especial, da

implantação do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) regional- Franca. Para tanto, além dos estudos bibliográficos valeu-se de entrevistas com o Médico do Trabalho do CEREST, com o Diretor de Vigilância Sanitária –regional - (GVS) e com o ex-presidente do Conselho Gestor do CEREST, o qual era representante dos trabalhadores, neste Conselho, pelo segmento Sindicato dos Sapateiros. As entrevistas foram realizadas entre janeiro a julho de 2008, para efeitos da tese de doutorado¹ e a partir do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Além desses, vale-se também da experiência profissional, enquanto assistente social do CEREST – regional/Franca, no período de abril de 2004 a maio de 2008.

Alguns elementos para compreender o campo Saúde do Trabalhador

A partir da década de 1970, verifica-se a expansão do processo industrial latino americano, sendo que no caso brasileiro, este foi marcado pelo passageiro “milagre econômico”. Tal expansão repercutiu na nova divisão internacional do trabalho com implicações diretas para a saúde dos trabalhadores, (LAURELL, 1985).

Deve-se dizer que, apesar da saúde do trabalhador ter sido objeto de estudo e de reivindicações de outros períodos históricos, os anos que seguem a década de 1970 são indicados por LACAZ (1996; 1997) como o período que coincide com os acontecimentos sócio-políticos e científicos (formulação teórica do paradigma da

¹ “Na trilha da saúde do trabalhador: a experiência de Franca”, tese defendida no mês de março deste ano de 2009 no Campus novo da Unesp / Franca, cuja Banca Examinadora foi composta pela orientadora Iris Fenner Bertani, como presidente, e pelos professores doutores: Neide Aparecida Lehfeld (Unesp), Vera Navarro (USP), Herval Pina Ribeiro (Unifesp) e Francisco Antonio de Castro Lacaz (Unifesp). A tese revela a trajetória da construção do campo - Saúde do Trabalhador - como uma política pública, condensada a partir de um amplo processo histórico de lutas sociais. Nesta, procurou-se analisar a implantação da política de saúde do trabalhador em Franca/SP, em especial, por meio do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) – regional, buscando identificar as principais estratégias, avanços e limites, bem como discutir e analisar o papel da Equipe do referido órgão, dos interlocutores regionais em saúde do trabalhador e do respectivo Conselho Gestor, frente à implantação e às ações deste Centro (LOURENÇO, 2009).

determinação social do processo saúde-doença) que dão sustentação ao campo Saúde do Trabalhador.

Este período marca também o contexto de crise do capitalismo em nível mundial e a transferência da produção mais poluente e de maior uso de mão de obra e de recursos naturais dos países mais industrializados para os menos. No antagonismo deste processo, a classe trabalhadora começa a denunciar alguns dos reflexos daqueles processos de trabalho que infringiam a saúde. Além disso, houve mudanças de enfoque das reivindicações dos movimentos sociais, com destaque para o cotidiano, assim, sobressaiu a luta pela redução do custo de vida, pelos direitos das mulheres (movimento feminista), pelo direito à saúde, pela defesa do meio ambiente, (SADER, 1998) e, entre outros, destaca-se que o movimento pelo direito à saúde e dos ambientalistas vão repercutir de algum modo no campo - Saúde do Trabalhador.

O movimento sindical, especialmente, na América Latina, passa a requerer mudanças na atenção e promoção da saúde dos trabalhadores. Porém, apenas a partir dos movimentos de maio de 1968, que se amplia a compreensão da doença como reflexo do processo de produção e exploração e, portanto, se desloca da ênfase biológica para o social. O desenvolvimento da nova cultura norteado pelo modelo da determinação social do processo saúde-doença gerou aproximações sucessivas do movimento sindical com a causa da saúde.

O movimento sindical que ainda não havia garantido lugar de destaque para a saúde nas suas pautas de reivindicações passa a reconhecê-la como expressão concreta da exploração do trabalho e busca consolidar estratégias que viabilizasse o trabalho como vida e não como morte – “[...] não queremos perder a nossa vida para ganhá-la” (lema do Movimento de maio de 68) (LINHART, 2007, p. 33).

No mundo, em especial, na Itália gerou-se um movimento em busca de saúde nas fábricas (BERLINGUER, 1983), onde o conhecimento dos trabalhadores acerca dos principais elementos agressores à saúde ganha relevo, pois os males provenientes no/pelo trabalho deveriam ser reconhecidos com a participação dos trabalhadores, os quais passam a ser sujeitos principais no processo de avaliação da relação trabalho e saúde. Tal participação representa uma mudança de paradigma, pois até então a relação trabalho e saúde estava restrita ao conhecimento técnico sustentado

pela Medicina do Trabalho (MT) ou Saúde Ocupacional (SO). Assim, os trabalhadores poderiam lutar pela transformação daqueles ambientes e, sobretudo, das relações sociais de trabalho, incluindo, portanto as questões de saúde na sua pauta de reivindicação.

Importante contribuição para a constituição do campo - Saúde do Trabalhador - foi o desenvolvimento de um método de pesquisa acerca da relação trabalho e saúde, que não se restringisse apenas ao saber técnico da medicina e/ou da engenharia do trabalho, mas que bebesse na fonte de quem, realmente, vive a problemática das contradições capital/trabalho, os próprios trabalhadores, (LACAZ, 1996). Trata-se do Modelo Operário, um método inovador de pesquisa dos agravos à saúde dos trabalhadores, o qual ocorreu em fins de 1960, na Itália, quando os próprios trabalhadores participaram de investigações pertinentes ao que afetavam a sua saúde no ambiente de trabalho. O Modelo Operário previa a realização de inquéritos com a expressiva participação dos trabalhadores. Buscava formar grupos homogêneos do mesmo ambiente de trabalho para pesquisar a partir das experiências e subjetividade operária, as situações que pudessem afetar à saúde. Na seqüência, os dados colhidos pelos próprios trabalhadores eram confrontados com as estatísticas oficiais de acidentes de trabalho e também era elaborado o mapa de risco (físico, químico, biológicos e de organização do trabalho), apontando os lugares e os momentos mais críticos (SIVIERI, 1995). Ressalta-se que a ação era dos trabalhadores e não dos profissionais (médico, engenheiros) de ação tradicional na área, e o objetivo dos trabalhadores com esse método era conhecer a sua realidade de trabalho para transformá-la².

Na Itália, nos anos de 1970, houve ainda críticas acirradas aos profissionais responsáveis pelas ações de inspeções³ e as denúncias italianas confirmaram que é muito difícil se contrapor a empresa

² “Os filósofos se limitaram a interpretar o mundo de diferentes maneiras; o que importa é transformá-lo” (MARX; ENGELS, 1987, p. 14).

³ Na Itália, foram arquivados mais de 1.500 autos de inspeção, o que foi denunciado e durante o processo de julgamento, um dos diretores provincial e regional do ENPI se defendeu: “Não poderíamos certamente denunciar as indústrias irregulares quanto às normas contra acidentes, porque nós fazemos a visita judiciária a pedido seu e somos pagos por elas; se tivéssemos denunciado, teríamos perdido os clientes” (BERLINGUER, 1983, p. 19).

contratante. Então os profissionais que compõem os serviços de MT ou de SO, restritos as empresas, têm chances limitadas de transformar os ambientes que oferecem riscos à saúde dos trabalhadores, já que isso implica, geralmente, em diminuir a produtividade, ritmo e jornada de trabalho e, portanto, de se opor ao sistema de acumulação e a quem mantém os salários dos profissionais desses serviços de MT ou SO. A reflexão crítica feita especialmente pelos autores da Medicina Social Latinoamericana remete à imprecisão e insuficiência destes modelos (MT e SO) tanto para compreensão quanto para a ação de enfrentamento dos agravos à saúde dos trabalhadores (LACAZ, 1996).

Ao colocar os trabalhadores como sujeitos e protagonistas e não mais como objeto das intervenções, o Modelo Operário, desenvolvido na Itália, abre o flanco para o fortalecimento dos trabalhadores na luta pela saúde que resulta também na reivindicação da ampliação dos serviços públicos de saúde para o atendimento dessas questões. O maior envolvimento dos trabalhadores favoreceu as críticas acirradas aos preceitos e procedimentos da MT/SO, por exemplo, os exames pré-admissionais, periódicos e demissionais, apontados como práticas discriminatórias (DIAS, 1994).

Dessa maneira, a abordagem da Medicina do Trabalho (MT) tornou-se insuficiente para apreender a multicausalidade dos fenômenos que se inter-relacionam no desencadeamento dos agravos. Do mesmo modo, a Saúde Ocupacional (SO) apesar de avançar ao incorporar aspectos preventivos e epidemiológicos na intervenção frente aos agravos à saúde dos trabalhadores, se mantém limitada ao paradigma da causalidade a-histórica ao desconsiderar o caráter social da doença (LACAZ, 1996; 2007).

O autor explica que neste modelo: “O trabalho é apreendido pelas características empiricamente detectáveis mediante instrumentos das ciências físicas e biológicas” (LACAZ, 2007, p. 759). Portanto, a partir dessa concepção foram desenvolvidos os estudos, normas e “[...] parâmetros preconizados para a média dos trabalhadores normais quanto à susceptibilidade individual aos agentes/fatores” (LACAZ, 2007, p. 759). Daí que foram determinados os Limites de Tolerância numa tentativa de adaptar o homem/sujeito aos ambientes e objetos e vice-versa.

O autor chama a atenção para a complexidade das doenças cardiovasculares (hipertensão arterial e doença coronariana),

psicossomáticas e mentais contemporâneas, as quais envolvem os aspectos da “organização do trabalho e sua relação com a subjetividade e coletivos dos trabalhadores” (LACAZ, 2007, p. 759) de difícil apreensão pelas abordagens tradicionais da MT/SO.

Dias (1994, p. 60), se apoiando em outros autores, destaca as críticas ao modelo de SO a partir do conceito - Limites de Tolerância e de Exposição - uma vez que

[...] estudos demonstraram a ocorrência de danos para a saúde, em condições presumivelmente seguras, como por exemplo, os efeitos neuro-comportamentais provocados pela exposição a baixas concentrações de chumbo e de solventes orgânicos.

Nesse sentido, a autora sublinha também que as ações de prevenção assentadas na mudança de comportamento dos trabalhadores, conforme propositura da SO, não conseguiram intervir de modo significativo nas doenças atípicas como a hipertensão arterial, a doença coronariana, os distúrbios mentais, o estresse e o câncer, entre outros.

Importante pesquisa organizada pelo DIESAT (1989, p. 51) critica a insalubridade e indica que os limites de tolerância adotados pela legislação brasileira foram “[...] literalmente copiados da legislação norte-americana que, por sua vez, é aquela da ACGIH – *American Conference Governmental Industrial Hygienist*”, ou seja, a sua base é o padrão de vida e trabalho americanos “[...] que é desnecessário dizer, que é diferente em qualidade daquele em que ‘sobrevive’ o trabalhador brasileiro.” O referido estudo explica que no caso de ultrapassagem dos níveis de tolerância considerados pela norma classifica-se a nocividade de 10 a 40 % sobre o salário mínimo, daí o pagamento de insalubridade. A medição dos fatores de risco fica a cargo de técnicos e peritos, sendo que há uma variedade dos recursos utilizados, os quais se assentam na tendência de descaracterizar a insalubridade. No mais, o ideal não é pagar (pouco ou mesmo muito) pela saúde de quem trabalha, mas, sobretudo, eliminar os fatores geradores dos agravos, (DIESAT, 1989).

MENDES e DIAS (1991) destacam que a partir das mudanças ensejadas pela organização do trabalho e o conseqüente deslocamento do “perfil da morbimortalidade” do trabalho, as doenças clássicas dão espaço às relacionadas ao trabalho. Desse

modo, a SO investe na estratégia de educação em saúde, na perspectiva de modificar o comportamento das pessoas e o estilo de vida. Além da insuficiência destas estratégias de adaptação das pessoas ao trabalho, a MT e também a SO se caracterizam como serviços médicos de empresas, sendo que apenas as grandes empresas contam com serviços próprios e presentes no seu interior. Então, há de se pensar que os pequenos e médios estabelecimentos continuam sem nenhuma atenção à saúde de quem trabalha, sendo que estes permanecem expostos aos “[...] problemas clássicos e graves, até hoje não solucionados pelos modelos utilizados.” (MENDES; DIAS, 1991), portanto, mesmo enquanto serviços médicos de empresas estes são limitados, uma vez que não abrange todos os empreendimentos, ainda mais em um contexto de avanço do trabalho informal, autônomo e domiciliar.

A Legislação brasileira determina a instituição dos Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho (SESMT) de acordo com o número de funcionários e grau de risco dos estabelecimentos (Quadro II da NR 4, BRASIL, 1978). Assim a obrigatoriedade e funcionamento destes serviços não são uniformes, além destes não abranger todos os empreendimentos, observou-se⁴, cotidianamente, que muitas empresas que deveriam pela quantidade de trabalhadores contratados e também pelo seu grau de risco posto pelo tipo de atividade econômica exercida ter o SESMT, porém, não tinham esses serviços próprios e faziam o contrato com empresas especializadas, as quais definem os exames (admissionais, periódicos e demissionais) sem qualquer compromisso efetivo com a organização e processos de trabalho que os sujeitos estão inseridos.

Deve ser dito que o campo Saúde do Trabalhador, enquanto campo do conhecimento avança em relação a MT e SO, especificamente, por alargar o entendimento da relação trabalho e saúde para além dos fatores de risco e ambientes de trabalho, bem como do papel do Estado frente a essa questão e, ainda, na conscientização/informação/inter-relação dos trabalhadores e também dos respectivos sindicatos acerca dos agravos que os acometem.

⁴ Durante experiência profissional, enquanto assistente social do CEREST– regional/ Franca.

A ST vai contar de modo substancial, com as críticas, estudos e discursos da Medicina Social Latino-Americana. LAURELL e NORIEGA (1989) propõem a análise dos elementos nocivos à saúde relativos ao trabalho por meio de “cargas”. Para os autores as “cargas” são classificadas em cinco grupos: físicas, químicas, mecânicas, fisiológicas e psíquicas, que interatuam dinamicamente entre si e o corpo do trabalhador, o que, provoca o desgaste da saúde biopsíquica de quem trabalha. Mas como o desgaste nem sempre tem uma forma aparente e objetiva e, portanto, de difícil diagnóstico como referente ao trabalho, os autores propõem também a utilização dos sintomas inespecíficos, além do perfil patológico, o envelhecimento precoce, morte prematura e a historicidade do trabalho.

FREIRE (2000) destaca o estudo de LAURELL e NORIEGA (1989) para a compreensão do processo de trabalho como espaço concreto de exploração e de desgaste operário e da necessidade de ser fazer o nexos dos vários fatores (cargas do tipo físico, químico, biológico, mecânico...) que interferem de modo combinados na saúde biopsíquica do ser humano trabalhador. Neste processo, FREIRE (2000, p. 171) acrescenta a carga social, especialmente para se referir às situações de autoritarismo, de agressões física, química, entre outras, que interferem na saúde e isto resultaria não “[...] somente no desgaste biopsíquico, mas no social”, ou seja, na atrofia da potencialidade social. Segundo a autora a carga social seria caracterizada pela impotência de reação e mudanças às condições agressoras, o que gera, dentre outros, o fatalismo, a descrença e a desmotivação para o trabalho e autodesenvolvimento.

O desenvolvimento da Saúde do Trabalhador no contexto brasileiro

A luta pela saúde dos trabalhadores, na Itália, ultrapassou as fronteiras nacionais. MAENO e CAROMO (2005) apontam que a partir da experiência do movimento operário italiano que reivindicou a saúde nas fábricas foi formado em 1980 um convênio Brasil-Itália “[...] no qual dezesseis médicos brasileiros receberam bolsas de institutos italianos dedicados exclusivamente à Saúde do Trabalhador” (MAENO; CAROMO, 2005, p. 63). Esses autores demonstram que foi a experiência italiana que “[...] contribuiu para a criação dos serviços de atenção à saúde do trabalhador dentro da

estrutura da rede básica de saúde [brasileira] [...]” (MAENO; CARMO, 2005, p. 64).

Destaca-se que houve também a articulação de vários setores do movimento sindical brasileiro na busca de melhoria das condições de trabalho e de saúde. Em 1978 foi criada a Comissão Intersindical de Saúde e Trabalho (CISAT) em São Paulo, passando, em 1980, para o Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas da Saúde e dos Ambientes de Trabalho (DIESAT)⁵. Na década de 1980, o DIESAT, passou a oferecer “[...] assessorias sindicais em saúde e trabalho, importante instrumento de luta pela saúde no trabalho e na sua relação com o Estado” (LACAZ, 1997).

As críticas à insuficiência dos modelos MT e SO serviram de referência ao movimento de Reforma Sanitária brasileira que incorporou as demandas de saúde do trabalhador na sua pauta de reivindicação. Pelo lado do movimento sindical brasileiro, LACAZ (1997) aponta que o Sindicato dos Químicos em São Paulo fez, na década de 1980, a primeira greve por saúde. Além disso, é interessante observar a aproximação do movimento sindical com as primeiras ações desse campo –ST - nos serviços de saúde, plasmadas nos Programas de Saúde dos Trabalhadores (PST) (LACAZ, 1996).

A partir da década de 1970 houve crescimento das negociações coletivas e a busca de autonomia dos sindicatos na tentativa de romper com o peleguismo ou a formatação aliada ao Estado e ao assistencialismo. O “novo sindicalismo” teria uma atitude diferenciada em relação a questão trabalho e saúde (ROCHA; NUNES, 1993, p. 128-129).

Os sindicatos desenvolveram algumas ações de saúde do trabalhador e na década de 1980, esses órgãos começaram a articular para que o Estado assumisse essas ações como uma política pública. Isso somado, a contribuição das ciências sociais e aos estudos decorrentes, ao intercâmbio Brasil-Itália, aos movimentos sociais e as críticas a insuficiência tanto do Ministério do Trabalho, quanto do Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS) frente a complexa relação trabalho/saúde, e além é claro das

⁵ O DIESAT seguia a experiência do movimento sindical, especialmente do Departamento Intersindical de Estatísticas e Estudos Sócio-Econômicos (DIEESE), criado em 1955 (LACAZ, 1997).

ações discriminatórias da MT e SO corroboram para que os serviços de saúde públicos assumissem a saúde do trabalhador.

No âmbito internacional, a Conferência de Alma Ata⁶ (1978) defendeu “Saúde para todos no ano 2000” com a participação dos povos na sua execução, sob responsabilidade do governo e com ênfase para a atenção primária. A partir desta Conferência foram realizados vários eventos brasileiros sobre saúde do trabalhador, oportunizando a inserção deste campo na saúde pública (DIAS, 1994; LACAZ, 1996).

A Conferência de Alma Ata, ocorrida aos 12 de setembro de 1978, na URSS, e os acontecimentos que a seguiram foram salutares para a incorporação das ações de saúde do trabalhador nos serviços de saúde públicos brasileiros:

[...] enfocando a saúde total dos trabalhadores e destacadas a importância da participação dos trabalhadores e da articulação com outros setores e instituições relacionadas, particularmente na esfera do trabalho (DIAS, 1994, p. 66).

LACAZ (1997) destaca o papel da OMS que apontou sugestões para trabalhos com grupos populacionais específicos, dentre eles, trabalhadores rurais, mineiros e migrantes. As programações da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)⁷, no decorrer dos anos de 1980, estabeleceu diretrizes para a política de saúde pública, voltadas para a saúde daqueles que trabalham. Segundo LACAZ (1997), na mesma linha destaca-se o papel da OIT, especialmente com as Recomendações sobre os Serviços de Saúde no Trabalho⁸, formado a partir de Equipes multiprofissionais contradizendo o tradicional paradigma da MT e SO.

⁶ “[...] concita à ação internacional e nacional urgente e eficaz, para que os cuidados primários de saúde sejam desenvolvidos e aplicados em todo o mundo e, particularmente, nos países em desenvolvimento, num espírito de cooperação técnica e em consonância com a nova ordem econômica internacional” (CEREST, 2004a, p. 3).

⁷ Escritório Regional para as Américas, OPAS.

⁸ Adotada na 71ª Conferência Internacional do Trabalho, em 05/06/1985, a Convenção no. 161 e a Recomendação n. 171 denominadas respectivamente “Convenção e Recomendação sobre os Serviços de Saúde no Trabalho”, cujas principais características são o princípio da participação dos trabalhadores, a

O enfraquecimento e o rompimento do governo militar dão emergência a um novo cenário político e com as eleições diretas

[...] delinea-se a possibilidade de que a Saúde Pública assumira um papel ativo na condução de um movimento político-ideológico que ficaria conhecido como os 'Programas de Saúde dos Trabalhadores' (PST) (LACAZ, 1997).

Em outras palavras, o que se está enfatizando é que o processo que busca estruturar a saúde do trabalhador na rede de serviços de saúde pública é uma particularidade fruto do novo ambiente político, de saturação do regime militar e ascensão dos movimentos sociais e de trabalhadores no âmbito nacional e internacional. Relaciona-se também as formas de enfrentamento da questão trabalho/doença adotadas num universo maior, ou mais amplo, como as ações dos organismos internacionais (OIT, OMS/OPAS). A estruturação dos PST é uma singularidade no contexto ampliado de relações políticas, sociais, econômicas e culturais, portanto, não se pode vê-los ou analisá-los de modo isolados, antes são produtos daquele período e do jogo de forças políticas decorrentes.

Deve ser lembrado que, neste momento, o Movimento de Reforma Sanitária, cujas propostas universalizantes, de atendimento integral, regionalizado, hierarquizado e de participação comunitária, avançava na proposição de reformular profundamente o sistema de saúde pública, a começar pela introdução de um sistema único/universal. As propostas apresentadas e ratificadas na 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em meados da década de 1980, e aderidas pela Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988, art. 196), conforma a saúde pública como direitos de todos e dever do Estado, a partir de um discurso de oposição à mercantilização da saúde. Essa reorganização do sistema passa a abranger a saúde do trabalhador, não mais limitada as ações de assistência e recuperação dos agravos, mas, sobretudo, de prevenção, promoção e vigilância em saúde do trabalhador (LOURENÇO; BERTANI, 2007).

atuação em equipes multiprofissionais e a sua implementação principalmente a partir de políticas públicas (OIT, 1985 apud LACAZ, 1997).

Nos anos de 1990 vários mecanismos legais foram criados para consolidar a ST no SUS, que a partir dos anos 2002 com a criação da Portaria 1.679 (BRASIL, 2005a) pode ser representada pela estrutura hierárquica: em âmbito federal a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST), nos Estados os Centros Estaduais de Referência em Saúde do Trabalhador – CEREST – e nos municípios, porém com abrangência regional, implantaram-se os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador – antes denominados de CRST e atualmente CEREST⁹. Então a denominação adotada neste estudo foi CEREST, para se referir ao Centro de Referência em Saúde do Trabalhador, regional- Franca.

Desse modo, busca-se destacar a implantação do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador – CEREST –, a partir da realidade de Franca\SP. Toma por base os eixos de análises: caráter regional, intersetorialidade, interdisciplinaridade e o papel do CEREST. Essas são questões que estão articuladas e, que de certo modo, será contemplada na discussão como um todo.

Saúde do trabalhador ao sabor do CEREST-Franca/SP

O CEREST Franca é regional e sua área de abrangência compreende 22 municípios¹⁰, com 631.606 mil habitantes, em 2007 (IBGE, 2007). Em relação a atividade econômica é possível afirmar que existem ao menos duas grandes frentes, a produção de calçados, ainda com forte concentração no município de Franca e a agroindústria canavieira, que vem ganhando, cada vez mais, espaço na região como um todo (LOURENÇO, 2009).

O CEREST- regional- Franca foi implantado em abril de 2004, porém deve ser dito que desde 1998, o município contava com o Ambulatório de atendimento aos trabalhadores lesionados pelo/no trabalho. Este Ambulatório desenvolvia ações de assistência à saúde acompanhada de algumas orientações e

⁹ Frisa-se que em 2002 os Centros de Referências regionais foram denominados de CRST, mas em fins de 2005, com a publicação da nova Portaria da RENASt (nº. 2 437 de 7 de dezembro de 2005) atribuiu-se a mesma sigla referente ao Centro de Referência em Saúde do Trabalhador de âmbito estadual para se referir também ao serviço municipal (BRASIL, 2005b).

¹⁰ Aramina, Buritizal, Cristais Paulista, Franca, Guará, Igarapava, Ipuã, Itirapuã, Ituverava, Jeriquara, Miguelópolis, Morro Agudo, Nuporanga, Orlandia, Patrocínio Paulista, Pedregulho, Restinga, Ribeirão Corrente, Rifaina, Sales Oliveira, São José da Bela Vista e São Joaquim da Barra.

preenchimento da Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), feita por um Médico do Trabalho e uma Auxiliar de Enfermagem do Trabalho, tal atendimento era restrito aos operários francanos. A partir da criação da RENAST em âmbito federal o município foi “pressionado” a implantar a política de saúde do trabalhador por meio do Centro de Referência. Essa “pressão” se fez por meio dos Sindicatos de trabalhadores, em especial, dos sapateiros que se movimentaram, por exemplo, por meio de eventos como os Seminários de Saúde do Trabalhador e do Conselho Municipal de Saúde para que o município implantasse o CEREST, como demonstrado anteriormente (LOURENÇO, 2009). A partir do CEREST a Atenção à Saúde dos trabalhadores passa a ser desenvolvida a partir de uma Equipe multidisciplinar e suas ações devem ser intersetorial e de caráter regional.

Deve ser dito que em maio de 2008 a Equipe do CEREST-regional/Franca/SP estava composta por 5 profissionais sendo: 01 Auxiliar de Enfermagem do Trabalho, 01 Engenheiro do Trabalho, 2 Médicos do Trabalho e 01 Técnico de Segurança do Trabalho, ou seja, 05 pessoas para pensar e atuar em uma realidade regional de mais de 600 mil habitantes, isto é um dos sinalizadores para o descompasso da efetivação desta Política, como apontado pelo ex-sindicalista e ex- Presidente do Conselho Gestor do CEREST:

O CEREST tem uma Equipe muito pequena, então, fica difícil de fazer um trabalho mais amplo que tenha mais amplitude em Franca , eu nem falo da região [...]

Observe-se que uma proposta de ação renovada em saúde – Saúde do Trabalhador – acaba se esbarrando na formação da Equipe, a qual vem sendo composta, em especial, por aqueles profissionais que tradicionalmente compuseram a MT/SO. Esse tipo de limite contribui para manter ofuscadas as ações relativas ao aprofundamento dos estudos de prevenção e promoção da saúde, que privilegie a “busca das causas”, de cunho intersetorial e de educação em saúde.

A Portaria n. 2437/GM, 07/12/2005 (BRASIL, 2005b) desenrola uma intensa multiplicidade de fatores e condicionantes que implicam na Atenção à Saúde, cujos desdobramentos devem incidir para a organização da assistência na rede SUS, para o desenvolvimento de estudos e pesquisas acerca “de que adoecem e morrem os trabalhadores?” (RIBEIRO; LACAZ, 1984), para a

inclusão da Saúde do Trabalhador na rotina da rede, com destaque para as vigilâncias sanitária e epidemiológicas, para a democratização das relações entre trabalho e saúde e interação com os trabalhadores, concebidos como sujeitos partícipes do processo. Desse modo, o papel da Equipe ganha relevância no desenvolvimento da Saúde do Trabalhador. Embora não basta a boa vontade dos profissionais para a efetividade da proposta, pois a ST é uma questão política e econômica. Contudo, é relevante a interação da Equipe, o diálogo, a troca e a transdisciplinaridade entre os distintos discursos subjacentes e as diferentes áreas do conhecimento para a superação dos limites (LACAZ, 2007). Daí a importância de não limitar a constituição da Equipe entre as áreas biológicas e de engenharia.

Além da diminuta equipe técnica do Centro de Referência, outro limite imediato que se coloca é a sua condição de serviço regional, mas gerido pelo município sede do CEREST, neste caso, Franca. Observe-se que o Diretor do GVS-Regional Franca destaca que: “Eu tenho pouco relacionamento com o CEREST [...]. Ele está centralizado no município de Franca, mas não deveria porque abrange outros municípios da região também”. O Centro de Referência está centralizado em Franca e para atender também os municípios que compõem a região deveria ter um Plano de Ação¹¹, compartilhado e aprovado regionalmente¹². Eis uma situação candente para as políticas públicas: construir democraticamente um plano de trabalho e em consequência possibilitar as estratégias necessárias para que este seja acompanhado, fiscalizado e, sobretudo, avaliado.

A gestão da política de saúde do trabalhador deve considerar o caráter regional e, portanto, incluir as demandas regionais nas suas ações, as quais devem ser registradas em um plano de trabalho. Esse

¹¹ A Portaria 2.437, GM, 07/12/2005, no artigo 2, recomenda aos Estados e municípios a adoção das ações de saúde do trabalhador e estabelece que: § 2 As ações em Saúde do Trabalhador deverão estar expressas em Plano de Ação Nacional, de vigência quadrienal, que estabelecerá as diretrizes para a elaboração de Planos Estaduais e Municipais, de duração bienal (BRASIL, 2005b).

¹² A mesma Portaria, referida na nota anterior, estabelece que: § 3º Os Planos Estaduais e Municipais devem ser pactuados entre os gestores do SUS, responsáveis pela sua elaboração, aprovados pelas correspondentes instâncias de controle social do SUS e pelas Comissões Intergestores Bipartite – CIB, antes de sua apresentação à Área Técnica de Saúde do Trabalhador, do MS, para análise, adequação e aprovação (BRASIL, 2005b).

registro é importante para que se possa fazer o acompanhamento, fiscalização e avaliação, ou seja, o controle social. Mas também não se trata apenas de levar um Plano para que em determinada reunião seja aprovado ou não, pois como argumentou o Diretor do GVS é necessário que este seja “[...] compartilhado e aprovado regionalmente.” Isto é, o processo de sua construção, deve incluir a demanda regional e também os investimentos decorrentes devem ser compartilhados por um colegiado regional.

O Plano de Ação configura as metas e diretrizes do serviço, bem como o compromisso e divisão de responsabilidades na efetivação dessa Política. Além disso, pode consubstanciar o direito dos municípios da região em ser contemplados nas ações e destino dos recursos do CEREST e, ainda, de fazer o controle social.

O Diretor do GVS regional destaca também a falta de articulação do CEREST com a Vigilância Sanitária do Estado (GVS-regional), responsável pela implantação e acompanhamento das ações de vigilância em saúde na região de Franca. Ele diz:

[...] A função do CEREST é dar suporte para Vigilância Sanitária e Epidemiológica. A Vigilância Sanitária não é só saúde do trabalhador, mas se a gente trabalhar junto e ter essa articulação entre Vigilância Sanitária e CEREST [...] Porém, isso não está acontecendo, por isso que minha nota de zero a dez para a saúde do trabalhador em Franca e região é um. [...] (Diretor do GVS- Regional).

O entrevistado destaca que a função do CEREST é oferecer suporte para as Vigilâncias, Sanitária e Epidemiológica, o que demanda trabalho articulado e intersetorial. Porém, ele finaliza observando que em Franca não há trabalho em conjunto e caso fosse para dar uma nota para a ST nesta região, numa escala de zero a dez daria apenas um.

O Engenheiro do Trabalho do GVS- regional destaca que o município sede se preocupa com a realidade dele e não com a dos outros municípios e, por isso, ele acredita que o CEREST deveria ser gerido pelo Estado

[...] O Estado é que teria um núcleo formado com representantes de cada um dos municípios da região. Franca é uma cidade completamente atípica na região.

A indústria calçadista é muito forte em Franca, em contrapartida na região é a indústria da agricultura.

Entende-se que esse não precisaria ser gerido pelo Estado e que a descentralização política administrativa deve ser respeitada e estimulada.¹³

Contudo, é necessário também que o Centro de Referência tenha integração com os demais órgãos públicos, especialmente, com o GVS e o DRS, que são representantes oficiais do Estado e estão em constante relação com os municípios da área de abrangência. Dessa forma, é praticamente impossível não ter articulação com essas instituições, a não ser que o CEREST opte por uma ação mais individualizada de assistência ao trabalhador vítima de agravos à saúde e parcas visitas de vigilância nos ambientes de trabalho, estimuladas por denúncias, geralmente, aquelas situações mais gritantes. Se for essa a linha de atuação, deve, então, constar no seu Plano de Ação aprovado regionalmente, embora contrarie os princípios da política de saúde do trabalhador, mas justifica o distanciamento do CEREST com o GVS, DRS e, conseqüentemente, com aqueles municípios da sua área de abrangência.

Por isso é importante ter em mente de qual realidade socioeconômica se está falando, pois a saúde do trabalhador é regional e tem como objetivos a promoção e a proteção da saúde, e, ainda, as ações para a sua concretização devem ser realizadas

[...] por meio da vigilância dos riscos presentes nos ambientes e condições de trabalho, dos agravos à saúde do trabalhador e a organização e prestação da assistência aos trabalhadores (DIAS, 2001, p. 17).

Porém como efetivar esses objetivos em uma realidade regional?

A construção do Plano de trabalho compartilhado com os representantes dos municípios se constitui uma mediação privilegiada para a implantação da saúde do trabalhador, não

¹³ A nova Portaria da RENAST especifica que: § 1 Deverão ser consideradas como estratégias de cumprimento do disposto neste artigo a regionalização e a hierarquização dos serviços de saúde, a criação de mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do SUS e a atualização dos critérios de habilitação e certificação dos serviços e atividades que vierem a integrá-lo (BRASIL, 2005b).

apenas em Franca, mas também na região. Além disso, é um instrumento para o exercício democrático e do controle social.

O Médico do Trabalho ressalta também a contradição do serviço ser regional, mas ter uma equipe de profissionais contratadas pela Prefeitura Municipal de Franca.

[...] A Prefeitura de Franca mantém a equipe do CEREST, mas é um serviço regional, então tem que ter o envolvimento com a região e parece que os Secretários de Saúde dos municípios não inviabilizam esse trabalho na região. Porém é necessário ter todo esse suporte, por exemplo, foi determinado, que não pode-se usar o carro do CEREST para ir a outras cidades. Essas coisas, como atuar sem poder ir às cidades vizinhas, precisam ser repensadas. (Médico do Trabalho e ex-coordenador do CEREST).

Ele destaca a importância do envolvimento com a região, mas para isso é necessário que a equipe tenha suporte para atuar regionalmente. Ele critica a determinação de não poder utilizar o carro do CEREST para visitas às cidades abrangidas, e diz que isso “precisa ser repensado”. Ora, para que se tenha envolvimento é necessário contatos telefônicos e pessoais, reuniões, visitas, entre outros, há um conjunto de elementos só perceptíveis pelo encontro presencial, não é a toa a necessidade de se fazer visita aos ambientes de trabalho, ou seja, nas idas às cidades vizinhas poderia ocorrer uma aproximação maior entre os técnicos, bem como o reconhecimento de problemas comuns e, ainda, de divergências. É desse contato real e presencial que é possível formar um padrão diferenciado de atuação e competências compartilhadas e permeadas pelas reais necessidades, deriva desse processo a efetivação ou não da referida Política.

Deve se dizer que o problema, talvez não seja porque os profissionais do CEREST são funcionários da Prefeitura Municipal de Franca ou porque este serviço não seja gerido pelo Estado, como o Engenheiro do GVS apontou. Mas sim da ausência de vontade política para a efetivação da Política a partir das diretrizes da RENAST e, ainda, de diálogos mais profícuos entre os técnicos do Centro de Referência e dos serviços de saúde dos municípios, o que tem resultado no não planejamento de ações (compartilhadas), o que reforça o conservadorismo e o autoritarismo presente

historicamente nas administrações públicas. Acredita-se que o investimento do recurso financeiro destinado ao CEREST, deve ser definido no Plano de Ação, não apenas a aquisição de algum bem, mas também o uso, bem como ser aprovado e acompanhado pelo Conselho Gestor. Se adquirido com os recursos do CEREST – regional, nada mais coerente, que ser usado regionalmente e, certamente, o Médico do Trabalho está certo na sua convicção, quanto ao uso do carro, pois isso “precisa ser repensado”.

O Engenheiro do Trabalho do GVS destaca também as diferenças nas características econômicas e de trabalho em Franca e nos demais municípios. Ele sublinha que na região a indústria agrícola é a principal característica e em Franca é a indústria coureira-calçadista¹⁴. As diferenças são relevantes, mas com a terceirização do setor calçadista, partes da produção do calçado de determinadas fábricas foram transferidas para a periferia da cidade de Franca ou para os municípios da região, além de fábricas inteiras terem migrado para cidades, circunvizinhas a Franca ou ainda para outros Estados. Isso em decorrência da busca dos incentivos fiscais e de força de trabalho mais barata e despolidizada. Pelo lado, da agroindústria também houve a expansão do cultivo da cultura de cana-de-açúcar. Assim, mesmo as cidades que não têm usinas sucroalcooleiras, geralmente, já têm grande parte da terra ocupada com essa cultura, ou seja, acaba ocorrendo a vivência de problemas comuns, especialmente, baseados nessas duas atividades econômicas: agroindústria sucroalcooleira e indústria coureiro-calçadista (LOURENÇO, 2009).

Contudo, há de se considerar as diferenças entre os municípios, que como disse o Engenheiro do GVS, em Franca sobressaem as atividades relacionadas ao setor coureiro-calçadista e na região a agroindústria, é importante dizer, canavieira, pois isso implica em modos diferenciados de adocimento e, portanto, de ações, daí, mais uma vez, a necessidade do Plano de trabalho que contemple essas realidades. O Plano deve ser construído para que as ações sejam assumidas e integradas aos serviços, o que dificilmente ocorre quando este é imposto a partir de uma relação verticalizada.

¹⁴ Coureiro-calçadista refere-se a produção de calçados e artefatos e também aos curtumes.

Verifica-se a falta de autonomia do serviço, de gerenciamento, a redução da Equipe e a ausência de um Conselho Gestor atuante, bem como a ausência de um Plano de Ação¹⁵ construído e pactuado regionalmente (LOURENÇO, 2009). Na realidade, formalmente existe um Plano, mas não há o envolvimento da Equipe ou dos demais órgãos na sua construção e tampouco com a sua pactuação de compromissos de âmbito regional, bem como acompanhamento e avaliação das diretrizes e metas. Isso, talvez se deva, em parte, à redução da Equipe do CEREST, à sua dependência a política municipal, à falta de um coordenador mais efetivo no serviço, à estagnação do Conselho Gestor, uma vez que este último não tem tido uma sistemática de reuniões e de defesa da política de saúde do trabalhador e, sobretudo, de vontade política (LOURENÇO, 2009).

Lembra-se que as novas configurações do desenvolvimento do capitalismo expõem os trabalhadores a novos e velhos problemas de saúde e exige que o CEREST se operacionalize por meio de uma Equipe com diversificação nas suas disciplinas e, sobretudo, coesão nas suas atribuições. É claro que esse quadro de trabalhadores deve ser devidamente qualificado, mas isso não quer dizer que estes profissionais tenham, necessariamente, que ser das áreas biológicas ou de engenharia.

Acredita-se que as ações devem seguir uma sistematização, priorizando responder as necessidades postas por esse campo quais sejam: interdisciplinaridade, intersetorialidade, incluindo não apenas os órgãos de ações co-relatas de governo, mas, sobretudo, as Universidades e Sindicatos das categorias de trabalhadores, enfim que possa contemplar a dimensão social, política e educativa da saúde do trabalhador (LOURENÇO, 2009). Para tanto é necessário uma Equipe interdisciplinar para além dos campos da engenharia e medicina. Por exemplo, o Serviço Social tem muito a contribuir, pois este tem como objeto de sua prática as múltiplas expressões da questão social, sendo que a categoria trabalho¹⁶ é assumida na sua historicidade como

¹⁵ Conforme dispõe a Portaria n. 2437/GM (BRASIL, 2005).

¹⁶ “Tal perspectiva permite recolocar as dimensões constitutivas do fazer profissional articuladas aos elementos fundamentais de todo e qualquer processo de trabalho: o *objeto* ou *matéria prima* sobre a qual incide a ação transformadora; os *meios de trabalho* – instrumentos, técnicas e recursos materiais e intelectuais que propiciam uma potenciação da ação humana sobre o objeto; e a *atividade do*

[...] eixo central do processo de reprodução da vida social, sendo tratado como práxis, o que implica o desenvolvimento da sociabilidade, da consciência, da universalidade e da capacidade de criar valores, escolhas e novas necessidades, e, como tal, desenvolver a liberdade (ABESS, 1997, p. 64).

Desse modo, trata-se de reconhecer que os assistentes sociais e também outros profissionais podem não ter a formação técnica embasada nos riscos físicos, químicos, mecânicos e biológicos, mas têm o trabalho como categoria ontológica na sua formação.

A questão da interdisciplinaridade e intersetorialidade no trato dos agravos à saúde dos trabalhadores no novo campo de atuação – ST - ainda não é uma questão fechada, os novos profissionais, ainda não têm a tradição de atuação nos modelos de MT/SO e, assim, situam-se como estranhos à ST devido a predominância da análise de modo clínico individual do agravo. Sublinha-se que ao permanecer o enfoque da MT/SO, os agravos mantêm-se como questões individuais, ainda, como infortúnios, esse encaminhamento acaba por ocultar a característica do antagonismo da relação capital/trabalho, eliminando as possibilidades de mudanças políticas favorecedoras à saúde dos trabalhadores.

Do mesmo modo, as ações de vigilância em saúde do trabalhador ainda encontram sérios obstáculos rechaçados pela cultura conservadora de organismos públicos, historicamente responsáveis pela fiscalização das condições de trabalho, o que era para ser uma ação conjunta e intersetorial tem sido marcada por conflitos quanto a responsabilidade da fiscalização dos ambientes de trabalho, como já demonstrado (LOURENÇO, 2009).

A política de saúde do trabalhador se inscreve também no âmbito da participação e co-gestão das políticas públicas. Neste desenho situa-se o envolvimento da sociedade civil (sindicatos, associações, instituições de ensino, religiosas, culturais, ONGs etc.) com as questões trabalho/saúde e que a partir dos Conselhos Gestores e das Conferências tem contribuído para efetivar e construir a consciência e a prática sanitária no âmbito da saúde do

sujeito direcionada por uma finalidade, ou seja, o próprio trabalho [...]" (ABESS, 1997, p. 66, grifo do autor).

trabalhador. Como abordado pelo entrevistado:

Eu sou sindicalista, no momento não estou atuando, mas sou sapateiro há 27 anos, por durante 15 anos atuei como sindicalista, eu atuava dentro da fábrica e depois fui liberado para atuar no Sindicato, daí fiquei seis anos e a saúde do trabalhador era uma meta, então eu sou meio suspeito, mas eu acredito que o papel do movimento sindical é de puxar essa discussão, existem Universidades interessadas, várias pessoas poderiam contribuir, mas o Sindicato dos Sapateiros e os outros também, infelizmente, estão parados nessa questão... Eles têm a política traçada deles, mas poderiam fazer mais pela saúde dos trabalhadores, puxarem Seminários, reuniões, participarem do Conselho Gestor que, no momento, está parado... Além do Sindicato a Universidade também tem um papel muito forte e essa união ajuda a comprar a briga, porque saúde do trabalhador é uma coisa complicada que você precisa de estudos e de gente interessada... (Biro, Ex-sindicalista e ex-Presidente do Conselho Gestor do CEREST).

Nessa discussão é importante reconhecer que a sociedade civil não é um espaço neutro, mas sim um espaço onde as classes sociais estão em constante disputa pela hegemonia e pelo poder político¹⁷. É nessa disputa que se constroem as políticas sociais e os aparelhos institucionais que por certo atendem algumas demandas da classe trabalhadora, mas, via de regra, estão a serviço, sobretudo, dos interesses dominantes.

O representante do movimento sindical apontou a falta de envolvimento dos respectivos sindicatos, inclusive ele diz que acredita muito no potencial do Sindicato para puxar a discussão da saúde dos trabalhadores. Ele menciona também a importância da articulação com a Universidade, como importante ferramenta para instrumentalizar e fortalecer o controle social e o envolvimento da sociedade com as questões afeita à saúde e ao trabalho. Contudo, parece que esse movimento não vem ocorrendo em Franca, uma vez que ele pontua que o Conselho Gestor do CEREST “está parado”.

¹⁷ COUTINHO (2000) destaca que sociedade civil é um espaço de luta, de interesses de classes de articulação política, ou seja, é uma unidade dialética, daí que o Estado é considerado como ampliado, porque há uma relação orgânica entre Estado, sociedade civil e política.

Cabe frisar que é importante coletivizar a questão trabalho/saúde para superar as atividades técnico-burocráticas e estruturar ações técnico-políticas, com vistas ao deslocamento do particular/privado para o coletivo/público.

As mudanças do mundo do trabalho incidiram fortemente na organização coletiva dos trabalhadores. Pois em uma conjuntura do predomínio das relações de trabalho informal, do aumento do trabalho autônomo e domiciliar e também do desemprego estrutural fragilizou o movimento sindical (ALVES, 2000).

A “cultura da crise”, segundo MOTA (2000), cria um consentimento social, inclusive dos trabalhadores para as reformas, que se põem como “salvadoras da pátria”. Essas reformas retiram direitos dos instrumentos legais outrora garantidos pelos trabalhadores que fragilizados pelas mudanças do mundo do trabalho as ratificam por meio do consenso, já que diante do desemprego a luta pela melhoria das condições de trabalho e de salário e mesmo da defesa das conquistas obtidas se torna mais difícil e, por vezes, distante do cotidiano dos trabalhadores ávidos em garantir a sua sobrevivência.

Outra questão limite é a adesão ao projeto, por parte do Estado, que se pretende alternativo: o ideário neoliberal, o que entre outros significa um Estado forte para controlar o poder dos sindicatos e no controle dos recursos, mas poucos nos gastos sociais, como já apontado por ANDERSON (1995). O neoliberalismo assumido como resposta à crise, determinada pelas relações sociais vigentes e as mudanças do mundo do trabalho caracterizadas pelo desemprego estrutural, terceirização e flexibilização fez-se sentir diretamente na capacidade organizativa da classe trabalhadora e, sobretudo, as respostas oferecidas por esta, que passam a ser mediatizadas pelos interesses imediatos e corporativos (RAMOS; SANTOS, 2008). Daí que a construção da hegemonia contrária a do capital fica difícil, debilitada e tímida, ocorrendo mais uma atitude defensiva por parte dos sindicatos que ofensiva.

Considerações Finais

Entre a postura tradicional da MT/SO e a abordagem crítica da ST, não houve a ruptura necessária e é no meio do caminho que os entraves se põem à nova prática.

Destaca-se que a Constituição de 1988, oferece parâmetros legais para transformar a assistência aos trabalhadores vítimas de

acidentes e doenças relacionadas ao trabalho em um campo de política pública e como tal impõem alterações no paradigma até então vigente norteado pelo pensar-fazer da MT/SO. Contudo, se por um lado, o movimento democrático dos anos de 1970/1980 influenciou na institucionalização da saúde como direito e, em consequência, provocou mudanças profundas de paradigmas, concepções, bases legais e operacionais do campo - Saúde do Trabalhador. Por outro lado, o rompimento com o antigo modelo de enfrentamento dos agravos decorrentes do trabalho - MT/SO - que se baseavam em arraigados mecanismos de atendimento individual, de riscos eminentes ao trabalho, de insalubridade e da cultura da culpa, negligência do trabalhador ou de infelicidade má sorte, ganha coro de resistência a partir da cultura conservadora que ainda norteia os órgãos públicos, representada pelas dificuldades relativas à falta de investimento público na infra-estrutura dos serviços e nos recursos humanos, bem como na ausência de ações integradas, intersetoriais, interdisciplinares e que contemple a região, também se verifica ausência da consciência sanitária e do controle social. Tudo isso revelam verdadeiros empecilhos à efetivação da política de saúde do trabalhador.

Por fim, considera-se a potencialidade desse Centro na prevenção e contenção dos agravos, na organização da rede para absorver os trabalhadores lesionados, reabilitá-los, notificar os problemas, na interlocução com as instituições de ensino para a realização de estudos de grande amplitudes; nas ações intersetoriais com a Delegacia Regional do Trabalho (DRT), INSS e vigilâncias e, ainda, nas ações educativas. Mas, há que considerar, todavia, que para alcançar essas intencionalidades é necessário que ocorram mudanças significativas na gestão do CEREST.

LOURENÇO, E. A. S. Thoughts on occupational health. *Serviço Social & Realidade* (Franca), v.17, n.2, p.172-201.

ABSTRACT: This article is based on a discussion of worker's health . Its analysis focuses on the policies for occupational health in the Unified Health System (SUS) after the inauguration of the Reference Center in Occupational Health (Cerestar) in Franca, state of São Paulo.

KEYWORDS: Labor; Worker's health; Unified Health System; Intersectors and Participation.

Referências

ALVES, Giovanni. *O novo (e precário) mundo do trabalho: reestruturação produtiva e crise do sindicalismo*. São Paulo: Boitempo, 2000.

ANTUNES, Ricardo. *Adeus ao trabalho? Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho*. 6. ed. São Paulo: Cortez; Campinas: UNICAMP, 1999.

_____. (Org.). *Riqueza e Miséria no Brasil*. São Paulo: Boitempo, 2006.

ABESS. Associação Brasileira de Ensino de Serviço Social. Diretrizes Gerais para o Curso de Serviço Social (Com base no currículo mínimo aprovado em Assembléia Geral Extraordinária de 8 de novembro de 1996). Formação profissional: trajetórias e desafios. *Cadernos Abesss*, São Paulo, 1997 n. 7, p. 58-76.

ANDERSON, Perry. Balanço do neoliberalismo. In: SADER, Emir; GENTILI, Pablo. *Pós-neoliberalismo: as políticas sociais e o Estado democrático*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995, p. 9- 23.

BRASIL. Norma Regulamentadora - NR-. n. 4 - Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho. *Portaria GM n. 3.214, de 08 de junho de 1978, alterada*. Disponível em: <http://www.mte.gov.br/legislacao/normas_regulamentadoras/nr_04a.pdf> Acesso em: 13 jul. 2008.

_____. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Senado, 1988.

_____. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Saúde do Trabalhador para o SUS*. Brasília, DF, nov. 2004 a. Disponível em: <http://www.previdenciasocial.gov.br/arquivos/office/3_081014-105206-701.pdf>. Acesso em: 3 mar. 2007.

_____. Ministério da Saúde, Secretaria de atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Portaria n. 1.679, de 19 de setembro de 2002. In: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. In: BRASIL. *Legislação em saúde do*

trabalhador: caderno de legislação em saúde do trabalhador. 2. ed. ver. ampl. Brasília: Ministério da Saúde, 2005a. p.114 -129.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria n. 2.437/GM de 7 de Dezembro de 2005*. Dispõe sobre a ampliação e o fortalecimento da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador - RENAST no Sistema Único de Saúde - SUS e dá outras providências. 2005b. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/GM/GM-2437.htm>>. Acesso em: 13 jan. 2008.

BERLINGUER, Giovanni. *A saúde nas fábricas*. 5. ed. São Paulo: Cebes/Hucitec, 1983.

CEREST. Documentos Internacionais: Declaração de Alma Ata. In: SEMINÁRIO DE APRIMORAMENTO EM GESTÃO DOS RECURSOS DA RENAST NO ESTADO DE SÃO PAULO. São Paulo, 2004. *Anais ...* São Paulo: SES/CEREST, 2004a, 1 CD-ROM.

COUTINHO, Carlos Nelson. *Gramsci e a sociedade civil*. 2000. Especial para Gramsci e o Brasil. 2000. Disponível em: <<http://www.acesa.com/gramsci/?page=visualizar&id=209>>. Acesso em: 23 ago. 2008.

DIAS, Elizabeth Costa; *A atenção à saúde dos trabalhadores no setor saúde (SUS), no Brasil? Realidade, Fantasia ou Utopia?* 1994. 335 f. Tese (Doutorado em Medicina Preventiva) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1994.

_____. (Org.). *Doenças relacionadas ao trabalho*: manual de procedimentos para os serviços de saúde. Brasília, DF: MS/OPAS, 2001. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

_____. HOEFEL, Maria da Graça. O desafio de implantar as ações de saúde do trabalhador no SUS: a estratégia da RENAST. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 817-828, out./dez. 2005.

DIESAT. Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde e dos Ambientes do Trabalho. *Insalubridade*: morte lenta no trabalho. São Paulo: Oboré, 1989.

FREIRE, Maria Lucia de Barros. O Serviço Social e a Saúde do Trabalhador diante da reestruturação produtiva nas empresas. In: MOTA, Ana Elizabete (Org.). *A Nova Fábrica de Consensos: ensaios sobre a reestruturação empresarial, o trabalho e as demandas do Serviço Social*. São Paulo: Cortez, 2000.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *IBGE@Cidades*. Disponível em <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>>. Acesso em: 2 maio 2008.

LACAZ, Francisco Antônio de Castro. *Saúde do trabalhador: um estudo sobre as formações discursivas da academia, dos serviços e do movimento sindical*. 1996. 414 f. Tese (Doutorado em Medicina Preventiva) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1996.

_____. Saúde dos trabalhadores: cenários e desafios. *Cadernos de Saúde Pública*. 1997, v. 13, supl. 2, p. 7-19. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci>>. Acesso em: 27 jan. 2005.

_____. O campo Saúde do Trabalhador: resgatando conhecimentos e práticas sobre as relações trabalho-saúde. *Cadernos de Saúde Pública*. 2007, v. 23, p. 757-766.

LAURELL, Ana Cristina. Saúde e trabalho: os enfoques teóricos. In: NUNES, Everardo Duarte. *As ciências sociais na América Latina: tendências e perspectivas*. Brasília: OPAS, 1985. p. 255-276.

_____; NORIEGA, Mariano. *Processo de produção e saúde: trabalho e desgaste operário*. São Paulo: HUCITEC, 1989.

LINHART, Daniele. *A desmedida do capital*. São Paulo: Boitempo, 2007. (Mundo do Trabalho).

LOURENÇO, Edvânia Ângela de Souza. *Na trilha da Saúde do Trabalhador: a experiência de Franca/SP*. Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós Graduação em Serviço Social da Faculdade de Direito, História e Serviço Social da Universidade Paulista “Júlio Mesquita Filho”, Unesp, campus de Franca/SP, 2009, 426 folhas.

_____; BERTANI, Iris Fenner. Saúde do trabalhador no SUS: desafios e perspectivas frente à precarização do trabalho. *Revista*

Brasileira de Saúde Ocupacional, São Paulo, v. 32, n. 115, p. 121-134, 2007a. Disponível em: <<http://www.fundacentro.gov.br/rbso/BancoAnexos/RBSO%20115%20Saúde%20do%20trabalhador%20no%20SUS.pdf>>. Acesso em: 12 fev. 2008.

MAENO, Maria; CARMO, José Carlos. *Saúde do trabalhador no SUS*. São Paulo: Hucitec, 2005.

MARX, Karl; ENGELS, Friedrich. *A ideologia alemã*. 6. ed. São Paulo: Hucitec, 1987.

MENDES, Renê; DIAS, Elisabeth Costa. Da medicina do trabalho a saúde do trabalhador. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, out. 1991 v. 25, n. 15, p. 341-349. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0034-89101991000500003&script=sci_arttext>. Acesso em: 28 jan. 2005.

PEREIRA, Potyara Amazoneida Pereira. *Cidadania e (in)justiça social: embates teóricos e possibilidades atuais*. In: FREIRE, Lúcia Maria de Barros; FREIRE, Sirlene de Moraes; CASTRO, Alba Tereza Barroso. *Serviço Social, política social e trabalho: desafios e perspectivas para o século XXI*. São Paulo: Cortez, 2006. p. 98-116.

RAMOS, Sâmia Rodrigues; SANTOS, Tássia Rejane Monte dos. Dilemas do movimento sindical brasileiro: a particularidade da organização dos(as) assistentes sociais. *Serviço Social e Sociedade*. São Paulo, jun. 2008, ano 29, n. 94, p. 39 -60.

RIBEIRO, Herval Pina; LACAZ, Francisco Antonio de Castro. *De que adoecem e morrem os trabalhadores*. São Paulo: DIESAT, 1984.

ROCHA, Lys Esther; NUNES, Everardo Duarte. O milagre econômico e o ressurgimento do movimento social: 1964-1980. In: BUSCHINELLI, José Tarcísio P.; ROCHA, Lys Esther; RIGOTTO, Raquel Maria (Org.). *Isto é trabalho de gente? Vida, doença e trabalho no Brasil*. São Paulo: Vozes, 1993b. p. 122-137.

SADER, Emir. *Quando novos personagens entram em cena: experiências, fala e luta dos trabalhadores da grande São Paulo, 1970-80*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1998.

SIVIERI, Luiz Alberto. Saúde no Trabalho e Mapeamento dos Riscos. In: TODESCHINI, Remigio (Org.). *Saúde, meio ambiente e condições de trabalho: conteúdos básicos para uma ação sindical*. São Paulo. CUT, Fundacentro, 1995. p. 75-111.

Artigo recebido em 12/2008. Aprovado em 01/2009.