

ELIZABETH COSTA DIAS

**A ATENÇÃO À SAÚDE DOS TRABALHADORES
NO SETOR SAÚDE (SUS), NO BRASIL:**

REALIDADE, FANTASIA OU UTOPIA?

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS

CAMPINAS

1994

D541a

23571/BC

Este exemplar corresponde à versão final da tese de doutorado apresentada a Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, para obtenção do título de Doutor em Medicina Saúde Coletiva pela médica ELIZABETH COSTA DIAS.

CAMPINAS, 25 de novembro de 1994.



Prof. Dr. RENÊ MENDES

- ORIENTADOR -

ELIZABETH COSTA [DIAS 7/502/870

**A ATENÇÃO À SAÚDE DOS TRABALHADORES
NO SETOR SAÚDE (SUS), NO BRASIL:
REALIDADE, FANTASIA OU UTOPIA?**

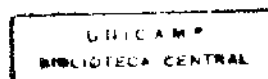
Tese apresentada ao Curso de Pós-Graduação
em Saúde Coletiva, a nível de Doutorado, do
Departamento de Medicina Preventiva e Social
da Faculdade de Ciências Médicas

Orientador: Professor Doutor René Mendes, 1342-1-1

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS

CAMPINAS

1994



UNIDADE	73
N.º CHAMADA:	Unicomp
D541a	
V.	
TOMBO R.	2357
PROC.	61.331.47
C	P
PREÇO	2.000,00
DATA	01/02/15
N.º CPD	

CM-00065415-7

D541a Dias, Elizabeth Costa

A atenção à saúde dos trabalhadores no
setor saúde (SUS), no Brasil: realidade,
fantasia ou utopia?/Elizabeth Costa Dias.
Campinas, Universidade Estadual de Campinas,
1994.
335p.

1. Saúde do Trabalhador. 2. Saúde Ocupacional
3. Serviços de saúde. 4. Sistema de Saúde. 5.
Atenção à saúde dos trabalhadores. I.Título.

CDU: 61.331.47
NLM: WA 400

TEMPO DE TESE...

A decisão de fazer uma tese é semelhante à decisão de ter um filho. Chega o tempo em que você se sente pronta ou a vida coloca você diante da oportunidade de gestar algo novo, (às vezes nem tão novo assim), e oferecer ao mundo como uma contribuição sua, para ver se ele fica um pouquinho melhor.

Neste processo você se prepara, se transforma, enche de idéias, tece-as, compara-as com as dos outros, busca ajuda, faz e desfaz infinitas vezes, desanima, torna a se animar e continua.

Não sei dizer da sua qualidade científica, nem se a ilustre banca examinadora irá considerá-la merecedora de sua aprovação. Só que ela foi construída com o meu melhor, como um filho desejado, curtido, no qual tenho posto minha complacência.

Ela é, antes de tudo, um ato de amor e gratidão.

Amor aos trabalhadores, todos e de todos os tempos, aos que construíram com o seu trabalho o mundo da forma que conhecemos e podemos usufruir hoje, aos do futuro próximo e remoto, na expectativa de que tenham melhores condições de exercer seu trabalho, numa perspectiva humana, na acepção integral da palavra, materializados aqui e agora pelos meus pais, Zoé e Amaro e os meus filhos, Eduardo, Bernardo e Isabela, entre os quais me coloco como um elo.

Amor aos amigos e colegas, companheiros e companheiras na vivência da construção, em dimensões múltiplas da vida, das dificuldades da passagem para outros tempos e momentos de vida, de abandono de valores obsoletos e construção de novos. Espelhos onde se refletem as semelhanças e as diferenças, salutares e essenciais para a formação da nossa identidade e crescimento enquanto ser, do exercício da solidariedade nos momentos de desencanto, das frustrações, do confronto com os limites, com as dificuldades e incompreensões próprias e dos outros, e parceiros na alegria da construção.

Gratidão à Vida, pelos privilégios que tive, entre eles o de caminhar com pessoas que considero maravilhosas. Assim, se é possível chegar a este momento e pretender contribuir para a construção de uma prática diferenciada em Saúde, sua substância é fruto do trabalho e da vida compartilhada com inúmeros companheiros de jornada: pacientes, alunos, colegas, trabalhadores, professores, dos quais não poderia mencionar nomes sem correr o risco de esquecimentos imperdoáveis, mas que irão se reconhecer presentes ao longo do que o texto tiver de positivo e aproveitável.

Agradeço, também, aos desafetos, os que me rejeitaram e desqualificaram, intolerantes com o diferente, desafiando-me a tentar me conhecer melhor, reconhecer as qualidades e limitações do meu trabalho, contá-lo para os outros e prosseguir.

Este trabalho é dedicado a todos aqueles que ousam sonhar e, com obstinação, serenidade e alegria descobrem caminhos para fazer dos sonhos, realidade.

SONHO IMPOSSÍVEL

Sonhar mais um sonho impossível
Lutar, quando é fácil ceder
Vencer, o inimigo invencível
Negar, quando a regra é vender.
Sofrer a tortura implacável
Romper a incabível prisão
Voar no limite improvável
Tocar o inacessível chão.
É minha Lei, é minha questão,
Virar esse mundo, cravar esse chão,
Não me importa saber,
Se é terrível demais,
Quantas guerras terei de vencer
Por um pouco de paz.
E amanhã, quando esse chão
Que eu beijei,
For meu leito e perdão,
Vou saber que valeu,
Delirar e morrer de paixão.
E assim, seja lá onde for,
Vai ter fim, a infinita aflição,
E o mundo vai ver uma flor
Brotar do impossível chão.

Chico Buarque e Rui Guerra.

(Don Quixote)

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRASCO - Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
ADUSP - Associação dos Docentes da USP
AIS - Ações Integradas de Saúde
ANAMT - Associação Nacional de Medicina do Trabalho
BIREME - Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde, anteriormente denominada Biblioteca Regional de Medicina.
CAM - Comunicação de Alta Médica (INSS)
CAME - Consejo de Ayuda Mutua Economica
CAP - Caixa de Aposentadoria e Pensão
CAT - Comunicação de Acidente do Trabalho
CCA - Cartão de Consulta do Acidentado (INSS)
CEBES - Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CEDOC/PARES - Centro de Documentação / Programa de Apoio à Reforma Sanitária (ENSP-FIOCRUZ)
CEE - Comunidade Econômica Européia
CESAT - Centro de Saúde do Trabalhador
CESTEH - Centro de Estudos de Ecologia Humana e Saúde do Trabalhador
CESTMA - Comissão Estadual de Saúde do Trabalhador e Meio Ambiente (SES/CE)
CIAST - Centro Integrado de Atenção à Saúde do Trabalhador (SES-RGS)
CIPLAN - Coordenação Interinstitucional de Planejamento
CIMS - Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde
CIMST - Comissão Interministerial de Saúde do Trabalhador
CIS - Comissão Interinstitucional de Saúde
CIST - Comissão Interinstitucional de Saúde do Trabalhador
CIPA - Comissão Interna Prevenção Acidentes
CIPLAN - Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação
CIS - Comissão Interinstitucional de Saúde
CISAT - Comissão Intersindical de Saúde do Trabalhador

CIST - Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador, sucedida pelo
CLIS - Comissão Local Interinstitucional de Saúde
CNS - Conferência Nacional de Saúde
CNST - Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador
CPMATs - Conclusão Médico Pericial de Acidentes de Trabalho
GEISAT - Grupo de Estudos Intersetorial de Saúde do Trabalhador
CLT - Consolidação das Leis do Trabalho
CNST - Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador
CONASEMS - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CONTAG - Confederação Nacional de Trabalhadores na Agricultura
CPMAT -
CUT - Central Única dos Trabalhadores
CVS - Centro de Vigilância Sanitária (SES-SP)
DIEESE - Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socio-Econômicos
DIESAT - Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde e dos Ambientes de Trabalho
DIPSAT - Divisão de Proteção à Saúde do Trabalhador, atualmente:
DISAT - Divisão de Saúde do Trabalhador (SVS-MS)
DNSHT - Departamento Nacional de Segurança e Higiene do Trabalho (MTb)
DNSP - Departamento Nacional de Saúde Pública
DNT - Departamento Nacional do Trabalho
DPVAT - Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores (Seguro)
DRT - Delegacia Regional do Trabalho (MTb)
DSS - Diretoria de Seguro Social (INSS)

DSST - Departamento de Segurança e Saúde do Trabalhador (MTPS)
DSMT - Divisão de Segurança e Medicina do Trabalho (DRT-MTb)
DVST - Divisão de Vigilância Sanitária do Trabalho (CVS/SES-SP)
ECO - Centro Panamericano de Ecologia Humana e Saúde (OPS)
ENSP - Escola Nacional de Saúde Pública
ERSA - Escritório Regional de Saúde (SES-SP)
FAE - Fator de Apoio ao Estado (SUS)
FAM - Fator de Apoio ao Município (SUS)
FAS - Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social
FIOCRUZ - Fundação Oswaldo Cruz
FMI - Fundo Monetário Internacional
FTA - Ficha Tratamento de Acidentado (INSS)
FUNDACENTRO - Fundação Jorge Duprat Figueiredo de Segurança e Medicina do Trabalho
FUNDEP - Fundação de Desenvolvimento da Pesquisa (UFMG)
FUNRURAL - Fundo de Assistência e Previdência do Trabalhador Rural
GMA - Grupamento Médico Assistencial (INAMPS)
GTIAT - Grupo de Trabalho Interministerial de Acidente do Trabalho (MPS)
HU - Hospital Universitário
IBGE - Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IEI - Instituto de Economia Industrial (UFRJ)
IHIP - Inspetoria de Higiene Industrial Profissional
ILO - International Labour Organization
IMS - Instituto de Medicina Social (UERJ)
INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
INPC - Índice Nacional de Preços ao Consumidor
INPS - Instituto Nacional de Previdência Social transformado em 1990 em:
INSS - Instituto Nacional do Seguro Social
INST - Instituto Nacional de Saúde no Trabalho (CUT)
IAP - Instituto de Aposentadoria e Pensões
LEM - Laudo de Exame Médico (CAT)
LOPS - Lei Orgânica da Previdência Social
LOS - Lei Orgânica da Saúde
MESP - Ministério de Educação e Saúde Pública
MJNI - Ministério Justiça e Negócios Interiores

MPS - Ministério da Previdência Social, também
MPAS - Ministério da Previdência e Assistência Social
MS - Ministério da Saúde
MTIC - Ministério de Trabalho Interior e Comércio
MTb - Ministério do Trabalho
MTPS - Ministério do Trabalho e Previdência Social
NESCON - Núcleo de Estudos de Saúde Coletiva e Nutrição (UFMG)
NEPP - Núcleo de Estudos de Políticas Públicas (UNICAMP)
NESP - Núcleo de Estudos Saúde Pública (UNb)
NISE - Núcleo de Investigação Social Epidemiológica (UFMG)
NISTI - Núcleo Interinstitucional de Saúde do Trabalhador Industrial (USP)
NR - Norma Regulamentadora (Portaria 3214/78)
NUPEs - Núcleo de Estudos Político-Sociais em Saúde (ENSP-FIOCRUZ)
NUSAT - Núcleo de Saúde do Trabalhador, transformado em Núcleo de Doenças Profissionais (INSS-MG)
OIT - Organização Internacional do Trabalho ou Organización Internacional del Trabajo ou Oficina Internacional del Trabajo
OMS - Organização Mundial de Saúde ou Organización Mundial de la Salud
OPAS - Organização Pan Americana de Saúde
OPS - Organización Panamericana de la Salud
PEA - População Economicamente Ativa
PAIST - Programa de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Londrina-PR)
PIACT - Programa Internacional para o Melhoramento das Condições e dos Ambiente de Trabalho (OIT)
PMDB - Partido do Movimento Democrático Brasileiro
PNAD - Pesquisa Nacional por Amostra Domiciliar (IBGE)
POI - Programação Orçamentária Integrada
PST - Programa de Saúde do Trabalhador
PUCCAMP - Pontifícia Universidade Católica de Campinas
RAST - Relação de Acidentes Sem Perda de Tempo (INSS)
RCA - Recursos de Cobertura Ambulatorial (SUS)
REDE IDA - Rede de Integração Docente-Assistencial (F.KELLOGG)

REMP - Requisição de Exame Médico-Pericial (INSS)
RET - Requisição de Exames e Tratamento (INSS)
RS - Regional de Saúde
SAS - Secretaria de Atenção à Saúde (MS)
SAST - Serviço de Atenção à Saúde do Trabalhador (SNAS)
SBPC - Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência
SEMSAT - Semana de Saúde do Trabalhador
SES - Secretaria Estadual de Saúde
SESI - Serviço Social da Indústria
SESMT - Serviço Especializado em Segurança e Medicina do Trabalho
SGAST - Sub Grupo de Atenção à Saúde do Trabalhador (SES-SP)
SILOS - Sistemas Locais de Saúde (OPS)
SINE - Sistema Nacional de Emprego
SIA - Sistema de Informações Ambulatoriais (SUS)
SIS-CAT - Sistema de Informação em Saúde- Comunicação de Acidente do Trabalho
SMS - Secretaria Municipal de Saúde
SNAS - Secretaria Nacional de Assistência à Saúde, transformada em
SNS - Sistema Nacional de Saúde
SNVS - Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária, transformada em

SVS - Secretaria de Vigilância Sanitária
SSMT - Subsecretaria de Segurança e Medicina do Trabalho (MTb), transformada em
SSST - Secretaria de Saúde e Segurança no Trabalho (MTb)
SUDS - Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS - Sistema Único de Saúde
UCA - Unidade Cobertura Ambulatorial (SUS)
UEL - Universidade Estadual de Londrina
UEM - Universidade Estadual de Maringá
UERJ - Universidade Estadual do Rio de Janeiro
UFES - Universidade Federal do Espírito Santo
UFF - Universidade Federal Fluminense
UFMG - Universidade Federal de Minas Gerais
UFPB - Universidade Federal da Paraíba
UFPEL - Universidade Federal de Pelotas
UFRGS - Universidade Federal Rio Grande Sul
UFRJ - Universidade Federal do Rio de Janeiro
UFUB - Universidade Federal de Uberlândia
UNESP - Universidade Estadual Paulista
UNICAMP - Universidade Estadual de Campinas
USAT - Unidade Saúde do Trabalhador (SES-BA)
USP - Universidade de São Paulo
USP/RP - Universidade de São Paulo - Campus de Ribeirão Preto
WHO - World Health Organization

RESUMO

O processo de construção da atenção à saúde dos trabalhadores, na rede pública de serviços de saúde, na perspectiva da Saúde do Trabalhador, no Brasil, é estudado, a partir do resgate de sua história e evolução, contextualizada no cenário socio-político-cultural nacional e internacional, e de mudança nas práticas sanitárias em curso no país, a partir Lei Orgânica da Saúde de 1990. O estudo reúne, sistematiza e registra a experiência acumulada pelos Programas e Centros de Referência em Saúde do Trabalhador, organizados na rede de serviços de saúde (atual SUS), a partir de 1978, com a finalidade de socializá-la e ensejar sua adaptação a distintas realidades, contribuindo para a consolidação da proposta de que todos os trabalhadores, independente de sua forma de inserção no processo produtivo e capacidade de organização e articulação tenham atendidas suas necessidades particulares de saúde, nos limites do Sistema de Saúde, compreendendo a saúde enquanto direito de cidadania.

Representa um fotograma, ou o registro de um movimento, na medida que considera a atenção à saúde dos trabalhadores no sistema de saúde um processo social instituinte, multiforme e contraditório, de mudança das práticas sanitárias, num contexto de crise.

O texto está organizado em 7 capítulos onde, seqüencialmente, procurou-se caracterizar a área de Saúde do Trabalhador, a partir de alguns conceitos-chave, destacando as peculiaridades do processo no Brasil. O capítulo 3 é dedicado à explicitação do objetivo e definição da hipótese de trabalho. No capítulo 4 são feitas considerações sobre o método utilizado. A metodologia foi construída par e passo ao longo do trabalho, fazendo com que cada etapa fosse descrita juntamente com os resultados e comentários. No capítulo 5 são descritas as etapas percorridas e os achados, formando um painel da constituição da área Saúde do Trabalhador, no Brasil, e das práticas nos serviços de saúde, organizadas em três períodos, o primeiro entre 1978 e 86 denominado de difusão das idéias; o segundo, entre 1987 e 90, da institucionalização e o terceiro, que se encerra com a realização da II CNST, em março de 1994, da implantação das ações no SUS.

O capítulo 6 é dedicado a uma tentativa de análise dos achados e das perspectivas antevistas para a questão. No capítulo 7 são comentados e sugeridos pontos a serem melhor estudados.

São citadas 595 referências bibliográficas e apresentados 8 anexos.

SUMÁRIO

Página

1. CONSIDERAÇÕES INICIAIS	1
2. RECORRANDO O TEMA - A atenção à saúde dos trabalhadores no Setor Saúde, na perspectiva da Saúde do Trabalhador	7
2.1 CONCEITUANDO.....	9
2.1.1 Trabalho e Trabalhadores	
2.1.1.1 Sobre o Trabalho	
2.1.1.2 Sobre os Trabalhadores	
2.1.2 Processo Saúde-Doença em sua relação com o Trabalho	
2.1.3 Saúde Pública, Saúde Coletiva	
2.1.4 Sistema de Saúde e Atenção à Saúde	
2.1.4.1 Sobre o Sistema de Saúde	
2.1.4.2 Sobre a Atenção à Saúde	
2.2 SAÚDE DO TRABALHADOR - UMA ÁREA TEMÁTICA EMERGENTE	49
2.2.1 As origens e as bases teóricas	
2.2.2 A contribuição das Agências Internacionais	
2.2.3 Aspectos conceituais e características da área Saúde do Trabalhador	
2.2.4 Perspectivas e tendências da Saúde do Trabalhador	
2.3 AS ORIGENS E EVOLUÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE DOS TRABALHADORES NO SETOR SAÚDE, NO BRASIL	73
2.4 A ATENÇÃO À SAÚDE DOS TRABALHADORES NA PERSPECTIVA DA SAÚDE DO TRABALHADOR	88

3. O OBJETO DA TESE: A atenção à saúde dos trabalhadores no setor saúde, na rede pública de serviços de saúde, no Brasil, na perspectiva da Saúde do Trabalhador	99
3.1 O PROBLEMA	102
3.2 A HIPÓTESE	102
4. DA NATUREZA DO TRABALHO DA TESE E DOS CAMINHOS PERCORRIDOS	103
4.1 CONSIDERAÇÕES SOBRE A METODOLOGIA	104
4.2 OS CAMINHOS PERCORRIDOS	110
4.3 ALGUNS VIESES (IDENTIFICÁVEIS) NA ABORDAGEM DO TEMA	112
5. A ATENÇÃO À SAÚDE DOS TRABALHADORES NO SETOR SAÚDE, NO BRASIL: A Caça ao Tesouro - o mapa, as ferramentas, as primeiras evidências e os achados	120
5.1 A PRIMEIRA ETAPA DA JORNADA - a revisão da documentação disponível	121
5.1.1 Bibliografia sobre a atenção à saúde dos trabalhadores no Sistema de Saúde	
5.1.2 Produção e registros sobre a atenção à saúde dos trabalhadores na rede pública de serviços de saúde	
5.2 A SEGUNDA ETAPA DA JORNADA - As evidências ganham corpo e sentido...	127
5.2.1 Cadastro das atividades de atenção à saúde dos trabalhadores na rede pública de serviços de saúde	
5.2.2 A atenção à saúde dos trabalhadores nos Hospitais Universitários	
5.2.3 A observação das experiências	

5.3 A TERCEIRA ETAPA DA JORNADA - O processo de construção da atenção à saúde dos trabalhadores no SUS, no Brasil - Enfim o tesouro!	145
5.3.1 O primeiro momento: da difusão das idéias	
5.3.2 O segundo momento: a institucionalização das ações	
5.3.3 O terceiro momento: a implantação da atenção à saúde dos trabalhadores na rede pública de serviços de saúde	
5.3.3.1 O cenário social e o quadro jurídico-institucional relacionados à saúde dos trabalhadores	
5.3.2.1.1 O Setor Trabalho	
5.3.2.1.2 A Previdência Social	
5.3.2.1.3 O Setor Saúde	
5.3.2.1.4 O Ministério Público	
5.3.3.2 A <i>via-crucis</i> do trabalhador, segurado pela Previdência Social, vítima de acidente do trabalho	
5.3.3.3 A atenção à saúde dos trabalhadores na rede pública de serviços de saúde	
5.3.4 O quarto momento: o devir, ou as possibilidades	
6. UMA TENTATIVA DE ANÁLISE: Afinal, que tesouro é esse?	241
7. COMENTÁRIOS FINAIS À GUIA DE CONCLUSÃO	256
8. ANEXOS	261
8.1 ATIVIDADES DE SAÚDE DO TRABALHADOR NO SUS - CADASTRO DE PROGRAMAS/CENTROS DE REFERÊNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR NO BRASIL	261
8.1.1 Modelo do questionário utilizado	
8.1.2 Modelo da correspondência enviada	

8.1.3	Relação dos profissionais que responderam ao Questionário	
8.1.4	Relação dos profissionais que auxiliaram na confecção do Cadastro	
8.2	OS HOSPITAIS DE ENSINO E A SAÚDE DO TRABALHADOR	268
8.2.1	Modelo do Questionário utilizado	
8.2.2	Quadro I - Distribuição dos Serviços de atenção à saúde dos trabalhadores em Hospitais de Ensino no Brasil, 1992	
8.2.3	Quadro II - Relação dos Serviços/Centros de Referência em Saúde do Trabalhador nos Hospitais de Ensino, 1992	
8.3	LISTA DOS SERVIÇOS VISITADOS E ENTREVISTAS REALIZADAS	273
9.	SUMMARY	274
10.	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	275

1. CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Transformar um exercício acadêmico, parte das exigências para obtenção de um título de Doutorado, em uma oportunidade de contribuir para o entendimento da realidade, na perspectiva de transformá-la é o desafio a que se propõe este trabalho.

Este é o princípio que orienta, ou o eixo em torno do qual se constrói este trabalho, com todas as limitações decorrentes de se trabalhar com uma realidade complexa, contraditória, inacabada e em permanente transformação, (parafraseando Minayo (1992) sobre o objeto das ciências sociais), e das deficiências pessoais e metodológicas existentes.

O momento da Saúde do Trabalhador no setor Saúde, ou da atenção à saúde dos trabalhadores pelo setor Saúde, pode ser considerado como de **perplexidade**. As opiniões são contraditórias, ambivalentes. *É uma ficção!* dizem uns. *É um "susto"!* brincam outros. *É coisa para daqui a dez anos.* Vaticinam. *É uma realidade! Está aí para quem quiser ver.* Constatam, ainda, outros.

Apesar das "conquistas" estabelecidas na legislação, na Constituição Federal e na Lei Orgânica da Saúde, do intenso processo social de discussão e intervenção sobre a questão, no âmbito federal, regional/estadual e municipal, observam-se dificuldades e entraves, alguns compartilhados com o conjunto do Sistema de Saúde, outras próprios ou específicos da área da Saúde do Trabalhador, com profundas repercussões para sua operacionalização **de fato**.

Como pano de fundo, desenha-se um cenário onde se agudizam as contradições e os conflitos sociais, que têm um impacto singular sobre a saúde dos trabalhadores, exigindo, por isto respostas diferenciadas dos setores responsáveis pela sua atenção, particularmente do setor saúde.

A atenção à saúde dos trabalhadores no setor saúde tem como premissa básica a compreensão de que os trabalhadores adoecem e morrem de modo igual, compartilhado com o conjunto da população, de um determinado grupo social, em um certo tempo e lugar, e também de modo diferente, em decorrência da sua inserção em processos de trabalho particulares, no modo de produção vigente naquela sociedade.

É esta especificidade que se espera contemplar ou ver contemplada, quando se propõe a atenção diferenciada aos trabalhadores no ou pelo sistema de saúde, para **todos** os trabalhadores, independente de seu maior ou menor valor no sistema de produção ou de sua maior ou menor capacidade de organização e pressão .

Apesar de simples (e óbvia para alguns), esta proposição tem sido questionada de muitas formas e por vários motivos, tanto por aqueles que não concordam ou não percebem essa especificidade, quanto, particularmente por aqueles que olham a questão da saúde dos trabalhadores apenas como um fator de produção ou uma questão de relações de trabalho e não enquanto direito básico de cidadania.

Num mundo em rápida transformação e transição para a **sociedade do não trabalho**, esta questão ganha contornos ainda mais dramáticos.

Estas diferenças e divergências transformam-na em um desafio, quase um sonho ou uma utopia e explica as controvérsias e a perplexidade diante da questão.

Este estudo se propõe a contribuir para a compreensão deste processo, a partir do resgate de sua história, da experiência acumulada ao longo do caminho percorrido, pelos Programas de Saúde do Trabalhador na rede pública de serviços de saúde, procurando identificar na diversidade, o que é comum, no sentido de que estas experiências possam ser socializadas e adaptadas à distintas realidades, contribuindo dessa forma para a consolidação do projeto da atenção à saúde dos trabalhadores no Sistema de Saúde.

Como um desdobramento da identificação desse "núcleo comum", pretende-se contribuir para a **construção da identidade do setor saúde, entendido enquanto SUS, na intervenção sobre a questão da saúde dos trabalhadores, enquanto direito de cidadania e responsabilidade do Estado**, acreditando que a consciência desta identidade facilitará ao setor Saúde ter mais claros seu papel e atribuições, organizar-se para cumpri-lo, relacionar-se com os demais parceiros, no setor público, e com os demais atores sociais envolvidos, na direção da promoção, da proteção e da recuperação da saúde de **todos** os trabalhadores brasileiros.

Por outro lado esta identidade se constrói, ou se institui em um processo social que está em curso, cujo início não é possível precisar, integrando um processo mais amplo, marcado pela complexidade e pela diversidade.

Na forma de ver o mundo que orienta este trabalho, a história não apresenta limites nítidos. Ela é compreendida enquanto um processo social, multiforme, contraditório, sujeito a avanços e recuos, em que o novo contém o velho, registrando-se alguns momentos de ruptura, em que o novo aparece mais forte e incontido. No que se refere à Saúde do Trabalhador, este trecho da história pode ser considerado como um "período quente", ou seja, aquele em que todo o saber social está em ebulição, as experiências sociais se multiplicam e as informações circulam por fora dos canais formais, criando condições para a crítica por parte dos coletivos, afirmando-se a verdade dos saberes espontâneos e a vontade de aplicar, de imediato o apreendido na ação instituinte. (BAREMBLITT, 1994).

Assim, não se trata de tentar teorizar a respeito, ou estabelecer fórmulas ou receitas, mas simplesmente, aproveitar o exercício acadêmico para registrar uma parte (registrável) deste processo, sistematizar algumas idéias, refletir sobre as experiências, socializar a discussão, na perspectiva de contribuir para seu avanço.

O desafio proposto, ou o objeto de trabalho definido pode causar estranheza pela sua abrangência e ser qualificado como arrogante, megalomaniaco, ou ser desqualificado como superficial.

Entretanto, deve ser interpretado apenas, como uma tentativa de contribuir de um outro modo, talvez menos usual, em um contexto em que a especialização e a fragmentação permitem o aprofundamento e chegar próximo às ultra-estruturas, para a construção do conhecimento.

Apesar da dificuldade para apreender a totalidade, estando incipientes ou em construção metodologias de estudo capazes de dissecar e reagrupar os fenômenos em uma perspectiva globalizante, este trabalho caminha por essa trilha. Busca reunir e organizar de um certo modo uma experiência que está em curso, dispersa geograficamente e sujeita a variáveis múltiplas, através do relato de atitudes, motivações e significados subjetivos percebidos, revalorizar o **vivido** (MINAYO, 1992), contribuindo, assim para uma abordagem mais totalizadora e uma melhor compreensão do processo. Busca também contextualizá-la e apontar algumas relações que necessitam ser testadas em estudos mais aprofundados, com metodologia apropriada para sua comprovação.

Em muitos momentos o texto poderá parecer confuso, misturando a construção da atenção à saúde dos trabalhadores no setor saúde, com a emergência da área da Saúde do Trabalhador. Mas esta confusão se não é intencional, é assumida, pois se entende que é a emergência da área, com seu modo diferente de compreender as relações entre o trabalho e a saúde-doença dos trabalhadores, que leva à proposta de uma atenção diferenciada para os trabalhadores, a nível dos serviços de saúde. E é o "acontecer" dessa prática, por sua vez, que alimenta a constituição da área temática.

Outro aspecto que poderá dificultar o entendimento decorre da tentativa de relacionar o fenômeno que se passa no Brasil, com aspectos mais gerais do que o ocorre a nível mundial, particularmente nos países ocidentais. Em que pesem as dificuldades, isto se justifica, na perspectiva da globalização, que submete cada vez mais intensamente as sociedades a forças comuns, apesar das dificuldades de acesso e elaboração das informações de modo mais rigoroso.

A imagem da trilha é adequada para descrever a metodologia utilizada no presente trabalho. Foi um caminho construído, par e passo, comparável à uma brincadeira infantil chamada de "caça ao tesouro", onde cada etapa vencida, significa o encontro das pistas que levarão a desvendar o trajeto seguinte, que teve também seu lado lúdico e prazeroso e também terapêutico pois significou a oportunidade de confrontar uma bagagem adquirida com um mundo real, num exercício de abertura e disponibilidade para o novo e o desconhecido, de busca de um saber registrado nas formas tradicionais e não convencionais.

Este modo de trabalhar obriga a que o detalhamento da metodologia seja quase que simultâneo a apresentação e comentários dos resultados de cada etapa, modificando, um pouco, a sistemática clássica de elaboração de trabalho científicos.

Este trabalho tem muitos limites. Entre os já identificados, estão sua extensão que reflete a dificuldade de chegar à essência, e a omissão de fatos, situações e pessoas importantes no processo de construção da área da Saúde do Trabalhador.

Muitas idéias estão repetidas ao longo do texto, algumas propositalmente, para reforçar sua importância, outras, em decorrência da metodologia utilizada e de falhas e limitações da autora. Foi grande a tentação, de ao vê-lo concluído, refazê-lo, buscando identificar o essencial e eliminar as demais.

Estas e outras imperfeições devem servir de estímulo a que se façam as correções.

É importante reafirmar que este é um trabalho coletivo, no qual a autora, além de participar do processo, que representa o sonho e o trabalho de muitas pessoas, ao qual têm dedicado uma energia de alta qualidade, cuidou de registrar uma parte. Portanto, os méritos desse trabalho, a elas que deve ser creditado. Quanto aos vieses, erros e inadequações, ficam por conta da autora, observadora e escriba.

E, para que?

Correr o risco, fazer o esforço de lidar com a perplexidade e com a complexidade só fazem sentido se, ou na medida que, permitirem sistematizar algumas observações, buscar clarear conceitos, suscitar questões, "descobrir" dimensões inusitadas, estabelecer pontes entre o técnico e o político, o biológico e o social, o individual e o coletivo, na perspectiva de **contribuir para institucionalizar a atenção à saúde dos trabalhadores do Sistema de Saúde, contribuindo dessa forma, com a luta dos trabalhadores por vida e saúde.**

É importante dizer que não assusta nem incomoda à autora, se a contribuição mais significativa desse trabalho for a de suscitar muitas questões, controvérsias, polêmicas que levem à realização de outros trabalhos, corrigindo ou completando este registro, apresentando outras formas de enxergar e entender a questão. Terá ele, assim, cumprido plenamente sua finalidade.

2 . RECORTANDO O TEMA

A atenção à saúde dos trabalhadores no Setor Saúde, na perspectiva da Saúde do Trabalhador

Ensinam os manuais especializados que um dos *segredos* para a elaboração de um trabalho científico é a definição clara e objetiva do tema a ser tratado.

Definido o tema, segue-se a tarefa de explicitá-lo ou de comunicá-lo aos outros, etapa complexa, pelo risco de se alongar demasiadamente nas explicações, repetindo o que outros já disseram, geralmente, com mais propriedade.

Assim, este capítulo será dedicado à apresentação do tema onde será recortado o objeto da Tese: a atenção à saúde dos trabalhadores no Setor Saúde, na perspectiva da área Saúde do Trabalhador, no Brasil.

No seu desenvolvimento, optou-se por explicitar os conceitos básicos que sustentam a compreensão e a conformação da área temática Saúde do Trabalhador, descrever a emergência e principais características dessa área, delimitar o que se está denominando de atenção à saúde dos trabalhadores no Sistema de Saúde, na perspectiva da Saúde do Trabalhador, fundamentando a formulação da questão-problema a ser trabalhada enquanto hipótese de trabalho.

Muitas e diferentes idéias ocorrem à pergunta - O que é Saúde do Trabalhador? A evolução natural da Medicina do Trabalho? Uma área da Saúde Pública? Uma nova área do conhecimento? Um programa de saúde? Um modismo?

A caracterização da Saúde do Trabalhador enquanto uma área temática começa pelos questionamentos, feitos neste final de século, que perpassam praticamente todos os setores da assim chamada *vida moderna*, e que têm na esfera da saúde uma manifestação singular.

Assim, falar em Saúde do Trabalhador e em atenção à saúde dos trabalhadores significa se envolver nas discussões em curso sobre Saúde Pública, Saúde Coletiva, a prática médica e de outras profissões de saúde, abrangendo temas tão amplos e diversificados quanto os conceitos de saúde, de doença, os modelos explicativos da determinação do processo saúde-doença, as políticas de saúde, o papel do Estado, as práticas de saúde, a questão tecnológica em saúde, os recursos humanos e os processos de trabalho em saúde, além dos conceitos de trabalho e de trabalhador. Este elenco, por si, dá uma idéia da complexidade e abrangência do tema dentro do qual se recorta o objeto deste trabalho.

A articulação entre trabalho, saúde e doença dos trabalhadores tem sido objeto de observação e reflexão dos homens, há séculos. Historiadores, filósofos, escritores, médicos, cientistas sociais, artistas plásticos têm registrado suas observações sobre o fenômeno, diversificadas, segundo as lentes utilizadas para *olhar* o mundo.

Essa diversidade expressa a compreensão sobre as relações dos homens com a natureza e com os outros homens, sobre a ocorrência do processo saúde-doença enquanto um fenômeno isolado, individual ou partilhado por outros homens, explicado por teorias mágico-religiosas, científicas, de determinação unicausal, multicausal, ou social.

Partindo da advertência feita por CASTELLANOS (1990) de que, a descrição e explicação da situação de saúde-doença dependem de quem e de que posição observa, descreve e explica o fenômeno, falar de Saúde dos Trabalhadores significa assumir uma determinada forma de ver o mundo, conceituar e estabelecer relações entre trabalho, trabalhador, saúde, doença, sistema de saúde e atenção à saúde, que necessitam ser explicitados para o melhor entendimento da questão.

2.1 CONCEITUANDO....

Demarcando uma posição para ver o mundo e as lentes utilizadas para enxergá-lo, e correndo os riscos da redução e simplificação de temas complexos, foram selecionados como *conceitos-chave*, os de trabalho e trabalhador; processo saúde-doença em sua relação com o trabalho; saúde pública e saúde coletiva; sistema de saúde e atenção à saúde.

Não se pretende fazer um detalhamento desses conceitos, apenas enunciá-los ou destacar sua importância para a compreensão do tema, referenciando-os a autores que têm se ocupado da desafiadora tarefa de entendê-los melhor.

As relações ou co-relações com a temática Saúde do Trabalhador, serão explicitadas no item seguinte, dedicado à caracterização dessa área temática.

2.1.1 Trabalho e Trabalhadores

2.1.1.1 Sobre o Trabalho

É grande a produção disponível sobre a importância e a centralidade do trabalho na vida dos homens, particularmente nas sociedades ocidentais, nos últimos três séculos. *Diversas escolas clássicas da teoria social têm a categoria trabalho como elemento central para a compreensão das sociedades modernas e contemporâneas, por isso chamadas de sociedade do trabalho.* (COHN & MARSIGLIA, 1993).

Entretanto, uma questão anterior, fundamental, refere-se ao trabalho sobre o qual se está falando. Trabalho enquanto ato humano de construção do mundo? Trabalho produtivo, com objetivo econômico que resulta em um pagamento ou salário? Trabalho doméstico que visa a própria reprodução e a de um conjunto de pessoas, geralmente

imposto às mulheres na esfera familiar? Trabalho meio de vida? Trabalho-castigo e sofrimento, no cumprimento da maldição bíblica? Trabalho, determinado exteriormente, pelo "açoite da fome"? Ou as atividades desenvolvidas de forma autônoma pelo prazer ou enriquecimento pessoal, de busca da felicidade, expressão intencional da liberdade, atividade humana espiritual criadora e construtora?

Inúmeros autores têm se ocupado da questão. Para MARX, (1983), trabalho é atividade consciente e proposital, a força que criou a espécie humana e pela qual esta criou o mundo como o conhecemos.

Na descrição de ALVES (1981): - *o homem deseja algo, seu desejo provoca a imaginação que visualiza aquilo que é desejado, seja um jardim, uma sinfonia, ou um simples brinquedo. A imaginação e o desejo informam o corpo que se põe inteiro a trabalhar, por amor ao objeto que deve ser criado. E quando o trabalho termina, o criador contempla a sua obra, vê que é muito boa e descansa.*

SHÜLER SOBRINHO (1994), faz uma interessante análise do surgimento da "Sociedade do Trabalho", enquanto uma das utopias criadas a partir do século XVI, destacando a *transformação positiva do significado verbal na própria palavra trabalho, que até a época moderna sempre foi sinônimo de penalização e de cansaços insuportáveis, de dor e de esforço extremo, de tal modo sua origem só poderia estar ligada a um estado de miséria e pobreza, alçada ao nível da mais elevada e valorizada das atividades humanas.*

Uma abordagem interessante e sintética da evolução do conceito de Trabalho ao longo da história humana, no mundo ocidental, pode ser encontrada em BATTAGLIA (1973).

Coube a MARX, (1983) revolucionar a compreensão do papel do trabalho na vida social que se organizava a seu tempo, sob a égide do Capitalismo. Sua obra,

particularmente o livro *O Capital*, cujo primeiro volume data de 1867 e que não foi completado, é referência obrigatória e continua influenciando o pensamento nas ciências sociais até os nossos dias.

A Saúde do Trabalhador utiliza categorias marxistas para a abordagem das relações entre o trabalho e o processo saúde-doença dos trabalhadores, particularmente a categoria *processo de trabalho* constituído pelo trabalho em si, uma atividade produtiva com um objetivo; pelo(s) objeto(s) sobre os quais o trabalho é realizado e os meios que facilitam ou viabilizam o processo de trabalho. (BOTTOMORE, 1988:299).

A evolução dos processos e da organização do trabalho no modo de produção capitalista, nas sociedades ocidentais, tem levado a profundas modificações nas relações Capital-Trabalho, entendidas enquanto relações sociais entre atores sociais, dinâmicas, contraditórias e conflituosas, com impacto sobre a vida social e a saúde dos trabalhadores, em particular. (MERLO, 1991; COHN & MARSIGLIA, 1993).

Entretanto, é interessante registrar que, na atualidade, independente da organização social, se socialista ou capitalista, se central ou periférica, observa-se uma relativa hegemonia na organização do trabalho imposta pela tecnologia.

Idéias e reflexões inovadoras tomam forma, a partir de meados deste século, entre grupos de filósofos e cientistas sociais, acerca do trabalho e de seu papel na vida dos homens. (OFFE, 1989a; CASTRO & GUIMARÃES, 1991).

Ao analisar a condição humana, a partir de suas três atividades fundamentais: o labor, o trabalho e a ação, ARENDT, (1987), estabelece que *o labor é uma atividade derivada da necessidade do processo biológico, que os homens compartilham com os animais. O trabalho, ao contrário do labor, não está contido no repetitivo ciclo vital da espécie, mas pelo trabalho o homem transforma a natureza, cria coisas, convertendo*

o mundo num espaço de objetos partilhados pelo homem, unindo-os e separando-os entre si. Já a ação, é a única atividade que se exerce diretamente entre os homens, sem a mediação entre as coisas ou da matéria.

Assim, a ação seria, para a autora, uma categoria fundamental, representando não só um *medium* da liberdade, enquanto capacidade de reger o próprio destino, como também a forma única da expressão da singularidade individual. Entretanto, esse enfoque é criticado por alguns autores, entre eles, MAGALHÃES, (1985), que reafirma a conceituação marxista da unidade do trabalho intelectual e corporal, de trabalho consciente com uma realização material, que o assalariamento veio separar.

Segundo OFFE (1989 b), observa-se, na atualidade, o declínio do modelo de pesquisa social centrado no trabalho. A partir das evidências de que o trabalho e a posição dos trabalhadores no processo de produção não devem ser considerados como o princípio organizador mais importante das estruturas sociais, que a dinâmica do desenvolvimento social não é concebida como nascendo dos conflitos a respeito de quem controla o empreendimento industrial e que a otimização das relações entre meios e fins técnico-organizacionais ou econômicos não é seguida, necessariamente, de um desenvolvimento social posterior, o autor apresenta alguns indicadores, preliminares, da limitação do paradigma centrado no trabalho para a compreensão da realidade social. Chama a atenção, ainda, para o fato de que as categorias trabalho assalariado e escassez, tradicionais para o materialismo histórico, vêm sendo substituídas por uma atenção maior a variáveis como sexo, idade, status familiar, saúde, identidade étnica, direitos coletivos e reivindicações legais, denominados de fatores do *mundo da vida cotidiana*.

De acordo com esse enfoque, muitas atividades remuneradas pelo salário, se considerados seus conteúdos objetivos e subjetivos, têm hoje, pouca coisa em comum além da palavra *trabalho*. Ao questionar as formas contemporâneas de atividade social designadas como trabalho mas que não possuem uma racionalidade comum nem

partilham características empíricas, OFFE, (1989 b) conclui pela necessidade de se criar um sistema conceitual que ajude a mapear estas regiões da realidade social não determinadas completamente pelas esferas do trabalho e da produção.

Nessa linha, tem sido proposta, no âmbito da Sociologia, uma teoria para descrever a estrutura e a dinâmica das sociedades modernas, não como um antagonismo enraizado na esfera da produção, mas como uma colisão entre os *subsistemas de ação racional-intencional*, mediados pelo dinheiro e pelo poder, de um lado, ao qual se contrapõe o *mundo da vida cotidiana*, que resiste obstinadamente a estes sistemas, e que precisa ser defendido contra abusos econômicos e/ou políticos. (HELLER, 1985; CALDERÓN-GUTIÉRREZ, 1987). Na análise que faz da evolução do trabalho, de seu significado e características no mundo atual, WRIGHT MILLS, (sd) destaca suas repercussões sobre o estilo de vida dos trabalhadores, particularmente nas suas relações com o lazer.

Assim, a fábrica deixa de ser o centro das relações de dominação e o local dos mais importantes conflitos sociais, sendo substituída pelo espaço da vida cotidiana, onde os *modos de vida* tomam o lugar dos modos de produção, dentro do paradigma político de *forma de vida*. Este paradigma, ainda pouco desenvolvido em sua estrutura, atores e princípios racionais, busca suprir estas deficiências com a contribuição da historiografia, da literatura, da política, do jornalismo e da filosofia.

Esta forma de pensar e entender o mundo, parece mais sintonizada com o desafio atual representado pela *sociedade do não trabalho*.

Em 1958, ARENDT, (1987), já chamava a atenção para o *advento da automação, que esvaziaria as fábricas libertando a humanidade do seu fardo mais antigo e natural, o fardo do trabalho e da sujeição à necessidade*.

O processo de globalização, que segundo alguns autores, como SANTOS, (1994), inicia ou marca a entrada no século XXI, ou no terceiro milênio da era cristã, desenha uma nova ordem política e econômica mundial, caracterizada pela mudança na situação política e nos padrões de interdependência econômica, com crescimento e diversificação das demandas sociais, da preocupação com o meio ambiente e profundas transformações culturais.

Este processo sofreu uma aceleração com o fim da Guerra Fria e a quebra da bipolaridade decorrente do enfrentamento de dois modelos antagônicos de sociedade e a virtual eliminação da ameaça de uma guerra nuclear total. (HOBSBAUM, 1993) Por outro lado, multiplicaram-se os conflitos regionais, desencadeados por tensões étnicas e religiosas e surgiram situações novas de exercício da solidariedade e de resgate de valores éticos, em âmbito mundial. Nesse cenário que se desenha, os estados nacionais têm se tornado cada vez menos importantes como unidades políticas capazes de controlar qualquer fenômeno - econômico, sociais, ambientais e tecnológicos, papel que passa a ser ocupado pelas Corporações Transnacionais. A estas se contrapõem organizações sociais autônomas, orientadas pela cooperação, baseadas na democracia, no pluralismo político e na ênfase à participação popular, que buscam a integração de esforços a nível local, regional e internacional, como as Organizações Não Governamentais (ONGs) constituídas a partir dos movimentos de minorias (mulheres, negros, populações tradicionais, entre outras) sindicatos, associações profissionais, de defesa do meio ambiente e eclesiais.

O permanente confronto desses interesses contraditórios, mas complementares, é responsável pela condução do processo de globalização.

Considerando o peso dos interesses econômicos e da produção na determinação desse processo, fica fácil entender suas profundas repercussões sobre o *mundo do trabalho*, particularmente sobre os processos de trabalho, sobre as condições de vida e de saúde dos trabalhadores.

Indiscutivelmente, o agente mais poderoso nesse processo, nesse momento histórico, são as Corporações e Conglomerados Transnacionais, responsáveis pela configuração da produção, comercialização, pelo desenvolvimento tecnológico e as transações financeiras, que vêm adquirindo vida própria, desligando-se da produção de bens e serviços.

As Corporações Transnacionais dispõem de uma cultura organizacional própria, que difere de todas as formas passadas e atuais de produção, com graus e formas variáveis de integração vertical ou horizontal, de modo a obter ou utilizar da forma mais vantajosa, os sistemas de propriedade, o gerenciamento da técnica e da produção em escala. Dispõem de recursos financeiros e humanos que lhes permitem acessar a tecnologia de ponta e a operar em escalas que transcendem fronteiras, a partir de sistemas instantâneos de comunicação e computação.

Assim, a revolução tecnológica, baseada na microeletrônica, na informática, nas telecomunicações, nos transportes, na biotecnologia e nas ciências dos materiais dá o suporte necessário para as intensas transformações dos sistemas de produção, que são viabilizadas pelos recursos financeiros acumulados a partir do surto de desenvolvimento pós-II Guerra Mundial, e nutrido pelas políticas governamentais inflacionárias, tanto nos países do Primeiro Mundo, quanto nos periféricos.

A globalização da economia é controlada e conduzida segundo os interesses das Corporações Transnacionais, que orientam a privatização das empresas públicas, a desregulamentação e a eliminação das taxas de importação, a liberalização dos fluxos de mercado e dos investimentos, ao mesmo tempo em que permitem a execução de estratégias alternativas de desenvolvimento a nível nacional e regional.

As estratégias da globalização incluem os investimentos na forma de associações, consórcio com outros conglomerados em áreas cativas ou de reserva de mercado (NAFTA, EEC, MERCOSUL) e naquelas de alta tecnologia em que os custos

e riscos são muito elevados. A mesma lógica transfere a produção que utiliza tecnologias intermediárias e/ou mão de obra intensiva, a países em que estes custos são baixos, há abundância de matérias primas e que, as restrições legais contra a poluição e degradação do meio ambiente, são mais facilmente violadas. (RATTNER, 1993)

Vista em uma escala mundial, a crescente interdependência econômica gera distúrbios e amplia rupturas. Além do suporte fornecido pelos avanços tecnológicos, a ausência de regras internacionais e de instituições que efetivamente regulem a circulação financeira e comercial contribuem para aumentar as incertezas.

No plano social, são acentuadas as desigualdades e reforçada a dualização crescente entre um mundo rico e internacionalizado e os fragmentos de sociedades isoladas e empobrecidas de outro.

O avanço da industrialização com alta incorporação tecnológica é acompanhada de uma integração seletiva de certos contingentes da população e exclusão de grupos sociais periféricos, que ficam cada vez mais distantes de terem satisfeitas suas necessidades básicas de trabalho, educação, saúde, habitação, segurança e lazer, responsáveis pela qualidade de vida.

A situação é agravada pela dinâmica populacional. Nos países industrializados, as taxas de crescimento populacional caíram de uma média de 0,5% ao ano nos anos 80, para apenas 0,3%, na década de 90, implicando no aumento proporcional da população mais idosa, particularmente no Japão e na Alemanha e do número de dependentes, crianças e velhos por trabalhador, refletindo-se, ainda, em uma maior procura por serviços sociais e nos padrões de consumo.

Nos países periféricos ou chamados em desenvolvimento, apesar da efetiva diminuição, o ritmo de crescimento populacional permanece elevado, em torno de 2%,

configurando uma população jovem, onde é cada vez maior a número de indivíduos expostos ao fenômeno de exclusão social, que provoca ou acentua a migração e urbanização aceleradas.

Outras consequências importantes são representadas pela depredação ambiental e as transformações culturais.

É interessante observar que durante as duas últimas décadas, as preocupações com o meio ambiente têm ocupado as agendas políticas, na esfera nacional e internacional, a partir de uma maior consciência dos limites que a capacidade regenerativa do ecossistema natural impõem às atividades humanas, ou de que, os recursos naturais, a pesca, as florestas, os rios, não são inesgotáveis, e dos limites da capacidade da terra para absorver resíduos, tais como a poluição do ar ou da água, a chuva ácida, os dejetos tóxicos e nucleares. A ameaça à sobrevivência do planeta pelo crescimento de populações miseráveis e do estilo de vida e hábitos de desperdício das populações ricas tem sido objeto de preocupação crescente por parte de inúmeros setores da sociedade.

A Conferência Internacional sobre Meio Ambiente (ECO 92) realizada no Rio de Janeiro, em 1992, endossou a Agenda 21, um programa de ação mundial de amplo espectro de promoção do desenvolvimento sustentável, que implica em profundas modificações de conceitos e práticas referentes ao desenvolvimento econômico e social. Entretanto sua efetiva implementação permanece uma incógnita.

Quanto às transformações culturais, é possível identificar três poderosas forças atuando no cenário: os valores religiosos, como por exemplo o surgimento do fundamentalismo enquanto força motriz de ações econômicas e políticas em muitas partes do mundo; as tensões decorrentes da homogeneização produzida sob a influência dos meios de comunicação de massa, às quais se contrapõem o desejo e esforços de preservação da identidade cultural; e a emergência de temas morais e

éticos na vanguarda das escolhas que se processam em relação às questões referentes ao meio ambiente, distribuição de renda, as novas tecnologias bio-médicas, entre outras.

É importante destacar a destruição de patrimônios culturais, construídos no decorrer dos tempos pelos grupos humanos, em decorrência da rápida mudança de padrões colocados externamente, veiculados pelos meios de comunicação e reforçados pela serialização da mídia. Não se está defendendo aqui a estagnação ou fazendo a apologia da pobreza, da ignorância e de superstições milenares, apenas, o direito da auto determinação dos povos de traçar seus próprios caminhos.

Paradoxalmente, no quadro da globalização, aparece com destaque o fenômeno da valorização local, no âmbito da cultura, em suas diferentes formas de expressão e da produção. Apesar de ainda pouco estudado de forma mais sistemática, pode ser identificado no acirramento dos conflitos tribais e étnicos e nos esforços empreendidos de resgate de hábitos e práticas tradicionais, da organização da produção e do comércio locais, aparentemente na contra hegemonia do global.

Assim, o modelo de organização de produção conhecido como de **produção em série**, conduzida pelas idéias de Adam Smith, revolucionada por Ford, com a introdução das linhas de montagem e por Taylor, através da organização científica do trabalho, que separou a concepção da execução, ou o trabalho intelectual do manual, apesar de largamente distribuído, não é mais hegemônico nos setores de ponta da economia. (SENGERBERGER, 1993).

Esse modo de produzir, que foi responsável por um período de grande prosperidade no pós-guerra, particularmente nos países da Europa e nos Estados Unidos da América definiu uma divisão internacional do trabalho conhecida como norte-sul. Até 1950, as exportações de países denominados eufemisticamente de "em desenvolvimento" consistiam em cerca de 90%, de produtos básicos, matérias primas

e alimentos e os países desenvolvidos monopolizavam a produção e exportação de produtos industrializados.

A partir dessa época, alguns países em desenvolvimento começaram a construir sua capacidade industrial, baseada em investimentos governamentais em infraestrutura e custosas importações de capital e tecnologia, entrando no mercado internacional com preços competitivos, em decorrência dos baixos salários pagos aos trabalhadores.

Simultaneamente outros fatores de natureza técnica, econômica, financeira e culturais contribuíram para a mudança na correlação de forças no cenário internacional, entre eles, o fortalecimento do poder econômico do Japão e da Comunidade Econômica Européia, desafiando a hegemonia americana, a aceleração do progresso técnico e o surgimento do Pacífico Norte como importante área de comércio internacional, levando à intensificação dos fluxos de comércio e investimentos externos, à reorganização dos mercados e o acirramento da competição. (CARVALHO, 1993).

Neste novo contexto a produção e a comercialização passam a ser dominadas por três palavras de ordem: a **racionalidade**, a **fluidez** e a **competitividade**. O mercado dita as normas e a necessidade de um fluxo livre exige que se eliminem as fronteiras e os obstáculos à circulação do dinheiro e das mercadorias.

A competitividade é a senha que permite a conquista de espaços (mercados) crescentes. Segundo SANTOS (1993), a competitividade toma o lugar ocupado, no início do século, pelo *Progresso* e no pós-guerra, pelo *Desenvolvimento*, sendo que, nestes casos, também estavam em jogo questões morais, filosóficas e teleológicas. Já a competitividade basta a si mesma, não necessitando de qualquer justificativa ética, como qualquer outra forma de violência.

Não causa, pois, admiração que uma ordem mundial que se contrói sobre estas bases venha permeada de conflitos, fome, sangue e sofrimento.

A nova divisão internacional do trabalho está associada à distribuição de renda, fazendo com que a separação entre ricos e pobres não se produza mais entre os países, mas entre as classes e níveis de formação e escolaridade. Os pobres estão/estarão em todos os lugares e as classes profissionais capacitadas são/serão as mesmas em todos os lugares e os muito ricos serão os capitalistas internacionais cuja influência desconhece fronteiras e limites geográficos. (STEWART, 1994; OIT, 1994).

A transformação da base técnica da produção a partir da utilização da microeletrônica permitiu a associação da flexibilidade à automação e ampliou o escopo de sua utilização através do crescimento do nível de integração das mais diversas funções produtivas e entre os mercados e na prestação de serviços.

Estas mudanças têm provocado uma verdadeira revolução na **natureza do trabalho e na percepção de seu papel pelas gerências** sobretudo no trabalho produtivo na indústria e nos serviços, obrigando a uma revisão radical do papel do trabalho nas estratégias de produção das empresas.

A difusão das novas tecnologias de produção associadas às novas técnicas de gestão e à progressiva sofisticação tecnológica dos produtos passam a exigir a recuperação da **inteligência da produção**, vista até então como um ruído indesejável na organização taylorista do trabalho.

As conseqüências desse enfoque sobre a quantidade e qualidade do emprego e para a gestão do trabalho são imediatas e radicais. O trabalho *reprofissionalizado* exige maior qualificação da força de trabalho, maior escolaridade dos trabalhadores e alternativas ou estratégias de gestão que levem à cooperação por partes dos trabalhadores.

Assim, a ampliação do conteúdo inovativo do trabalho, em maior ou menor graus, é o eixo comum da mudança dos processos de trabalho industriais e que a percepção dessa importância está na base da revisão das políticas e da gestão e uso do trabalho nos setores mais avançados da economia. (CARVALHO, 1993)

Para fazer face a esta realidade emergente, as empresas têm utilizado estratégias múltiplas, diferenciadas segundo seu porte e seu peso no cenário mundial, mas niveladas na busca da redução dos custos laborais e da inovação.

A intensificação da competição internacional fez com que as grandes corporações e sociedades implementassem políticas de re-estruturação buscando a redução de tamanho, organizando-se em empresas menores com objetivos e administração próprias, e produtos diversificados, que tiveram como consequência imediata a perda de postos de trabalho ou diminuição das oportunidades de emprego.

Além da fragmentação em empresas menores, têm sido adotadas novas tecnologias e novas formas de organizar o trabalho, além de relações de trabalho mais flexíveis e adequadas ao redesenho da produção, entre elas:

- . a substituição da mão de obra pela automatização dos processos;
- . a substituição da produção em massa de bens por uma produção voltada para um mercado mais seletivo, seja de roupa, de aço ou de automóveis;
- . a concentração em atividades de grande valor agregado graças à subcontratação internacional e à subcontratação interna de mão de obra barata, geralmente estrangeiros migrantes e trabalhadores do setor informal;
- . a redução temporária ou permanente dos salários, das prestações sociais complementares e outros elementos que oneram o custo dos produtos;
- . a ampliação das horas de funcionamento ou de trabalho, com a adoção de horários flexíveis;

- . a ampliação de modalidades de emprego atípicas como os contratos de duração determinada, o trabalho em tempo parcial e a subcontratação de empresas de trabalho temporário;
- . a transferência dos centros de produção para áreas ou países com menores custos laborais e fraca atuação sindical;
- . mudanças na natureza do sistema de relações do trabalho, através da negociação de concessões, nos contratos coletivos de trabalho;
- . a liberalização e ou desregulamentação, ou mesmo o abandono total ou parcial de toda forma de regulamentação institucional ou controle coletivo e incentivo ao mercado de trabalho livre;
- . a busca de cooperação entre empresários e os sindicatos de trabalhadores em um esforço comum de busca da re-estruturação e de inovação.

Entre as estratégias de reorganização do sistema de produção e métodos de trabalho, que tiveram forte inspiração no modelo japonês, podem ser lembradas:

- . a reincorporação no conjunto das funções produtivas, da concepção, execução e controle do trabalho;
- . a ruptura das linhas divisórias convencionais entre gerência e trabalhadores propiciando o aumento da participação destes;
- . o redesenho do trabalho, com o enriquecimento do conteúdo das tarefas, exigindo, por sua vez, trabalhadores mais versáteis e polivalentes;
- . investimento na formação profissional dos trabalhadores.

A preponderância do método ou da estratégia depende do setor econômico, mas em síntese, as grandes corporações transnacionais decidem o que deve ser produzido, como, onde, e com que qualidade, vendem a marca e comercializam o modelo, o desenho e o acesso a mercados protegidos.

É importante lembrar que esse processo de revalorização do trabalho coexiste com as antigas formas de produção, com baixa capacitação tecnológica, processos

artesanais e ou mecanizados inspirados, no setor industrial, nos princípios fordistas e tayloristas, sob relações de trabalho diversas, desde o trabalho escravo, distintas formas de parcerias, o trabalho informal e alta rotatividade de mão de obra.

Assim, a possibilidade da libertação das fadigas e penas do trabalho - desejo antigo e persistente na história humana de que se tem registro - ou a extensão de um privilégio, que sempre pertenceu a uma minoria, a um contingente crescente de trabalhadores pelo progresso científico e as conquistas tecnológicas, entretanto, tem se mostrado uma ilusão.

Diante da privação dos meios de subsistência, que chega a ameaçar a sobrevivência, decorrente do desemprego, nos países do terceiro mundo, ou das perdas para a identidade pessoal e o sofrimento psicológico, nos trabalhadores desempregados dos países ricos, onde a seguridade social garante as condições mínimas de vida, a conquista de um tempo livre para o desenvolvimento de outras atividades superiores ou mais interessantes ou a liberação de tarefas penosas e arriscadas tornam-se sem efeito.

Na realidade, o que já se pode observar, constituindo uma preocupação crescente de âmbito mundial, é a possibilidade de uma sociedade de trabalhadores sem trabalho, gerando múltiplos problemas decorrentes da alteração da fonte básica de identidade psicológica, de inserção social e socialização definidas pelo trabalho remunerado, que viabiliza o acesso a bens e serviços e o exercício de direitos de cidadania, produzindo, entre outras conseqüências, novas formas de adoecimento, individual e coletivo e profundas repercussões na vida social.

Entretanto, a mesma situação pode e tem sido enfocada enquanto um desafio ou oportunidade de construção de uma nova sociedade, calcada em valores éticos e estéticos distintos dos atuais. (DRAIBE, 1990 a; GUATTARI, 1990; HERRERA, 1992).

2.1.1.2 Sobre os Trabalhadores

As mesmas dificuldades e complexidade encontradas para conceituar trabalho aparecem em relação ao conceito de trabalhador e podem ser verificadas em um exercício simples, facilmente realizável, de se perguntar a diferentes pessoas, em diferentes contextos: - o que é um trabalhador? Quem é trabalhador? As respostas surpreendem.

Melhor estabelecido é o conceito de **População Economicamente Ativa (PEA)**. Segundo a Organização Internacional do Trabalho (OIT), (1991:8) - *a população economicamente ativa abrange todas as pessoas de ambos os sexos, que aportam a oferta de força de trabalho, para produzir bens e serviços econômicos, definidos pelo Sistema de Contas Nacionais e Balanços das Nações Unidas, durante um período de referência especificado, incluindo toda a produção e tratamento de produtos primários, destinem-se estes ao mercado, a troca ou ao auto consumo, a produção de todos os outros artigos e serviços para o mercado, e em caso de lares que produzam este tipo de artigo ou serviços, a correspondente produção para o próprio consumo*. No Brasil, segundo o IBGE, (1992), a PEA é constituída pelo *conjunto de pessoas, de ambos os sexos, com idade igual ou superior a 10 anos, que procuram trabalho, durante um período de tempo determinado*.

Os conceitos e definições de trabalho, pessoas ocupadas e desocupadas, pessoas economicamente ativas, não economicamente ativas e inativas, trabalho principal e secundário, ocupação, atividade, empregado, empregador adotados, neste texto, para caracterizar a situação brasileira, foram retirados da publicação *Trabalho no Brasil*. (IBGE, 1993).

A PEA pode ser medida pela *População Habitualmente Ativa*, medida em relação a um longo período de referência, por exemplo, um ano e *População Correntemente*

Ativa ou *Força de Trabalho*, medida em relação a um curto período de referência, como um dia ou uma semana.

Outra distinção importante, na PEA, refere-se à sua inserção no setor de trabalho, se formal ou informal. A literatura científica, erudita e popular é pródiga em descrevê-la. A "carteira assinada" ou documento equivalente, se confunde, em nosso meio, com a própria identidade dos indivíduos, separa os cidadãos dos não cidadãos, os que têm direitos, dos excluídos e marginais. (RAGO, 1985; KOWARICK, 1987).

Acompanhando as tendências mais recentes do trabalho na sociedade contemporânea, o conceito de *classe trabalhadora* tem perdido sua capacidade designativa. Segundo BRAVERMAN (1987:31), ele nunca designou claramente um conjunto de pessoas, mas, um processo social. Uma análise interessante do tema é apresentada por CALDERÓN & JELIN (1987).

Segundo a definição marxista clássica, que toma por base a relação dos trabalhadores com os meios de produção, *classe trabalhadora* ou *classe operária* designa aqueles que não possuem os meios de produção e necessitam vender a sua força de trabalho aos que os detêm.

A evolução dos processos de trabalho e da organização social do trabalho têm determinado o surgimento de uma categoria denominada *nova classe trabalhadora*, referindo-se a trabalhadores que desempenham um trabalho qualificado, mais bem remunerado, ou ocupações que são novas no sentido de que foram recentemente criadas ou ampliadas e que trazem também contido no seu léxico, suposto avanço e superioridade em relação ao antigo. (BRAVERMAN, 1987).

Apesar da polêmica que cerca o tema, a *classe trabalhadora* continua sendo considerada, pelos marxistas, como a mais poderosa força política para a transformação radical da sociedade. (BOTTOMORE, 1988:66)

A consciência de classe ou a idéia da existência social e política *por si* da classe trabalhadora tem sido muito valorizada no enfoque da Saúde do Trabalhador. Ao visualizar o interior do processo capitalista de produção enquanto um espaço de estratégias, tanto dos empregadores, que têm a precedência e buscam o controle sobre o capital morto e vivo, mas também dos trabalhadores que têm no seu saber e no coletivo, as bases de sua força e capacidade de resistência, torna-se possível entender o protesto e submissão, a rebeldia e a integração, a percepção como classe ou a alienação da sua própria existência, de acordo com as forças atuantes e os conflitos da vida social e política, (Le VEN, 1988). Assim, *a consciência de classe* permite que se convertam em ator no palco histórico. (HOBBSAWM, 1987:35).

Ao considerar o trabalhador enquanto **ator social** ou autor de sua própria história - *pessoa que individualmente ou em pequenos grupos pode provocar acontecimentos* (HOBBSAWM, 1987) e **sujeito** (tomando emprestado o belo conceito-imagem formulado por GUATTARI (1990:17), de que *o sujeito não é evidente: não basta pensar para ser, como proclamava Descartes, já que inúmeras outras maneiras de existir se instauram fora da consciência, ao passo que o sujeito advém no momento em que o pensamento se obstina em apreender a si mesmo e se põe a girar como um pião enlouquecido, sem enganchar em nada dos territórios reais da existência, os quais, por sua vez, derivam uns em relação aos outros como placas tectônicas sob a superfície dos continentes*), a Saúde do Trabalhador introduz uma profunda mudança na relação que se estabelece entre o médico e o paciente e/ou entre o usuário e o serviço de saúde, como será visto posteriormente.

Um desafio, recentemente colocado, é o de conceituar trabalhador na *sociedade do não trabalho*. Nesta perspectiva, o conceito de trabalhador - *força de trabalho em ação* (MARX, 1983), perde sua capacidade de designação, necessitando ser revisto e/ou superado.

As mudanças na natureza do trabalho, nos processos de trabalho e nas relações sociais de trabalho fazem surgir conflitos que atuam tanto no sentido de integrar agentes sociais opostos, quanto de transformar padrões na consciência e na prática dos indivíduos trabalhadores. (NEDER, 1991)

Mantida a tendência atual, alguns estudos têm demonstrado que no início do próximo século, apenas 25% da população economicamente ativa seria de trabalhadores permanentes, qualificados e protegidos pelas legislação, 25% de trabalhadores estariam nos chamado setores informais pouco qualificados e desprotegidos e 50% dos trabalhadores estariam desempregados ou sub empregados, em trabalhos sazonais, ocasionais e totalmente desprotegidos. (GORZ, 1988).

As repercussões do processo de globalização da economia sobre as condições de vida e saúde dos trabalhadores, assim como as estratégias de resistência e enfrentamento que desenvolvem, vão variar em função de qual trabalhador a que se está referindo, em que setor da economia está inserido, seu nível de escolaridade, e organização, que lhe confere um poder diferenciado de barganha.

Uma consequência comum a todos os trabalhadores, qualificados ou não, com altos níveis de escolaridades ou analfabetos, residentes no primeiro, terceiro ou quarto mundo é a ameaça presente do desemprego gerado pela supressão dos postos de trabalho.

Mas terminam aí as coincidências, uma vez que o nível de consciência do problema, as alternativas para o seu enfrentamento e a garantia de condições mínimas de vida propiciadas pelo Seguro Social são muito diferentes.

No plano individual, essas mudanças têm produzido efeitos graves sobre os que já perderam o emprego, sobre aqueles que se sentem ameaçados de o perder ou para

os jovens que antevêm as dificuldades para conseguir trabalho, a despeito de sua qualificação ou escolaridade.

Têm sido descritos, cada vez com mais freqüência os quadros de sofrimento psíquico e os desdobramentos na esfera da violência e dos mecanismos de fuga, através do abuso de drogas, relacionados ao fantasma do desemprego. LAHELMA (1984) chama a atenção para o fenômeno do desemprego enquanto um problema de saúde pública.

É indiscutível que essa transição rápida de uma sociedade do trabalho, que cultivou seu culto por séculos, atrelando a própria identidade dos indivíduos à sua profissão, para a sociedade do não trabalho está causando um tipo de patologia social, de dimensões ainda pouco conhecida e que em um primeiro momento ainda deixa perplexos e paralisados os trabalhadores, que sonham com alternativas de reversão deste quadro.

No mundo desenvolvido os trabalhadores têm feito coro aos empresários, pressionando os governos pela criação de barreiras às importações, de modo a proteger a indústria nacional e o emprego e lutado pela ampliação das ajudas oficiais. Exigem a adoção de medidas que dificultem a mobilidade do capital e os investimentos em países onde os custos laborais são mais baixos.

Outra estratégia utilizada consiste em contribuir para a elevação dos custos empresariais em outros países, através de uma organização em escala internacional e apoio técnico e político às iniciativas de trabalhadores nos países em desenvolvimento e em campanhas de negociação internacional.

As repercussões desse processo sobre os países pobres, com uma economia de base agrícola, não são menos cruéis. Geralmente, são, também, os países mais populosos e seus trabalhadores estão submetidos a condições de trabalho muito duras, com baixa incorporação tecnológica e ausência de condições mínimas de vida,

traduzidas em alimento, saneamento básico, educação, moradia e serviços de saúde. Situam-se na periferia do sistema, com perspectivas de verem agravada sua situação de exclusão, sofrendo por acréscimo, os efeitos dos conflitos localizados que multiplicam-se no mundo globalizado, como por exemplo, a situação dramática vivenciada pela população de Ruanda ou da Bósnia.

Nos países subdesenvolvidos que conseguiram, à custa de enormes sacrifícios sociais, colocarem-se no caminho da industrialização, a situação dos trabalhadores não é melhor. Apesar das conquistas realizadas e da existência de setores de ponta na economia em países como o Brasil e o México, a grande massa de trabalhadores é constituída por indivíduos desqualificados ou semi-qualificados, que têm pouca ou nenhuma escolarização, recebem baixos salários, incompatíveis com o suprimento das necessidades mínimas, não têm estabilidade no trabalho e sofrem a insegurança social, em um cenário no qual a questão do trabalho das crianças e das mulheres se apresenta ainda mais grave e injusta. Nessas sociedades a população trabalhadora está se deslocando rapidamente do setor primário da produção para o terciário, saltando uma etapa que foi vencida pelos trabalhadores europeus e americanos e que cumpriu uma função importante para a sua organização e constituição enquanto classe e para a obtenção de conquistas ao longo dos tempos.

Por outro lado, a experiência de países recentemente industrializados, entre os quais se incluem os *Tigres Asiáticos* mostra que há oportunidade de crescimento econômico, de aumento da produtividade e das oportunidades de trabalho e elevação dos níveis de consumo, mas não estão bem avaliados os custos sociais e culturais deste *progresso*, sua sustentabilidade e duração.

Finalizando, é importante destacar que os trabalhadores não constituem um grupo homogêneo, formado pelo somatório de indivíduos que trabalham, mas sua heterogeneidade é definida pela inserção no processo produtivo, pela posição que cada grupo ocupa frente aos meios de produção e pela forma de participação na

apropriação e transformação da natureza em uma determinada forma de organização social (FACCHINI, 1994 b).

Além de definir um modo de vida e por consequência um perfil de saúde-doença, essa heterogenidade se reflete no nível e grau de "consciência", desdobrando-se em formas diferenciadas de enxergar e intervir nas questões da vida como um todo, particularmente nas da saúde em sua relação com o trabalho.

Na perspectiva de entender para transformar, torna-se, pois, necessário prosseguir na reflexão que leve a um melhor conhecimento do duplo papel do trabalho, na forma pela qual vem sendo organizado nas sociedades humanas, de ensinar o desenvolvimento dos homens, traduzido no aumento da expectativa e da qualidade da vida - vive-se cada vez mais e melhor, apesar das desigualdades inaceitáveis - e de causar doença e morte dos trabalhadores.

É cada vez mais difícil e inadequado falar de um *mundo do trabalho*, que pertence à esfera da fábrica e um *mundo fora do trabalho*. O mundo é um só e os trabalhadores existem, neste mundo, transformando e sendo transformados por ele, com um *modo de viver* ou *modo de andar a vida* (TAMBELLINI-AROUCA, 1975) determinado historicamente, definido socialmente e diferenciado por classes sociais.

Este *modo de viver* se expressa em um adoecer e morrer cada vez mais comum, que resulta, como um amálgama, da interação de processos de trabalho distintos e um conjunto de valores, crenças e idéias. (DIAS, 1993 a).

2.1.2 Processo Saúde-Doença em sua relação com o Trabalho

Foge aos objetivos deste texto um estudo circunstanciado dos conceitos de saúde e doença, sua evolução e os modelos explicativos desenvolvidos ao longo dos tempos, acompanhando os distintos marcos referenciais da Ciência. Inúmeros

estudiosos, tem-no feito com mais propriedade, na perspectiva de resgatar, na evolução histórica, explicações para fenômenos atuais, e alternativas de intervenção, entre eles TEMKIN, 1973; BARATA, 1978; GARCIA, 1989 a; CASTELLANOS, 1990; BREILH, 1991; PAIM, 1992; FACCHINI, 1993 a.

O conceito de Saúde formulado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) - **estado de completo bem estar físico, mental e social e não apenas ausência de doença** tem sido objeto de grandes controvérsias. Uns o defendem enquanto utopia a ser buscada, outros apontam para sua inadequação e equívoco. (WYLIE, 1970; FORATTINI, 1976; BARONDESS, 1979; TONEY *et al.*, 1984).

O objetivo colocado para a meta "Saúde para Todos até o ano 2000", segundo o glossário de termos preparado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), (1984:11), para subsidiar os governos na formulação de estratégias nacionais: ... *um nível de saúde que lhes permita levar uma vida social e economicamente produtiva*, revela um conceito de saúde ou de um *nível mínimo de saúde* funcionalista, suficiente, apenas para permitir aos indivíduos trabalhar e participar produtivamente na vida social da comunidade em que vivem.

Esta visão de saúde difere de outras, mais abrangentes, que contemplam distintas dimensões da vida dos indivíduos e da comunidade, como a definição simples, porém profunda de DEJOURS (1986:9): - *saúde é quando ter esperança é permitido*.

A multiplicidade de conceitos é reveladora da complexidade intrínseca ao tema e da diversidade de enfoques produzidos por distintas visões de mundo. Uma importante contribuição à abordagem epistemológica da questão tem sido desenvolvida, no Brasil, pelos trabalhos de ALMEIDA FILHO (1989) e ALMEIDA FILHO & ROUQUAYROL (1992).

No âmbito legal, cabe assinalar o conceito de saúde e o enfoque do direito a saúde presentes na Constituição Federal e na legislação brasileira. BORJA (1989), em estudo preparado por solicitação da Organização Pan Americana de Saúde (OPS), apresenta uma interessante retrospectiva do assunto destacando que *a saúde é um bem social protegido em seus diferentes aspectos pela ordem jurídica positiva vigente no Brasil, tanto pela Constituição como pelas normas de distinta natureza e diversa hierarquia.*

Especificamente, sobre o adoecer e morrer dos trabalhadores, as observações, explicações e intervenções sobre os fenômenos seguem os mesmos marcos referenciais acima mencionados e serão melhor detalhados quando da caracterização da área temática da Saúde do Trabalhador.

O vertiginoso processo de mudanças socio-econômicas e políticas, de âmbito mundial, marcado pela industrialização acelerada da produção, sustentada pela transformação do conhecimento científico em tecnologia e pela informática, tem ensejado a transnacionalização da economia e a diluição dos Estados nacionais. A expansão dos meios de comunicação de massa e a serialização da mídia, transformam o planeta em uma *aldeia global*. O crescimento demográfico associado a uma urbanização crescente, entre outros fatores da vida moderna, são responsáveis por uma mudança substancial no viver dos homens, individual e coletivamente.

Entre as conseqüências dessa universalização do mundo, mantidas as desigualdades, observam-se a deterioração da qualidade de vida decorrente da poluição e degradação ambiental, o empobrecimento das relações humanas, a burocratização excessiva, a concentração do poder econômico e político e a violência sob múltiplas formas.

Essas mudanças se manifestam, ainda, no perfil demográfico e nosológico da população e no aumento crescente dos custos operacionais da atenção à saúde, que

as fontes provedoras de recursos têm se mostrado incapazes de cobrir, decorrentes do aumento da população a ser atendida e da complexidade dos procedimentos impostos.

Por outro lado, observa-se uma evolução ou (r)evolução silenciosa na sociedade, neste final de século. Sutil, embora radical, perpassa amplos setores da chamada "vida moderna", modificando a visão de mundo e as propostas de intervenção sobre ele, abrindo perspectivas de revisão dos atuais sistemas de valores, fundamentadas em uma nova ordem ético-política e estética. (GUATTARI, 1990).

Na área da Saúde, este processo de mudança pode ser percebido a partir de múltiplas manifestações voltadas, na essência, para a busca de uma (re)conceituação da saúde e da doença e de alternativas de intervenção sobre esses processos, em direção a uma vida quantitativa e qualitativamente melhor, acessível a *todos* os homens e mulheres. (SABETTI, 1991; NUNES, 1992 b).

Neste contexto, no início dos anos 70, profissionais de saúde, entre eles um grupo de sanitaristas latino-americanos, retomaram a abordagem do processo saúde-doença enquanto um processo social, na perspectiva do materialismo histórico e dialético, propondo o *modelo explicativo da determinação social*. A premissa básica adotada pelo grupo é a de que a posição de classe explica melhor a distribuição da saúde e da doença e os perfis de morbi-mortalidade em uma determinada sociedade do que o simples fato biológico. Este referencial tem permitido a denúncia da inequidade e ineficácia das políticas públicas na distribuição de serviços de saúde, apesar dos avanços tecnológicos observados.

NUNES (1983; 1985 a), apresenta uma interessante retrospectiva do processo de construção desse conhecimento, reunindo e organizando a expressiva colaboração dos principais pesquisadores que têm trabalhado a questão. Em NUNES (1992 a), retoma o tema e o atualiza.

Sobre o surgimento e o desenvolvimento da construção do modelo explicativo da determinação social do processo saúde-doença, na América Latina, constituem referências obrigatórias, entre outras, os trabalhos de AROUCA, (1975), TAMBELLINI-AROUCA, (1975), DONNANGELO & PEREIRA, (1979); TAMBELLINI-AROUCA, (1978); NUNES, (1983; 1985 b; 1988; 1989; 1992 a); LAURELL, (1978; 1981; 1983; 1985; 1991); GONÇALVES, (1979); POSSAS, (1981); GARCIA; (1989 a, b, c); BREILH & GRANDA, (1986); OLIVEIRA & TEIXEIRA, (1986); LAURELL & NORIEGA, 1989; BREILH, (1991).

Entre as contribuições importantes do chamado *modelo da determinação social*, para o entendimento e a intervenção sobre os problemas de saúde, estão *a comprovação do caráter social do processo saúde-doença, a reconstrução do objeto de estudo da epidemiologia como um processo coletivo e a estruturação de uma nova proposta de determinação sustentada por uma teoria social*. (FACCHINI, 1993 b).

Ao considerar a historicidade do processo saúde-doença e sua determinação econômica e política o *modelo explicativo da determinação social*, abre novas perspectivas para o desvelamento de agravos à saúde e para o planejamento, execução e avaliação das ações de saúde, tanto a nível dos Serviços de Saúde, quanto para a formulação de políticas para o setor. (NUNES, 1992 a; ALMEIDA FILHO & ROUQUAYROL, 1992; MINAYO, 1992).

É interessante destacar que, para o *modelo da determinação social*, o trabalho é a categoria central para a explicação da vida e morte dos seres humanos (GARCIA, 1989 c), estabelecendo, assim, as bases para o recorte da área temática da Saúde do Trabalhador.

Segundo essa teoria, a explicação para o adoecer e morrer dos trabalhadores está baseada no significado cultural, político e econômico que a sociedade atribui aos seus corpos e da observação de que os fenômenos biológicos têm uma dimensão

social. O corpo deixa de ser visto apenas como um agregado de células, formando órgãos e sistemas, mas é considerado em suas relações com a Natureza e com os outros homens, na sua capacidade de criar e recriar-se, através do *Trabalho*.

As formas pelas quais as sociedades identificam e explicam seus problemas de saúde-doença e se organizam para enfrentá-los podem ser definidas pelo seu caráter histórico e sua dependência de determinantes estruturais, políticos e ideológicos.

2.1.3 Saúde Pública e Saúde Coletiva

No campo das práticas sociais desenvolvidas pelas sociedades, mediadas pelo Estado, para fazer face aos problemas de saúde dos indivíduos e da população, conforma-se a Saúde Pública.

Segundo a definição clássica, Saúde Pública: *é a ciência e a arte de evitar doenças, prologar a vida e desenvolver a saúde física, mental e a eficiência, através de esforços organizados da comunidade, para o saneamento do meio ambiente, o controle das infecções na comunidade, a organização de serviços médicos e paramédicos para diagnóstico precoce o tratamento preventivo de doença e o aperfeiçoamento da máquina social que irá assegurar a cada indivíduo, dentro da comunidade, um padrão de vida adequado à manutenção da Saúde.* (WINSLOW, apud LEAVELL & CLARK, 1976).

Na atualidade, este conceito, tem sido questionado por inúmeros autores, entre eles, BRESLOW, (1990); MOSLEY, JAMISON & HENDERSON, (1990); GREEN & KREUTER, (1990); BODSTEIN, (1992); FRENK, (1993), convergindo na sua incapacidade de refletir ou "dar conta" da dinamicidade e radicalidade dos processos de mudanças no contexto social, econômico e político mais geral, relacionados com a saúde.

É interessante assinalar que a Saúde Pública moderna sempre esteve identificada com o Estado, nascendo enquanto uma atividade estatal, com objetivos e métodos modelados pelas prioridades da política social. Suas características básicas são a ênfase nos procedimentos de prevenção e uma abordagem que enfatiza o coletivo ou a comunidade, em vez dos indivíduos. A Saúde Pública concebe a *comunidade* sobretudo em termos políticos, como a população que pertence a um determinado Estado, definida pelas suas fronteiras, e está sob a jurisdição de um governo local, regional ou nacional.

O movimento da Saúde Coletiva tem como substrato o questionamento das bases teóricas e das práticas da Saúde Pública para explicação e intervenção sobre as condições de vida e saúde das populações; a crescente consciência social de que a luta da saúde integra a luta de construção da cidadania e a incorporação, por parte de setores de governos instituídos, da dimensão política da questão saúde. (DONANGELO, 1983; DONANGELO & PEREIRA, 1979; MAGALDI & CORDEIRO, 1983; NUNES, 1983).

Assim, o enfoque da Saúde Coletiva surge da tentativa de busca de uma explicação para o fenômeno saúde-doença e de alternativas mais efetivas de intervenção, através da incorporação de conceitos e métodos das ciências políticas e outras áreas das ciências sociais, como a educação, nutrição, serviço social, a sociologia e antropologia, na perspectiva do materialismo histórico e dialético. (NUNES, 1985; 1992).

No Brasil, a Associação Brasileira de Pós Graduação em Saúde Coletiva - ABRASCO, criada em 1979, tem desempenhado um importante papel no desenvolvimento dessa área estimulando o debate, o intercâmbio de experiências e o apoio a grupos emergentes, numa perspectiva nacional e integradora. (BUSS, 1988).

O objeto da Saúde Pública reduz o *público* à política de prevenção proposta pelo Estado e distingue-se da Saúde Coletiva, pelos pressupostos desta, quanto ao direito à saúde, a visão de processo histórico, e a atribuição de responsabilidades diferenciadas pela saúde dos indivíduos e do coletivo. O termo *Saúde Pública consagra uma dimensão reducionista de direção e intervenção do Estado numa área social, mais ampla e complexa do que a definida pelas práticas sanitárias oficiais*. Já a *Saúde Coletiva integra um movimento ampliado que redefine o conceito de Saúde/Doença e de Estado Ampliado, busca mudanças qualitativas e conquistas sociais de base, para a maioria da população, que inclui um processo de revisão e avaliação do sistema de saúde, considerado defasado das necessidades e aspirações da população*. (MINAYO, 1992:80).

É interessante destacar, no mesmo texto, a afirmação feita pela autora de que, no âmbito da Saúde Coletiva, o subsistema que maior ênfase tem merecido, na abordagem histórico-estrutural, é a *Saúde do Trabalhador*, utilizando a categoria *processo de trabalho*, visto a partir das unidades de produção e numa perspectiva histórica, como o determinante central do desgaste e do quadro de morbidade dos trabalhadores.

O resgate da trajetória da Saúde Pública no Brasil, no período de 1889 a 1978, a partir dos acontecimentos no estado de São Paulo, foi objeto de recente estudo histórico e análise crítica realizados por IYDA (1994), representando uma contribuição importante para o entendimento dessa questão.

O quadro de saúde das populações, na perspectiva da globalização, vem se alterando, rapidamente, no mundo. Por um lado, a ciência e a tecnologia contribuem para a melhoria das condições de vida dos indivíduos, traduzida pelos indicadores como, por exemplo, o aumento da expectativa de vida ou a diminuição da mortalidade infantil. Apesar das profundas desigualdades, sem dúvida, vive-se mais e melhor.

Por outro lado, não se pode mais falar de um padrão de morbi-mortalidade típico de primeiro mundo, caracterizado pelas chamadas doenças crônico-degenerativas e danos causados pela violência e um padrão de terceiro mundo, marcado pelas doenças infecto-contagiosas e carenciais. Ambas estão presentes e distribuídas não mais por critérios geográficos, mas segundo as classes sociais, em todo planeta.

Na perspectiva de buscar uma abordagem mais adequada ou sintonizada com a realidade atual na região das Américas, a OPS vem promovendo, a partir de 1990, uma série de iniciativas no sentido de estimular o debate buscando se não a superação, pelo menos a explicitação dos impasses. (VIEIRA, 1990). O documento *La crisis de la salud pública: reflexiones para el debate* sintetiza muitas das idéias em discussão e constitui referência fundamental para um maior aprofundamento do tema. (OPS, 1992 e).

Na mesma linha de preocupação pode ser incluída a *Declaração de Quito*, documento resultante da Reunião Andina sobre o Desenvolvimento da Teoria e Prática da Saúde Pública, realizada em setembro de 1993. Os participantes da Reunião, além de se posicionarem diante da realidade dramática de vida e saúde da população sul-americana, reconhecem a importância, o papel social, o potencial e as deficiências enfrentadas pela área da Saúde Pública e convocam sanitaristas, trabalhadores de saúde e os movimentos sociais organizados da Região para *refazer as relações essenciais da Saúde Pública com as diferentes instâncias sociais, abrindo a possibilidade de uma ampla ação política no campo da saúde*. (DECLARAÇÃO DE QUITO, 1993).

As relações entre a Saúde Pública/Saúde Coletiva e a Saúde do Trabalhador, particularmente na constituição dos Programas de Saúde do Trabalhador têm sido estudadas, entre outros por KEHOE, (1961); VÉZINA, (1978); FANTINO *et al.*, (1982), em nosso meio, por FREITAS, LACAZ & ROCHA, (1985); MENDES & DIAS, (1991)

e serão objeto de uma análise mais aprofundada, ao se tratar da atenção à saúde dos trabalhadores na rede de serviços de saúde.

Deve ser destacado que o movimento da Saúde Coletiva, em nosso país, guarda estreitas relações com o movimento da Reforma Sanitária brasileira, aspecto que tem sido alvo de estudo, pesquisa e de reflexão sistemáticas por parte de alguns grupos de investigação, entre eles, do Núcleo de Estudos Político-Sociais em Saúde (NUPES), vinculado ao Departamento de Administração e Planejamento da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), no Rio de Janeiro, do Núcleo de Estudos de Políticas Públicas (NEPP) da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), em Campinas, do Instituto de Medicina Social (IMS) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ); do Núcleo de Estudos de Saúde Coletiva e Nutrição (NESCON) da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e no Instituto de Economia Industrial (IEI) da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ).

É interessante observar que, na análise do processo em curso, vêm sendo incorporadas questões amplas e complexas como a tensão homem x natureza e necessidade; a relação razão x conhecimento e poder; democracia, ética, comunicação e autonomia; vistos na perspectiva da saúde, onde o ponto central/crucial não é mais o coletivo x individual, mas o lugar do sujeito na construção do coletivo. (FLEURY, 1992a).

2.1.4 Sistema de Saúde e Atenção à Saúde

Finalizando a abordagem, ainda que superficial, de alguns dos conceitos considerados importantes para a conformação da área temática da Saúde do Trabalhador, cabe destacar o que se entende por sistema de saúde e atenção à saúde, referenciados à realidade brasileira.

2.1.4.1 Sobre o Sistema de Saúde

De modo simplificado pode-se dizer que, um Sistema de Saúde é expressão da Política de Saúde definida no âmbito do conjunto de Políticas Sociais e representa a intervenção do Estado nas questões sociais, que decorre de uma relação de direito positivo entre o cidadão e o Estado. (FLEURY, 1992 b).

Para se analisar as respostas que uma dada organização social oferece às necessidades de saúde de seus membros é necessário conhecer cada um desses elementos e as relações que se estabelecem entre eles. Um ponto de partida é o conceito ou concepção de Estado e seu modo de lidar com a questão da saúde. (DEPPE, 1988; REIS, 1985).

Ao considerar a saúde enquanto direito de cidadania, incluída no conjunto de direitos atribuídos ao indivíduo frente ao Estado Nacional, o Estado Capitalista tenta minimizar os efeitos destrutivos desse modo de produção sobre os indivíduos e coletivos humanos. Assim, a saúde se torna um *locus* privilegiado de expressão da contradição Capital e Trabalho. (FLEURY-TEIXEIRA, s.d.; LEITE, 1991).

Após a II Guerra Mundial, nas sociedades capitalistas ocidentais, particularmente nos países denominados *centrais*, as políticas sociais ou os sistemas de proteção social tomaram a forma do *Welfare State*, apresentando muitas semelhanças quanto às áreas e os conteúdos dos programas incluídos (programas previdenciários, assistenciais e de saúde) mas, diferenças quanto às formas de intervir sobre os problemas, entre elas, a cobertura da população e os mecanismos de financiamento. (ELLING, 1980; VIANNA, 1991).

Apesar dos questionamentos feitos por setores sociais progressistas, o modelo do *Welfare State* funcionou por algum tempo até entrar em crise nos anos 80, tanto por sua inviabilidade econômica-financeira, quanto pelo desvelamento crescente da

pobreza e desigualdade social que não conseguiu "resolver", mesmo nos países industrialmente mais avançados. (NAVARRO, 1987)

Para a execução dos direitos sociais, o Estado necessita adequar o aparelho institucional, colocando-o sob o controle democrático da sociedade. Esta questão tem desafiado estudiosos e responsáveis pela *formulação-implementação* de políticas sociais a buscar novos paradigmas que a orientem. (MEDEIROS & BRANDIÃO, 1990).

O estudo das políticas de saúde, no Brasil, tem sido objeto de uma extensa produção escrita enfocando:

- . aspectos conceituais mais gerais (FLEURY-TEIXEIRA, 1984; MÉDICI, 1989; COUTINHO, 1989; DRAIBE, 1990a);
- . sua evolução histórica (BRAGA & GOES de PAULA, 1981; COSTA, 1986; LUZ, 1979 e 1991; COHN, 1981; VILAÇA MENDES, 1993b; MÉDICI & MARQUES, 1994);
- . o quadro atual (DRAIBE, 1990b; DRAIBE, VIANA & SILVA, 1990; VIANNA, 1991; FLEURY, 1992b; TEIXEIRA, 1992; VILAÇA MENDES, 1992; QUEIROZ & VIANNA, 1992); entre outros, constituindo um referencial para se entender a realidade e as perspectivas que se colocam para o futuro, incluindo a questão da saúde dos trabalhadores.

Nos anos 80, a conjuntura da redemocratização e uma séria crise econômica e social, fizeram com que a política social ganhasse destaque no cenário nacional brasileiro. Nesse processo, alguns setores sociais atribuíram ao Estado, a capacidade de realizar funções redistributivas e equalizadoras através das políticas sociais. Na análise que faz desse período, VIANNA (1991) chama a atenção para a abordagem otimista do *Welfare State* brasileiro, que esqueceu ou minimizou a importância de mudanças estruturais para a melhoria de vida da população, identificando a área social como um campo singular, passível de sofrer modificações significativas a partir de uma (adequada) intervenção estatal.

Essa concepção de política social, assumida pela Nova República, alimentou os projetos de cunho social no processo Constituinte. Como consequência, podem ser observados na Constituição Federal de 1988 grandes avanços no que se refere à Ordem Social, particularmente, à Seguridade Social, conceito até então inexistente. (BRASIL, 1989).

Assim, a Seguridade Social, *compreendendo um conjunto de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da Sociedade, destinados a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social*, estendeu a cidadania e institucionalizou o Estado de Bem Estar Social no país. Entretanto, passados quase seis anos da promulgação da Constituição, é possível observar que os avanços inscritos no texto Constitucional estão muito distantes da realidade social. Esta constatação é explicada por PRZEWORSKI, (s.d), como parte de um jogo ou de uma catarse, própria de alguns contextos socio-políticos, nos quais certas conquistas sociais são "permitidas" pelos setores hegemônicos, sem que haja, desde o início, compromisso para com o seu cumprimento.

O Sistema de Saúde pode ser definido como *um todo coerente, composto de muitas partes ou componentes relacionadas entre si, tanto setoriais como intersetoriais, incluindo a própria comunidade, que produzem um efeito combinado sobre a saúde de uma população*. (OMS, 1984).

Assim, o Setor ou Sistema de Saúde pode ser considerado uma das entidades mais complexas da organização social, surgida em resposta às necessidades de saúde de uma determinada população, em um processo lento, secular, a partir de elementos múltiplos e variados como as crenças, a ciência, fatores comerciais e outras forças sociais, sem um planejamento deliberado ou sistemático.

Ao se considerar as finalidades do Sistema de Saúde, esta complexidade fica reforçada pelas relações estreitas que apresenta com diversos outros setores sociais

(economia, agricultura, indústria e comércio, ciência e tecnologia, educação, saneamento, habitação, entre outros), mais importantes na definição do quadro de saúde-doença da população que o próprio sistema de saúde.

A configuração básica de um Sistema de Saúde pode ser resumida em cinco componentes principais, (KLECZKOWSKI, ROEMER & DER WERFF, 1984):

- . *recursos de saúde* (pessoal, serviços, equipamentos, insumos e conhecimento sobre saúde);
- . *disposição ordenada de recursos* (incluindo autoridade sanitária, programas de seguro médico, ou de seguridade social, oficiais ou públicos, privados e beneficentes);
- . *prestação de atenção à saúde*, (abrangendo atividades de promoção da saúde, preventivas, curativas, de reabilitação e assistência médico-social aos incapacitados);
- . *apoio econômico ou financiamento das ações*;
- . *gestão* (compreendendo a direção, a tomada de decisões e a regulamentação).

No caso brasileiro, o movimento da Reforma Sanitária propôs o reordenamento desses elementos na perspectiva da construção do Sistema Único de Saúde (SUS), enquanto um processo social, pautado pelos princípios da universalidade, equidade e integralidade das ações, organizado segundo as diretrizes de unicidade, descentralização, racionalidade e participação dos usuários. (FLEURY-TEIXEIRA, 1988; RODRIGUEZ NETO, 1990; VILAÇA MENDES, 1992 c). O rico processo social de discussão, elaboração e negociação da proposta, que culminou com a sua inserção no texto constitucional, está registrado em inúmeros trabalhos, publicações livros-textos, entre outros, ESCOREL (1987) e VILAÇA MENDES (1993 b).

A partir da promulgação da Constituição Federal e da regulamentação do SUS, através da Lei Orgânica da Saúde (LOS) Nº 8.080/90 (BRASIL, 1990), colocou-se o desafio de sua implementação. Apesar dos esforços empreendidos a nível federal, estadual e municipal do Sistema, ainda que localizados e sem um efetivo envolvimento

institucional, o quadro atual tem sido marcado pela *universalização excludente*, onde os que têm poder de compra optam pelo mercado e aos pobres são oferecidos serviços racionados (VIANNA, 1991).

Uma extensa produção técnico-científica registra diferentes análises e discussões sobre a formulação e implementação do SUS, entre elas:

- . a concepção teórica da proposta e o processo de formulação política (BERLINGUER, FLEURY-TEIXEIRA & CAMPOS, 1988; FLEURY-TEIXEIRA, 1989; CAMPOS; MERHY & NUNES, 1989; GALLO, RIVERA & MACHADO, 1992; FERREIRA, 1993);
- . o modelo assistencial (CAMPOS, 1992; VILAÇA MENDES, 1993d);
- . o financiamento (FELIPE, 1988; CARVALHO, 1992; SANTOS, 1992; OLIVEIRA JUNIOR, 1992; MELAMED & RIBEIRO, 1993);
- . os recursos humanos (PAIM, 1993; BRASIL/MS, 1993b);
- . a participação e controle social (RODRIGUEZ NETO, 1992; CUNHA, 1993);
- . a equidade, considerada hoje, como o maior desafio enfrentado pelos Sistemas de Saúde (KADT & TASCA, 1993).

A IX Conferência Nacional de Saúde realizada em Brasília, em 1992, reiterou a proposta constitucional de implantação do SUS e a estratégia da descentralização e municipalização para sua implementação. (BRASIL/MS, 1993a).

Seguindo esta orientação, o Ministério da Saúde estabeleceu, através da Portaria MS Nº 545, de 20/5/93, as normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica (NOB)-SUS, 01/93. (BRASIL/MS, 1993c).

A par das críticas generalizadas e da visão pessimista, que transparece na abordagem da situação atual, é possível reconhecer algumas mudanças e avanços no processo e que, muitas vezes, a imersão no problema não permite identificar. Ainda

que de modo parcial, fragmentado e disperso, em uma realidade em mosaico como a brasileira, podem ser identificadas iniciativas que avançam na direção da construção do SUS, tanto a nível central, estadual, e em alguns municípios onde, apesar das adversidades, têm sido implementados projetos inovadores, permitindo concluir pela irreversibilidade de pelo menos parte da proposta, conforme assinalam QUEIROZ & VIANNA, 1992.

2.1.4.2 Sobre a Atenção à Saúde

Conceitualmente, a atenção à saúde pode ser enfocada na perspectiva dos princípios doutrinários que a norteiam, como descrito anteriormente, em relação ao SUS; dos níveis de organização ou complexidade das ações de saúde e ou dos níveis de intervenção, envolvendo as ações preventivas e curativas.

Quanto ao *nível de organização*, as ações de saúde podem ser hierarquizadas em atenção primária, secundária e terciária, dependendo de sua complexidade e da tecnologia incorporada aos procedimentos.

Ao definir a atenção primária de saúde como a estratégia para se alcançar a meta "*Saúde para todos no ano 2000*", colocando-a como a principal função do Sistema de Saúde de um país e o mais importante meio de prestação da atenção à saúde, a OMS tem orientado uma linha de pensamento e ação dos serviços de saúde, centrada na hierarquização e estratificação.

Nessa perspectiva, *atenção primária de saúde é a assistência sanitária essencial colocada ao alcance da população, a um custo que o país e a comunidade possam suportar, com métodos práticos, cientificamente fundamentados e socialmente aceitáveis, acessível a todos os membros da comunidade e sob seu controle.* (OMS, 1984)

Entre as atividades mínimas a serem desenvolvidas a esse nível, estão a educação da comunidade sobre os problemas de saúde prevalentes e os métodos de prevenção correspondentes; a promoção de alimentação e nutrição apropriadas; o abastecimento de água potável e saneamento básico; a assistência materno-infantil, com inclusão do planejamento familiar; a prevenção e luta contra as doenças endêmicas locais; a imunização contra as principais doenças infecciosas; o tratamento adequado das doenças e traumatismos mais comuns e o fornecimento dos medicamentos essenciais.

Apesar da confusão freqüente, os *serviços básicos de saúde* se distinguem da *atenção primária de saúde* por constituírem uma rede de instituições estatais, que integram o sistema administrativo nacional, encarregado de prestar aos indivíduos alguns serviços indispensáveis de prevenção e assistência médica.

A *atenção secundária de saúde* é mais especializada, implica em procedimentos mais complexos, que exigem equipamentos e pessoal mais qualificado e estão localizados em hospitais ou centros de saúde distritais ou de província, como por exemplo, exames radiológicos, cirurgias, diagnóstico ou tratamento de enfermidades pouco comuns ou mais graves. Ela é completada pela *atenção terciária de saúde* constituída por procedimentos que requerem instalações, equipamentos e pessoal ainda mais especializado, como por exemplo a neurocirurgia ou a cirurgia cardíaca.

Quanto aos *níveis de intervenção*, as ações de saúde podem ser agrupadas em medidas preventivas, envolvendo a promoção e proteção da saúde e as curativas ou de assistência, englobando os procedimentos de diagnóstico, tratamento e reabilitação.

A abordagem dos níveis de aplicação das medidas preventivas, apresentada na década de 60 por CLARK & LEAVELL (1976) orientou, por muitos anos, as práticas da Medicina Preventiva, no enfoque denominado *preventivista*. Em que pesem as

críticas que lhe são feitas, particularmente ao seu marco referencial positivista da multicausalidade, a sistematização das ações de saúde em *prevenção primária*, englobando a promoção da saúde e a proteção específica; *prevenção secundária*, abrangendo o diagnóstico precoce e a instituição do tratamento adequado e *prevenção terciária*, envolvendo os procedimentos de reabilitação e aproveitamento das capacidades remanescentes representa uma tentativa de mudança do eixo da atenção à saúde.

O conceito de *promoção da saúde* está em moda, na atualidade e abrange o fomento de estilos de vida e de outros fatores sociais e econômicos, ambientais e pessoais considerados como favorecedores da saúde. É considerado um conceito positivo de saúde, *vista não mais como um objetivo, mas como a fonte de riqueza da vida cotidiana* (CARTA DE OTTAWA, 1986).

Representa uma tentativa de modificar o planejamento em saúde tradicionalmente dirigido para os serviços de atenção médica, substituindo-o pela busca de uma população e ambientes sadios. Tem recebido um destaque especial, sob a forma de programas específicos, colocados nas agendas de trabalho dos Sistemas de Saúde dos países desenvolvidos e na programação das grandes corporações (GREEN & KREUTER, 1990; NÁJERA, 1992; OPS, 1992).

A *proteção da saúde* compreende as intervenções, a nível do indivíduo, do grupo familiar e no ambiente, de defesa contra possíveis riscos para a saúde presentes no meio ambiente físico e social, tendo importância destacada nas práticas da Saúde Ocupacional. Abrange as medidas de prevenção ao aparecimento de doenças, entre elas a imunização, o combate a vetores, a luta anti tabágica enfeixadas na *prevenção primária*. As ações de *prevenção secundária* buscam deter a evolução ou reduzir as conseqüências de processos uma vez instalados. As de *prevenção terciária* objetivam o aproveitamento, o desenvolvimento ou a potencialização de capacidades remanescentes, decorrentes de uma doença (OMS, 1984).

Entretanto, a par das tentativas e dos discursos inovadores, a dicotomia estabelecida entre as ações curativas, mais valorizadas e geralmente restritas à assistência médica, e as atividades preventivas permanece como um dos maiores desafios enfrentados ao se tratar da atenção à saúde.

A proposta da Reforma Sanitária brasileira, transformada em preceito legal pela Lei Nº 8.080/90, inova ao prever que a atenção à saúde se dê de modo universal, com equidade, integral, através de uma rede regionalizada e hierarquizada, com comando único e sob controle dos usuários. Dentre as dificuldades, já apontadas, para sua implementação destaca-se a sua falência para promover a equidade.

A estratégia da atenção primária de saúde ensejou a extensão de cobertura dos serviços de saúde oferecidos à população, particularmente a setores da população que se encontravam totalmente desassistidos, não foi acompanhada de um redimensionamento dos serviços capacitando-os a atender os casos referenciados a instâncias de cuidado mais complexos, com eficácia e resolutividade.

Foram criados, na prática, dois tipos de assistência, uma destinada aos pobres, na rede básica de serviços de saúde e outra, diferenciada, para aqueles que têm acesso ao que de melhor a ciência e a técnica são capazes de oferecer. A busca da equidade na atenção à saúde cresce em importância como objeto de estudo e representa um desafio para os atores sociais envolvidos na questão. (WHITEHEAD 1992; KADT & TASCA 1993).

Uma alternativa de organização dos serviços de saúde, na perspectiva da descentralização e regionalização, tem sido difundida pela OPS, sob a estratégia dos Sistemas Locais de Saúde-SILOS. (OPS 1990).

No Brasil, a implantação de Distritos Sanitários tem sido apresentada como modelo de abordagem integral, descentralizada e hierarquizada da atenção à saúde e de concretização da Reforma Sanitária. A experiência brasileira de trabalho com esse enfoque, sua fundamentação teórica, metodologia e alguns resultados foi reunida por VILAÇA MENDES (1993 c).

A Política de Saúde dos Trabalhadores compartilha as mesmas dificuldades e perplexidades referidas acima, às quais se acrescentam outras, próprias da especificidade da questão e das interfaces que apresenta com outros setores sociais, particularmente com a esfera da Produção, do Trabalho e da Previdência, como destacam ELLING (1986), ROSENBROCK (1985), MENDES, (1988), TAMBELLINI (1987).

Muito mais necessitaria ser conhecido para uma melhor compreensão do tema e caracterização de algo *novo*, como a área temática Saúde do Trabalhador. Entretanto, há que se trabalhar, também, com os limites e apesar deles, ousar prosseguir.

2.2 SAÚDE DO TRABALHADOR - UMA ÁREA TEMÁTICA EMERGENTE

Referidas, ainda que superficialmente, as visões de trabalho e de trabalhador, das relações entre vida, saúde e doença, de política de saúde, sistema de saúde e atenção à saúde que conformam a área temática da Saúde do Trabalhador, segue-se a tentativa de caracterizá-la melhor, a partir da recuperação de sua história e do processo que vem ocorrendo a nível mais geral, que ultrapassa as fronteiras do nosso país, sem entretanto, deixar de contextualizá-la na cena nacional.

2.2.1 As origens e as bases teóricas

A descrição da emergência ou da instituição da área temática da Saúde do Trabalhador pressupõe uma definição inicial importante, quanto ao parâmetro de *tempo* a ser utilizado. O *tempo cronológico* ou o *tempo histórico*?

Ao estabelecer este tempo, é necessário demarcar a *visão de processo* e de uma *História* que não tem uma linearidade, mas *é objeto de uma construção cujo lugar não é o tempo homogêneo e vazio, mas um tempo saturado de "agoras"* (BENJAMIN, 1985), que tem um movimento próprio, onde estão registrados os elementos de permanência e aqueles de transformação, num *continuum*, que abriga, simultaneamente, o velho e o novo, registrando momentos de rupturas em que o novo aparece mais forte e incontido.

Considerando os limites pessoais no trato dessas questões e privilegiando sua finalidade - a descrição de uma forma de ver o processo, optou-se pelo uso tanto do tempo cronológico, quanto do tempo histórico, em uma alternativa mista, que se espera transmita, com um mínimo de clareza, as idéias pretendidas.

Nessa perspectiva de história é difícil precisar o momento do surgimento da área temática Saúde do Trabalhador. Tem-se fixado este tempo nos anos 70, coincidindo com o movimento de formulação do modelo explicativo da determinação social do processo saúde-doença, que lhe dá sustentação.

Entretanto, ao se examinar a história da construção do conhecimento em saúde-doença e das práticas da Saúde do Trabalhador é possível identificar um processo marcado por sucessivas ruptura- superação e retrocessos, que se estabelecem entre as práticas da Medicina do Trabalho, da Saúde Ocupacional e da Saúde do Trabalhador.

A história da construção do conhecimento sobre o tema das relações entre saúde & trabalho tem sido estudada por inúmeros autores, entre eles, HUNTER (1974) e MENDES (1994).

Está registrada nas observações de artistas, poetas, filósofos e historiadores, como Hipócrates, que no século IV A.C. descreveu o quadro de *asma dos mineiros* ou RAMAZZINI (1971), que em seu livro *De Morbis Artificum Diatriba*, publicado em 1700, relacionou cerca de 50 profissões às doenças apresentadas pelos trabalhadores. Uma contribuição importante para o resgate dessa história, na perspectiva da Medicina Social, foi aportada por ROSEN, (1979).

Porém, o impacto do trabalho sobre a saúde-doença dos trabalhadores vai se revelar, de forma dramática, na Revolução Industrial, iniciada no século XVIII na Inglaterra e que se estendeu a outros países da Europa Ocidental, consolidando o modo capitalista de produção. (CATANI & GENNARI, 1980).

As mudanças drásticas introduzidas no modo de produzir e no viver das pessoas modificaram, substancialmente, as condições de vida e saúde, de doença e morte da população e dos trabalhadores em particular. Extensa produção escrita, científica e literária, registra esse momento histórico, pintando-o com cores fortes, porém realistas, como a clássica descrição feita por ENGELS, (1975) sobre a situação da classe trabalhadora, na Inglaterra, em meados do século XIX.

Na atualidade, o tema continua a ser objeto de estudos de recuperação histórica como os realizados por HOBBSBAWN, (1987) e seu grupo, que têm se dedicado a analisar este pedaço da história humana, sob a óptica dos trabalhadores.

Para falar na emergência da Saúde do Trabalhador enquanto uma área temática de estudo e intervenção, ou enquanto resposta social às necessidades de saúde dos trabalhadores, é necessário voltar aos primórdios da Revolução Industrial, na Inglaterra

do século XVIII, onde o quadro de doença e morte dos trabalhadores e da população em geral ameaçava dizimar a força de trabalho que, vagarosamente, se qualificava. O dramático consumo da força de trabalho e os movimentos de resistência esboçados pelos trabalhadores contra as péssimas condições de vida e trabalho levaram à instituição da prática da Medicina do Trabalho, enquanto uma especialidade médica, sob controle do capital e a serviço de seus interesses. (MENDES & DIAS, 1991).

Assim, a Medicina do Trabalho, contemporânea da Revolução Industrial, surge em resposta às necessidades do processo produtivo de ter assegurada a preservação da força de trabalho, e de encontrar um mediador competente para os conflitos emergentes entre os trabalhadores e o patronato.

A visão de mundo ou a interpretação do processo saúde-doença que ganha hegemonia naquele momento, de consolidação da Medicina Científica, serviram perfeitamente a esses propósitos, justificando uma prática assistencialista, voltada para o indivíduo, baseada na premissa de que é essencial a descoberta e o controle do agente etiológico causador da doença, no caso, identificado no ambiente onde se desenvolvia o trabalho.

A Medicina, baseada numa concepção que se mantém até os nossos dias, apoiava-se na Física clássica de Newton e no racionalismo de Decartes, conformando uma visão de mundo dualista, mecanicista e do corpo humano enquanto *máquina corporal*, integrada por sistemas formados por órgãos, constituídos por tecidos e células, cujas partes executam suas funções até que uma delas se quebre. (ASSUNÇÃO, DIAS & RIGOTTO, 1992)

A ênfase é colocada na doença, no desviante ou disfuncionante e quase nada na saúde ou na vida. O corpo do trabalhador é macerado em suas vontades, com o objetivo de fazê-lo funcionar conforme a norma, impotencializá-lo para a política e potencializá-lo para as exigências de utilidade econômica (JOANILHO, 1990).

O termo *Medicina do Trabalho* traduz bem este modo de ver, ao colocar o trabalho, seus instrumentos, meios e objetos, como centro ou alvo da prática médica, reduzindo o trabalhador à condição de *objeto protegido*, desconsiderando sua vida fora da fábrica.

A Medicina do Trabalho pode ser caracterizada como uma prática centrada no trabalho do médico, marcada pelo referencial da Clínica, na qual o profissional que tem a confiança do empregador, assume, em seu lugar, a responsabilidade pela ocorrência dos problemas de saúde dos trabalhadores. O *locus* desta prática é o local de trabalho e a principal tarefa do médico é a adequação física e mental dos trabalhadores ao trabalho, através da seleção dos candidatos a emprego, no exame pré-admissional e da manutenção de sua capacidade produtiva, através das atividades chamadas de educativas, reduzindo o trabalhador a objeto das ações de saúde. (MENDES & DIAS, 1991).

As profundas transformações no cenário mundial, após a II Guerra Mundial, refletiram-se de modo particular no *mundo do trabalho*.

No que se refere à saúde dos trabalhadores, a perda e o desgaste da força de trabalho infligidos diretamente pela Guerra, acrescido por aqueles provocados pelos acidentes do trabalho e pelas doenças profissionais, numa economia de esforço de guerra e de reconstrução pós-guerra, impulsionada por um intenso desenvolvimento tecnológico e mobilização social, obrigaram a busca de alternativas que "dessem conta" dessa realidade emergente, para a qual a prática da Medicina do Trabalho se mostrava inadequada ou insuficiente.

A alternativa veio sob a forma da modificação da atuação médica, clínica, voltada para o trabalhador, para uma intervenção multidisciplinar e multiprofissional sobre o ambiente de trabalho, agregando conceitos e instrumental de outras disciplinas,

particularmente da higiene do trabalho, da ergonomia, da toxicologia, que caracteriza a *Saúde Ocupacional*.

O trabalhador permaneceu como objeto das ações, mudando, apenas, a perspectiva colocada para a intervenção que, deixou de estar centrada, predominantemente, no disfuncionante ou doente passando a privilegiar a prevenção e a saúde.

Vencidas algumas etapas do período de reconstrução pós-II Guerra Mundial, surgiu, inicialmente em países europeus, como a Alemanha, França, Inglaterra, Itália e nos Estados Unidos da América, uma ampla movimentação social, questionando a opressão e obsolescência de valores tradicionais, o sentido da vida, o valor da liberdade, o significado do trabalho, o uso do corpo, o papel do Estado, desembocando na reivindicação de uma maior participação social, em todas as esferas. (MENDES & DIAS, 1991).

No âmbito do Trabalho e da Saúde, o movimento teve um impacto significativo, difícil de separar *causa e consequência*, a nível das organizações de trabalhadores, em setores progressistas das instituições de ensino e pesquisa e nos Serviços de Saúde, que questionavam as práticas tradicionais da Medicina do Trabalho e da Saúde Ocupacional enquanto resposta para as necessidades de saúde dos trabalhadores.

O fenômeno apresentou manifestações singulares, na América Latina, em decorrência da tentativa de modernização rápida, assegurada por governos autoritários, causando grande impacto nas condições de vida, saúde e doença decorrente do empobrecimento e exclusão de contingentes crescentes da população. (CENTRO PAN-AMERICANO DE ECOLOGIA HUMANA E SAÚDE-ECO, 1987; MEDICI, 1989).

Em resposta ao movimento social, dos trabalhadores em particular, novas políticas sociais tomaram a forma da lei, introduzindo significativas mudanças na legislação do trabalho e, em especial, nos aspectos da saúde e segurança do trabalhador.

Na Itália, por exemplo, a Lei N° 300, de 20/5/70, (Norme per la libertà e la dignità dei lavoratori, della libertà sindacale e dell'attività sindacale nei luoghi di lavoro), mais conhecida como *Estatuto dos Trabalhadores*, incorporou princípios fundamentais da agenda do movimento de trabalhadores, tais como, a **não delegação** da vigilância da saúde ao Estado; a **não monetização do risco**; a **validação do saber dos trabalhadores** e a realização de estudos e investigações independentes; o **acompanhamento da fiscalização** dos ambientes de trabalho; o **melhoramento das condições e dos ambientes de trabalho**. (BAGNARA, BIOCCA, MAZZONIS, 1981; BERLINGUER, 1978; REICH & GOLDMAN, 1984; MORADIA, 1985; ODDONE *et al.*, 1986; BERLINGUER & BIOCCA, 1987).

Conquistas básicas de natureza semelhante, com algumas peculiaridades próprias de contextos político-sociais distintos, foram também sendo alcançadas pelos trabalhadores norte-americanos, a partir de 1970 (PEDERSEN & SIEBER, 1989); ingleses, a partir de 1974; suecos, em 1974 (NAVARRO, 1983; KLEINMAN, 1984); franceses, a partir de 1976 (ROUSTANG, 1985; CASSOU & PISSARO, 1988); noruegueses, em 1977 (DEUTSCH, 1988); canadenses, em 1978 (DAB & WHITE-GUAY, 1981; MANGA & BROYLES, 1981; SASS, 1989), entre outros. (PARMEGGIANI, 1985; MENDES, 1986).

Essas normas legais estão baseadas no reconhecimento de direitos fundamentais dos trabalhadores, entre eles: o **direito à informação** (sobre a natureza dos riscos a que estão expostos, as medidas de controle que estão sendo adotadas pelo empregador, os resultados de exames médicos e de avaliações ambientais); o **direito à recusa ao trabalho** em condições de risco grave para a saúde ou a vida; o **direito**

à **consulta prévia** aos trabalhadores, pelos empregadores, antes de mudanças de tecnologia, métodos, processos e formas de organização do trabalho e o estabelecimento de mecanismos de **participação**, que inclui, em alguns países, opinarem na escolha dos profissionais que irão atuar nos serviços de saúde no trabalho. (LEE & ROM, 1982; ATHERLEY, 1983; REBOUÇAS, 1986; MILLAR, 1989; SEGRE, 1989).

É interessante destacar, no processo de constituição da Saúde do Trabalhador, a ênfase dada às questões éticas, refletindo o movimento social maior em torno da questão. Em decorrência da maneira fragmentada de ver o mundo, conivente e conveniente ao desenvolvimento da sociedade capitalista, tem sido atribuída ao trabalhador a responsabilidade por sua saúde ou por sua doença, através do ideário do risco inerente, e portanto de doenças inerentes a determinadas profissões. Esta idéia, perversa no seu cerne, é paralisante e sua desmistificação tem exigido um grande esforço de todos aqueles que se empenham na mudança do quadro atual.

Recentemente, uma outra visão de mundo, compartilhada com o movimento ecológico e ambientalista, vem procurando situar a responsabilidade para com o fenômeno da vida na sua totalidade, colocando a opção entre a preservação criativa ou a degradação e a barbárie enquanto um problema ético. Ética entendida enquanto *um conjunto de decisões sobre o valor chamado a orientar e a guiar as relações individuais e, sobretudo, as relações sociais (de um homem com outros, de um indivíduo com o outro), frente a todo um leque de possibilidades e de fenômenos reais* (LEÃO, 1992).

No que se refere à saúde dos trabalhadores este instigante questionamento ético tem exigido novas posturas, (re)colocando uma atribuição de responsabilidades diferenciada para cada um dos atores sociais envolvidos: profissionais de saúde (independente de sua inserção no sistema de saúde, quer na esfera pública, quer no

setor privado), empregadores, trabalhadores e órgãos de governo, possibilitando uma cobrança específica de cada uma dessas instâncias.

O movimento de trabalhadores mais organizados tem procurado fazer cumprir este direito/dever, apesar das inúmeras dificuldades enfrentadas, decorrentes da desigualdade entre os atores sociais. (GOMEZ & CARVALHO, 1993). Os limites do exercício do direito à recusa ao trabalho em condições de risco grave e iminente, por exemplo, é objeto de uma interessante análise de FREITAS (1994).

Além das conquistas legais, merecem registro as iniciativas observadas em alguns países de redimensionar ou redirecionar a atenção à saúde dos trabalhadores no âmbito dos Sistemas de Saúde (KEY, 1985; ELLING, 1986; EI-BATAWI & HUSBUMRER, 1987; REX, 1991), destacando-se as experiências implantadas na Itália (GRIECO, 1976; FOA, 1979; BATTISTA, 1981; BERLINGUER, 1988); no Canadá (LANDRY, 1981; VAYDA & DEBER, 1984; PINEAULT, 1984; CANADA/GOVERNEMENT DU QUÉBEC, 1989); na Suécia, (HOGSTEDT & SUNDELL, s.d.); na Alemanha, (BACHMANN, 1988; BEYREUTER, 1989), na Inglaterra (WALDRON, 1992), experiência que tem se estendido, mais recentemente, a inúmeros outros países, entre eles a África do Sul (MYERS & MACUN, 1991) e o Brasil, tema deste estudo.

Uma experiência particular, na América Latina, foi desenvolvida em Cuba, à partir da Revolução de 1959, direcionada para a prevenção, tratamento e recuperação das doenças profissionais e do trabalho e a melhoria das condições de trabalho, em um esforço conjunto dos setores Trabalho e Saúde (MUGICA; GRANDA & URBAN, 1987; PEREZ, 1984).

As mudanças e transformações sociais que, em ritmo e intensidade desiguais, vinham acontecendo no mundo ocidental foram aceleradas e ganharam novos

contornos, na década de 80, na perspectiva da globalização, anteriormente mencionada.(TREU, 1984; FOWLER & SILBERGELD, 1989; TORRES, 1993).

A nova divisão internacional do trabalho ensejou a transferência de indústrias *sujas e perigosas*, que acarretam risco de danos para a saúde dos trabalhadores e/ou o meio ambiente, inaceitáveis nos países desenvolvidos dos países desenvolvidos para o terceiro mundo, entre eles os latinoamericanos e o Brasil em particular. Algumas das conseqüências desse processo para a saúde dos trabalhadores e da população em geral têm sido descritas por CASTELMAN (1979); CASTLEMAN & NAVARRO, 1987; JEYARATNAM (1991); LaDOU (1991).

Esse processo tem sido facilitado pela prolongada crise que força esses países a buscar o desenvolvimento econômico a qualquer custo, aceitando e estimulando essa transferência, supostamente capaz de amenizar o desemprego e gerar divisas. (MICHAELS, BARRERA & GACHARNA, 1985; SEPÚLVEDA, 1987; WURGAFT, 1993).

É importante destacar que, simultâneo ao desenvolvimento de alternativas inovadoras de organização e de gestão do trabalho pelo Capital, com a finalidade de diminuir os conflitos e aumentar os lucros, abrem-se espaços a formas de *resistência* desenvolvidas pelos trabalhadores e novas estratégias de luta do movimento sindical e ampliação da participação dos trabalhadores nas diversas etapas do processo produtivo. (GAWRYSZEWSKI, s.d.; RIGOTTO, 1992; KUCHENBECKER, SOUZA FILHO & NASCIMENTO, 1992).

Quanto ao impacto sobre a saúde dos trabalhadores, nos países do *terceiro mundo* as doenças infecto-contagiosas e carenciais passam a conviver com as doenças crônico-degenerativas, configurando um padrão denominado de duplo perfil de morbi-mortalidade. No Brasil, o fenômeno foi apontado, entre outros, por POSSAS, (1989) e MENDES & DIAS, (1993).

A incapacidade do Estado de implementar políticas de saúde, que se traduzam no oferecimento de serviços que atendam as necessidades dos grupos populacionais marginalizados e que apresentem efetividade para transformar o quadro de sofrimento, doença e morte, levam à denúncia e à crítica aos efeitos negativos da medicalização e do caráter ideológico e reprodutor das instituições médicas. (NUNES, 1985 a).

No campo da prática médica, surgem a nível local, programas alternativos de auto-cuidado de saúde, de atenção primária, de extensão de cobertura, de revitalização da Medicina tradicional, uso de tecnologia simplificada e ênfase na participação comunitária. Essas iniciativas são elaboradas a nível das agências internacionais e se transformam em propostas de intervenção, para a operacionalização da meta definida na Conferência de Alma Ata - "Saúde para todos no ano 2000". (WHO, 1978; WHO/OCH, 1982; KLECZKOWSKI, ROEMER, DER WERFF, 1984; MENDES, 1990).

Neste contexto, é compreensível que as "respostas" oferecidas pela prática da Medicina do Trabalho e da Saúde Ocupacional tenham se tornado inadequadas, sendo desacreditadas e denunciadas pelos movimentos de trabalhadores. Os empregadores e seus prepostos, por sua vez, têm grande dificuldade em lidar com este novo momento e com a perda de poder e da hegemonia que detinham. (BERLINGUER, 1978; CLARKE, 1982; PEREZ, 1987; CASSOU & PISSARRO, 1988; DIESAT, 1989; MIRANDA, 1990; SASS, 1993).

A ampliação da participação dos trabalhadores nas questões de saúde, nas instâncias formais e informais, a nível dos locais de trabalho, e nas atividades de produção do conhecimento nos serviços de saúde, contribuiu para colocar em xeque, conceitos e procedimentos consagrados pela Saúde Ocupacional, como, por exemplo, o valor e a ética dos exames médicos pré-admissionais e periódicos, utilizados, segundo denúncia dos trabalhadores, para práticas discriminatórias. (CRAWFORD,

1977; ASSENATO & NAVARRO, 1989; GREEN, 1983; LACAZ, 1983; CGIL/CISL/UIL, 1988; DEUTSCH, 1988; KENNEDY, 1991).

Os mitos do *limite de tolerância* e de *exposição segura*, que fundamentaram a intervenção da Saúde Ocupacional, da Higiene Industrial e da Toxicologia, por mais de 50 anos foram desacreditados pelos estudos que 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 (LANDRIGAN, 1975; CRANMER & GOLDBERG, 1986; ROACH & RAPPAPORT, 1990; CASTLEMAN & ZIEM, 1988) e no Brasil, como demonstram (ARCURI & CARDOSO, 1991; LIEBER, 1991).

Também ficou mais evidente, a inadequação do enfoque ambientalista da Saúde Ocupacional para a abordagem das doenças apresentadas pelos trabalhadores, decorrentes da organização do trabalho e da utilização de novas tecnologias, de difícil *medicalização* (SOUSA, 1990; ASSUNÇÃO & ROCHA, 1993).

Por outro lado, as ações de promoção de saúde, centradas em processos educativos, destinados a modificar o comportamento dos trabalhadores e seu *estilo de vida* não foram capazes de mudar significativamente o quadro da ocorrência das doenças relacionadas ao trabalho como a hipertensão arterial, a doença coronariana, os distúrbios mentais, o estresse e o câncer, entre outras. (GARFIELD, 1980; SELIGMANN, 1986; MENDES, 1988 a, b; LANDRIGAN & MARKOWITZ, 1989).

Essas são algumas das manifestações de um *período quente* da história da sociedade ocidental. Segundo BAREMBLITT, (1994), um *período quente*, que se opõe ao *período frio*, pode ser caracterizado como aquele *no qual todo o saber social está em ebulição, as experiências sociais se multiplicam e as informações circulam por fora dos canais formais, criam-se condições para a assunção crítica por parte dos coletivos, do saber acadêmico. Também se afirma a verdade dos saberes*

espontâneos e a vontade de aplicar, de imediato, todo o apreendido na ação instituinte.

É nesse contexto que, ao colocar no centro da análise da relação trabalho-saúde, o caráter social do processo saúde-doença e sua articulação com o processo de produção, o *modelo explicativo da determinação social do processo saúde-doença* contribuiu com o aporte teórico necessário para o desenvolvimento de uma prática diferenciada a nível dos serviços de saúde, das instituições de ensino e pesquisa e das organizações de trabalhadores, que lentamente ganha corpo, sob a denominação de **Saúde do Trabalhador**. (LAURELL, 1978; LAURELL & NORIEGA, 1989).

O processo de trabalho visto numa perspectiva histórica, originando relações de produção concretas e específicas em cada formação social, passa a ser considerado como uma categoria central que determina ou explica o viver, o adoecer e o morrer das pessoas. (NAVARRO, 1982).

Segundo o *modelo da determinação social do processo saúde-doença* o trabalho organiza a vida dos homens: o que e como produzem, o que pensam, o que consomem (onde moram, o que comem, onde estudam, como se informam/formam, os serviços a que têm acesso), o que valorizam, em que acreditam. (LAURELL, 1981).

O perfil de saúde-doença dos trabalhadores expressa suas condições objetivas de existência, resultante do conjunto de processos que reproduzem a forma particular de inserção deste grupo no processo de produção social, em um dado momento histórico e em um espaço determinado.

Mas, segundo essa forma de "ver e explicar" a questão, o processo saúde-doença nos trabalhadores não é determinado apenas no âmbito da fábrica ou da produção. Considera, também, os riscos gerados pelos processos de trabalho particulares: poeiras, o ruído, a vibração, calor e frio excessivos, radiações,

microrganismos, substâncias químicas tóxicas, movimentos repetitivos, a tensão, a monotonia, as relações de trabalho responsáveis por danos à saúde dos trabalhadores, que se apresentam sob formas variadas, da sensação indefinida de desconforto e sofrimento, às doenças profissionais clássicas e os acidentes do trabalho.

Com base no *modelo da determinação social* foi proposta a categoria *cargas de trabalho* para o estudo do impacto dos elementos constitutivos do processo de trabalho, tanto do objeto e da tecnologia de trabalho, como de sua organização e divisão. As *cargas de trabalho* - físicas, químicas, orgânicas, mecânicas, fisiológicas e psíquicas - são consideradas enquanto mediações entre o processo de trabalho e o desgaste psicobiológico do trabalhador, e sua utilização permite uma interpretação particular do processo de trabalho, a partir dos elementos específicos que caracterizam as reações bio-psíquicas verificadas no corpo de quem trabalha. Representa uma proposta de superação do conceito de *risco*, considerado ambíguo, por identificar tanto fatores de risco - agentes e substâncias capazes de determinar um efeito sobre a saúde, quanto a probabilidade que determinado evento venha a acontecer. (LAURELL & NORIEGA, 1989; FACCHINI, 1983 b).

No Brasil, inúmeros cientistas, pesquisadores e profissionais de serviços de saúde vêm contribuindo para a construção do conhecimento e das práticas de Saúde do Trabalhador, a partir da perspectiva teórica do modelo da determinação social do processo saúde-doença. Entre os estudos, publicados nos anos 80, que abriram caminho para uma abordagem inovadora, podem ser citados: TAMBELLINI-AROUCA (1978); POSSAS (1981); CAMPOS *et al.* (1982); COSTA, (1982); PICALUGA, (1982 a, b); MEDRADO-FARIA, (1983 e 1988); MELO, (1983); NUNES, 1983; LACAZ, 1983; RIBEIRO & LACAZ, (1984); ROBAZZI, (1984); AUGUSTO, (1985); COHN *et al.* (1985); FREITAS, LACAZ & ROCHA, (1985); AUGUSTO, *et al.*, 1986; FACCHINI, 1986; SELIGMANN-SILVA, 1986; PIMENTA & CAPISTRANO FILHO, 1988; COSTA *et al.*, 1989; MERLO, 1989; ROCHA, 1989; STOTZ & CRUZ NETO, 1989).

2.2.2 A contribuição das Agências Internacionais

O papel cumprido pelas organizações internacionais na conformação da área temática **Saúde do Trabalhador** resulta da habilidade e capacidade que têm para captar tendências no movimento social e, de uma certa forma, apropriarem-se dele, conferindo-lhes marcas e modificando seu curso, contribuindo, assim, para a divulgação das propostas, reforçando o trabalho de grupos ou iniciativas locais, geralmente marginais e contra-hegemônicos em seus próprios países.

Entre as agências internacionais que têm contribuído para a atenção à saúde e segurança dos trabalhadores estão a OIT, a OMS e seu Escritório Regional para as Américas, a OPAS, vinculadas às Nações Unidas, a Comunidade Econômica Européia (CEE) e o Consejo de Ayuda Mútua Económica (CAME).

A OIT, criada em 1919 e a OMS, em 1948, vêm atuando sobre as questões de saúde e segurança dos trabalhadores desde suas origens, através de Mandatos Internacionais, que devem ser ratificados pelos Estados Membros. Os Mandatos referentes às questões de saúde relacionadas ao trabalho, elaborados no período de 1919 a 1992, foram reunidos por iniciativa da OPS, em um documento específico, que constitui referência obrigatória sobre o tema. (OPS, 1992). Outra contribuição importante da OIT é representada pela organização e publicação da Enciclopédia de Saúde e Segurança, obra de referência para os profissionais da área (ILO, 1983).

As diferentes concepções sobre as questões de saúde relacionadas ao trabalho estão refletidas na disputa estabelecida entre as duas instituições, quanto à sua condução, conflito que se busca superar através da constituição de grupos de trabalho conjunto, quando da definição das grandes linhas de atuação.

Entre as atividades conjuntas já realizadas, podem ser destacadas a busca de definições e de conceitos básicos acerca do objeto de trabalho; a formulação de

estratégias para sua operacionalização, entre elas a formação de recursos humanos e o estabelecimento de normas e padrões de trabalho. (JOINT ILO/OMS COMMITTEE ON OCCUPATIONAL HEALTH, 1953; JUNQUEIRA, 1976).

Acompanhando o processo social anteriormente descrito, a OIT propôs, em 1976, o Programa Internacional para o Melhoramento das Condições e dos Ambientes de Trabalho - PIACT com o objetivo de melhorar a qualidade de vida e ampliar a participação dos trabalhadores. (GIVRY, 1983; GOMES & BEDRIKOW, 1987).

Seguindo a mesma tendência, em 1984, a OMS, mudou a denominação de seu Programa de Saúde Ocupacional, para Saúde dos Trabalhadores e apresentou na 70ª Sessão da Conferência Internacional do Trabalho uma proposta de ampliação do enfoque dos problemas de saúde dos trabalhadores, para além dos riscos determinados pela ocupação. No âmbito da OPAS foi criado o Programa "Salud de los Trabajadores" (OPS, 1983)

Entre os inúmeros documentos propostos pela OIT, sobre a forma de Convenções e Recomendações, de interesse para a saúde e segurança dos trabalhadores, destaca-se, no tema da organização da atenção, a Recomendação 112, de 1959, que norteou, por muitos anos, a organização dos serviços de Medicina do Trabalho pelos empregadores. (OIT, 1966). Em 1981, a Convenção 155 e a Recomendação 164 incorporaram a ampliação do conceito de saúde e de sua determinação, enfatizando a necessidade de que os países membros definam e revisem, periodicamente, suas políticas nacionais de saúde e segurança ocupacional.

Em 1985, a Convenção 161 e a Recomendação 171 vieram substituir a Recomendação 112, ampliando o campo de atuação dos serviços especializados em Segurança e Medicina do Trabalho, atribuindo-lhes uma função assessora não apenas do empregador, mas aos trabalhadores e seus representantes. A mudança na denominação utilizada, para Serviços de Saúde no Trabalho, reflete uma modificação

na perspectiva da intervenção que deixa de ser eminentemente médica para se tornar multidisciplinar. Prevê, ainda, cobertura universal através do provimento de serviços a todos os trabalhadores, inclusive aos do setor público e membros de cooperativas de produção, em todos os ramos de atividade econômica, em todas as empresas, além da garantia de independência e autonomia aos profissionais das equipes de saúde em relação aos empregadores e aos trabalhadores e seus representantes. (OIT, 1985 a,b; ILO, 1985)

Na Conferência Internacional de Saúde, em Alma Ata, realizada em 1977, foi estabelecida a meta "Saúde para Todos até o ano 2000" e definida a estratégia da atenção primária de saúde, para atingí-la. Estas decisões tiveram um impacto significativo para o movimento da Saúde do Trabalhador.

Ao mencionar que os cuidados primários de saúde deveriam ser prestados ou levados o mais próximo possível aos lugares onde as pessoas vivem e trabalham e a inclusão dos trabalhadores entre os grupos vulneráveis e de alto risco o documento contribuiu para uma ampla divulgação da necessidade de uma atenção diferenciada para os trabalhadores e serviu de inspiração ou de reforço para o surgimento de inúmeros Programas de atenção à saúde dos trabalhadores em diversas regiões do mundo. (OMS, 1978).

Para a divulgação dessa proposta foram realizadas inúmeras reuniões, entre elas a "*Primary Health care and working populations*", em abril de 1982, em Genebra, com a finalidade de discutir as inter-relações entre os cuidados primários de saúde e serviços de Saúde Ocupacional (WHO/OCH, 1982). Em março de 1984, realizou-se, em Campinas-SP, Brasil, o Seminário/Taller "*Actividades de salud ocupacional en la red de servicios de salud*", com a participação de representantes de dez países latinoamericanos para discutir as implicações doutrinárias e práticas da Saúde Ocupacional nos Serviços de Saúde, permitir o compartilhamento das experiências em curso nos países da região e discutir mecanismos e estratégias para sua

reprodução.(OPS, 1984). Com a mesma pauta de trabalho, aconteceu em setembro de 1985, em Turku, na Finlândia, a reunião: "*Occupational Health as a Component of Primary Health Care*", com a presença de representantes de 11 países europeus, africanos e do oriente. (JÄRVISALO *et al.*, 1986).

Nessas reuniões foi recomendado que os serviços de Saúde Ocupacional fossem incluídos no Sistema de Saúde, enfocando a saúde total dos trabalhadores e destacadas a importância da participação dos trabalhadores e da articulação com os outros setores e instituições relacionados, particularmente da esfera do Trabalho.

No âmbito dos países que integravam o bloco socialista, até sua dissolução em 1989, deve ser registrada a atuação no campo da higiene do trabalho e das doenças profissionais, empreendida através do CAME. Entre os (poucos) documentos disponíveis sobre o tema, entre nós, estão os registros da realização da "*X Reunión de Coordinación del Problema Complejo 6 - Higiene del Trabajo y Enfermedades Profesionales*", em 1985, na cidade de Havana, Cuba, com uma descrição sumária das atividades desenvolvidas na Bulgária, Hungria, República Democrática Alemã, Cuba, Polônia, URSS e Checoslováquia.

Apesar dos indiscutíveis avanços observados nos Sistemas de Saúde nesses países, é interessante ressaltar as dificuldades que encontravam para lidar com a questão, em uma perspectiva inovadora e um conceito mais abrangente do impacto do trabalho sobre a saúde e segurança dos trabalhadores, incorporando os trabalhadores enquanto sujeitos das ações de saúde. (INSTITUTO DE MEDICINA DEL TRABAJO- CUBA, 1987).

Mais recentemente, os países europeus que integram a CEE têm dedicado especial atenção às questões de saúde e segurança dos trabalhadores. A *Diretiva do Conselho 89/391/EEC* contém diretrizes gerais orientadoras do trabalho na região, descrevendo seus objetivos; as obrigações dos empregadores e trabalhadores, as

providências a serem tomadas quanto aos primeiros socorros e a retirada de trabalhadores em situações de perigo grave e iminente; a informação aos trabalhadores e os mecanismos de consulta e participação; o treinamento dos trabalhadores e outras providências, servindo de importante instrumento de consulta e referência para outros países. (EUROPEAN COMMUNITIES, 1989; GEVERS, 1985).

Caminho semelhante começa a ser trilhado pelos países que integram o NAFTA e o MERCOSUL, iniciando as reuniões de discussão e negociação das condições e relações de trabalho em seus territórios de influência. (TENNASSEE, 1993)

No âmbito da OPS, a *XXIII Conferência Sanitária Panamericana*, realizada em setembro de 1990, designou o ano de 1992 como o "Ano da Saúde dos Trabalhadores", buscando estimular a mobilização de recursos e a cooperação técnica com os países membros. (OPS, 1992 a)

Uma programação variada marcou a iniciativa, destacando-se a produção de uma coletânea de textos destinados a subsidiar a estruturação e/ou implementação de atividades nos países da Região. (DURAO & BARRERA, 1992; OPS, 1992 b, c, d).

É digno de nota que, tão significativo número de publicações, em uma área carente delas, tenha recebido pequena divulgação, pelo menos no âmbito de nosso país, observando-se pouco ou nenhum envolvimento dos setores que, **de fato**, estão enfrentando este desafio, particularmente no âmbito da saúde.

Um mundo que se globaliza aceleradamente, sob a pressão dos interesses econômicos e pela influência dos meios de comunicação, no qual as fronteiras geográficas perdem o significado e acirram-se os conflitos, necessita de fóruns de discussão dos problemas, de busca de soluções comuns e de negociação das diferenças e divergências. É importante que as agências internacionais se reciclem e se atualizem para cumprir este papel.

2.2.3 Aspectos conceituais e características da área Saúde do Trabalhador

Adaptando o conceito emitido por *CASTELLANOS* (1990), para o universo da saúde dos trabalhadores, pode-se dizer que as condições objetivas de existência dos trabalhadores resultam da sua inserção particular no processo produtivo, da participação no consumo, da relação com o meio ambiente e da participação no processo político e de tomada de decisões.

Conceitualmente, pode-se dizer que a **Saúde do Trabalhador** surge enquanto uma prática social instituinte, que se propõe a contribuir para a transformação da realidade de saúde dos trabalhadores, e por extensão a da população como um todo, a partir da compreensão dos processos de trabalho particulares, de forma articulada com o consumo de bens e serviços e o conjunto de valores, crenças, idéias e representações sociais próprios deste momento da história humana (DIAS, 1993b).

Prática social instituinte entendida enquanto ações específicas e qualificadas de agentes sociais, num *processo mobilizado por forças produtivo-desejante-revolucionárias, que tendem a fundar instituições ou a transformá-las, como parte do devir das potências e materialidades sociais*. (BAREMBLITT, 1994).

O objeto da Saúde do Trabalhador pode ser definido como o **processo saúde e doença** dos grupos humanos, em sua relação com o **trabalho**. Trabalho entendido enquanto espaço de dominação e submissão do trabalhador pelo Capital, mas, igualmente, de resistência, de constituição, e do fazer histórico dos trabalhadores, que buscam o controle sobre as condições e os ambientes de trabalho, para torná-los mais *saudáveis*, num processo lento, contraditório, desigual no conjunto da classe trabalhadora, dependente de sua inserção no processo produtivo e do contexto sócio-político de uma determinada sociedade.

Enquanto prática social, a Saúde do Trabalhador apresenta dimensões sociais, políticas e técnicas, indissociáveis, que marcam sua ação e respondem pela ruptura com a concepção hegemônica que estabelece um vínculo causal entre a doença e um agente específico, ou a um grupo de fatores de risco presentes no ambiente de trabalho e tenta superar o enfoque que situa sua determinação no social, reduzido ao processo produtivo, desconsiderando a subjetividade.

Representa um esforço de compreensão deste processo - como e porque ocorre - e do desenvolvimento de alternativas de intervenção que levem à transformação, em direção à apropriação pelos trabalhadores, da dimensão humana do trabalho.

A atuação na área de **Saúde do Trabalhador** está baseada na premissa de os trabalhadores apresentam um viver, adoecer e morrer compartilhado com o conjunto da população, que é, também, específico, resultante de sua inserção em um dado processo de trabalho particular. E esta especificidade deve ser contemplada na atenção à sua saúde.

Para a **Saúde do Trabalhador**, a explicação do processo saúde-doença diferenciado dos trabalhadores apoia-se no modelo da determinação social do processo saúde-doença, mas incorpora conceitos, procedimentos e métodos originados da Medicina do Trabalho, da Clínica, da Medicina Social, da Saúde Pública e Saúde Coletiva e mais recentemente o enfoque ecológico-ambientalista.

Da observação do processo de construção da área temática **Saúde do Trabalhador** depreende-se que ela se apóia em dois pilares básicos: um fornecido pela Medicina do Trabalho/Saúde Ocupacional, outro pela Saúde Pública/Saúde Coletiva, com uma influência decisiva da chamada corrente da Epidemiologia Social, que tem por base o modelo da determinação social do processo saúde-doença.

Da Medicina do Trabalho, recebe a influência de ser uma intervenção predominantemente médica, sobre o indivíduo-trabalhador, centrada no referencial da Clínica, atuando sobre a doença e o disfuncionante, enfoque ampliado pela Saúde Ocupacional para o ambiente de trabalho e a prevenção, a partir de uma ação multidisciplinar e multiprofissional.

Da Saúde Pública, incorpora o direcionamento das ações para grupos de indivíduos, deixando de vê-los isoladamente, e o enfoque ecológico-ambiental-social, apesar dos desvios decorrentes da hegemonia da prática médica, descritos por NÁJERA, (1992).

Da Saúde Coletiva, incorpora *a possibilidade de estudar os problemas de saúde dos trabalhadores não como eventos individuais, isolados, mas como fatos particulares referentes a uma determinada coletividade.* (FACCHINI, 1993 b).

Apresenta, assim uma interface com o referencial da Clínica, centrado no indivíduo e outra, no coletivo no enfoque da Saúde Pública e/ou da Saúde Coletiva.

Essas múltiplas influências conformam uma prática diferenciada que, a rigor, não cabe em nenhum dos referenciais, até então conhecidos, distintos entre si, aparentemente excludentes ou antagônicos, o que causa confusão e perplexidade inicial aos que se aproximam da área e tem acarretado algumas dificuldades para o assentamento e aceitação dessa prática ou para o recorte dessa área temática. Mas, por outro lado, é responsável pela riqueza de possibilidades abertas, que sinalizam alternativas para a crise da intervenção em saúde, vivenciada mundialmente.

Assim, as ações de atenção à **Saúde do Trabalhador** incluem a promoção, a prevenção e a assistência, dirigidos ao indivíduo trabalhador que sofre, adoece, ou se acidenta e ao conjunto ou coletivo de trabalhadores, programadas e executadas de forma **integrada**.

As ações de **Saúde do Trabalhador** estão colimadas na busca de mudança nos processos de trabalho - das condições e dos ambientes de trabalho - através de uma abordagem **transdisciplinar e intersetorial** na perspectiva da totalidade, com a **participação dos trabalhadores**, enquanto sujeitos e parceiros, capazes de contribuir com seu saber para o avanço da compreensão do impacto do trabalho sobre o processo saúde-doença e de intervir efetivamente para a transformação da realidade.

A Saúde do Trabalhador se concretiza em práticas diversas, em diferentes momentos e regiões dentro de um mesmo país, mantendo, porém, os mesmos princípios: trabalhadores buscam ser reconhecidos em seu saber, questionam as alterações nos processos de trabalho, particularmente a adoção de novas tecnologias e novas formas de organizar o trabalho, exercitam o direito à informação e a recusa ao trabalho perigoso ou arriscado à saúde, buscando a *humanização do trabalho*. (BERLINGUER, 1978; ODDONE *et al.*, 1986; RIGOTTO, 1992)

2.2.4 Perspectivas e tendências da Saúde do Trabalhador

É interessante observar uma aproximação gradual da área da **Saúde do Trabalhador** com o movimento ambientalista, particularmente da corrente que aborda a questão na perspectiva dos modelos de desenvolvimento e considera que, na origem dos problemas ambientais estão os mesmos processos produtivos responsáveis pelos danos à saúde dos trabalhadores.

A crescente tomada de consciência e mobilização em torno das ameaças à Vida, inclusive da espécie humana, tem levado à realização de atividades, em todos os níveis e espaços sociais, do trabalho anônimo das ONGs à Conferência Internacional do Rio de Janeiro de 1992, (ECO/92), no sentido de se introduzir profundas modificações na atual forma de produzir, de se apropriar e transformar a natureza e nas relações entre os homens, tanto a nível micro quanto entre as nações.

Pretende-se, assim, garantir melhores condições de vida para a geração atual e preservar o planeta para as futuras gerações.

No que se refere ao movimento da Saúde do Trabalhador, em 1986, ao apresentar a edição brasileira do livro *Ambiente de Trabalho*, de I. Oddone e colaboradores, CAPISTRANO FILHO, (1986) identificava a necessidade de uma aproximação do movimento da Saúde do Trabalhador com os ambientalistas.

Nesse sentido, deve ser destacada, no Brasil, a atuação da Força Sindical, que realizou em Praia Grande, São Paulo, uma reunião preparatória e a elaboração de um documento para ser levado à ECO-92, e continua trabalhando a questão com os sindicatos que a integram (FORÇA SINDICAL, 1992).

A Central Única de Trabalhadores (CUT) tem dedicado atenção especial ao tema, em uma ação articulada com o Instituto de Saúde no Trabalho (INST), tendo criado uma publicação: *Sindicalismo, Desenvolvimento e Meio Ambiente* para divulgação do tema. (CUT, 1993)

Alguns setores do empresariado nacional, sintonizado com a importância do tema e pressionado pelas exigências e restrições colocadas no mercado internacional, como o *selo verde*, vêm se organizando, discutindo e inovando posturas e procedimentos nessa direção.

As relações entre as questões de saúde dos trabalhadores e o meio ambiente crescem em importância, na perspectiva da globalização. DOLL (1992), em artigo recente, destaca a interdependência das questões de saúde entre os países e os impactos decorrentes do crescimento populacional, das alterações climáticas, dos riscos químicos disseminados na e pela indústria, entre outros problemas-desafios para as políticas de Saúde Pública nos anos 90.

Um indicador do crescimento da importância do tema pode ser observado no aumento do número de relatos de experiências desenvolvidas no Brasil e no exterior e reflexões sobre o tema que aparecem na literatura leiga e especializada, como por exemplo, GOMEZ, CARVALHO & PORTO (1992); FRANCO (1993); TAMBELLINI (1993b); ORI & FUZESI (1994) e no destaque dado à questão dentro da programação da II Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, realizada em Brasília, em 1994. (AUGUSTO, 1994; LACAZ, 1993c).

2.3 AS ORIGENS E EVOLUÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE DOS TRABALHADORES NO SETOR SAÚDE, NO BRASIL

A descrição do cenário das relações entre Saúde & Trabalho no Brasil, onde se processa a construção da área da Saúde do Trabalhador, foi considerada importante para um melhor entendimento da questão, apesar das dificuldades intrínsecas ao tema, tanto por sua complexidade, que permite inúmeras e diferentes abordagens, quanto para estabelecer o nível de aprofundamento, uma vez que, de fato, não constitui o objeto do trabalho.

Falar em Saúde & Trabalho, no Brasil significa estabelecer relações entre um conjunto de situações e atores sociais, complexo e variado, ligado à **produção** (o que é produzido, como, em que processos de trabalho, sob controle de quem e de quais mecanismos); aos **trabalhadores** (quem são, quantos são, como estão inseridos no setor produtivo, de que adoecem e morrem, como percebem o processo saúde-doença e organizam suas lutas por trabalho e saúde) e as **políticas formuladas e implementadas pelo Estado**, tanto na esfera do setor produtivo, quanto na esfera social, entre elas as Políticas de Saúde, em resposta às necessidades de saúde da população.

Ao se colocar essas questões numa perspectiva de processo histórico e tentar percebê-las no mosaico que é a realidade brasileira, pode se ter uma idéia das dificuldades e da complexidade da tarefa. Lamentavelmente, apesar de sua importância, poucos trabalhos têm abordado o tema de forma mais sistemática.

MENDES, (1980), resgata, na óptica da Medicina do Trabalho, o processo acontecido no país, dos tempos do Brasil-Colônia, até os anos 70. FALEIROS, (1992), em sua tese de doutoramento, enfoca o processo de formulação das políticas de saúde e segurança dos trabalhadores, na perspectiva das relações entre o Estado, a economia e as forças sociais e FRUMKIN & CAMARA (1991), descrevem aspectos gerais da situação, no país.

Outros autores têm analisado ou proposto o estudo de momentos e situações particulares, contribuindo para a formação de um painel mais completo da situação. Entre eles, TAMBELLINI (1986 e 1987) faz uma análise da evolução das políticas de Estado, na área e de suas tendências; BARROS de OLIVEIRA (1991), em seu projeto de Tese de Doutorado, tece interessantes considerações sobre os acontecimentos na última década; o mesmo tema é retomado por BARROS de OLIVEIRA & FADEL DE VASCONCELLOS, (1992). BRANDÃO de OLIVEIRA, (1994), aborda a atuação, no âmbito do Trabalho, no Rio de Janeiro; FADEL de VASCONCELLOS, (1994), analisou o processo de implantação da Saúde do Trabalhador no SUS, na perspectiva da municipalização e apresenta uma proposta para sua implementação e LACAZ, (1994), em documento apresentado como subsídio às discussões na II Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, faz uma retrospectiva e uma análise dos acontecimentos mais recentes.

ROCHA & NUNES, (1993 a,b,c,d), refizeram a caminhada das relações Saúde & Trabalho, no Brasil, desde o período colonial, com os *objetivos de dar concretude ao conceito de determinação social do processo saúde-doença, reconstruindo o modo como ele ocorre no Brasil e possibilitar a compreensão da situação atual, suas*

contradições e perspectivas, cujas raízes encontram-se na teia da história, destacando as dificuldades encontradas para reconstituir a articulação entre processo econômico, político-social e a saúde e doença da população e dos trabalhadores em particular.

Permanecem à espera de uma melhor sistematização e divulgação outros registros, como livros, teses e trabalhos científicos publicados nos veículos tradicionais, Anais de Congressos e reuniões científicas, bem como, filmes, reportagens e documentários na imprensa escrita, falada e televisiva, publicações informais e literárias que registram os acontecimentos.

Contar a história do movimento da Saúde do Trabalhador no Brasil é, portanto, uma tarefa desafiadora. Além dos limites e cuidados, mencionados a propósito da caracterização da área Saúde do Trabalhador, é necessário definir de qual "Brasil" se está falando, num país-continente, onde a diversidade e as desigualdades, em todos os planos, são marcantes, sem esquecer sua inserção no planeta Terra e sua vinculação, ainda que periférica, ao mundo capitalista ocidental, influenciando e sendo influenciado pelos acontecimentos, com um tempo de latência cada vez menor, o que nos permite falar, hoje, quase que em simultaneidade.

Nessa perspectiva, os comentários apresentados a seguir não têm a pretensão de fazer um registro histórico das relações Saúde & Trabalho no Brasil, apenas pontuam alguns aspectos considerados importantes para sua caracterização enquanto **processo social**.

Inúmeros textos e estudos sobre a questão, alguns dos quais foram ou serão referenciados, estão à disposição daqueles que necessitarem ou se interessarem por uma abordagem mais rigorosa e aprofundada do tema.

Os trabalhadores brasileiros nos tempos de Brasil-Colônia e mesmo após a elevação do país à condição de Reino eram, na sua maioria, escravos desenvolvendo

atividades agrícolas (nas lavouras de cana de açúcar e café) e na extração mineral. Adoeciam e morriam devido às péssimas condições de vida e de trabalho, por doenças infecciosas e carenciais e compartilhavam a precária assistência médica disponível para o conjunto da população, acessível apenas para os que pudessem arcar com seus custos. Em algumas casos, dependendo da vontade e do interesse do senhor, recebiam algum cuidado, particularmente após a entrada em vigor das medidas que restringiram o tráfico de escravos, tornando-os, por isto, mais valorizados socialmente. (SOMARRIBA, 1984)

A abolição da escravidão em 1886, e a proclamação da República, em 1889, mudaram pouco este quadro, no que se refere à situação de vida do conjunto dos trabalhadores.

O processo de industrialização iniciado, com uma defasagem de quase cem anos em relação a alguns países da Europa, reproduziu os padrões de desgaste e consumo da força de trabalho já mencionados a propósito da Revolução Industrial na Europa. O Estado liberal da República Velha, implantada em 1889, permitiu/contribuiu para que o processo ganhasse, por vezes, contornos ainda mais graves.

Entretanto, alguns trabalhadores, inseridos em setores estratégicos de uma economia agro-exportadora (ferroviários e portuários) e industriários, em um processo de industrialização incipiente, organizam-se sob a influência do movimento anarquista, reivindicando melhoria das condições de vida e de trabalho, inclusive de atendimento e assistência médica e de garantia da sobrevivência, quando da ocorrência de acidentes de trabalho que os impedisse de continuar em atividade (OLIVEIRA & TEIXEIRA, 1986).

Este período, muito rico na história das relações entre trabalho e saúde no Brasil, começa a ser desvelado por inúmeros estudos, enfocando entre outros aspectos, a luta dos trabalhadores, suas pautas de reivindicações, a situação particular das

mulheres e das crianças trabalhadoras, as lideranças, a influência do movimento anarquista europeu, as estratégias do patronato, bem como os quadros de doença e morte e as alternativas de assistência oferecidas (FALEIROS, 1992; ROCHA & NUNES, 1993 a).

No plano das políticas públicas implementadas na área, é interessante destacar que no período da República Velha, a responsabilidade pela atenção à saúde dos trabalhadores, ainda que de modo insuficiente e diferenciado, estava atribuída ao setor Saúde, aparecendo no Plano de Saúde Oswaldo Cruz de 1904, em um parágrafo referente à *decretação de regras para o trabalho, tornando-o compatível com a saúde e a vida dos operários, quer quanto ao tempo de trabalho, quer quanto ao local em que ele se faz* MENDES (1986).

Anteriormente, o Decreto Nº 1.313, de 17/01/1891, já instituíra a fiscalização permanente nas fábricas em que trabalhassem menores, no âmbito do Distrito Federal, o Rio de Janeiro, atribuindo-a a um inspetor geral, subordinado ao Ministério da Justiça e Negócios Interiores (MJNI), ao qual estavam vinculadas as questões da Saúde Pública, conforme (BRANDÃO de OLIVEIRA, 1994).

Com a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), ainda no âmbito do MJNI e a promulgação do Regulamento Sanitário Federal em 1923, as questões de higiene industrial e profissional foram incluídas entre as atribuições da Inspetoria de Higiene Industrial.

A partir de 1919, algumas ações e responsabilidades referentes à atenção à saúde dos trabalhadores passaram a ser divididas com o recém-criado setor da Previdência através da promulgação da Lei de Acidentes do Trabalho. Em 1923, a Lei Eloy Chaves instituiu as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), para os ferroviários, marítimos e portuários, em resposta às suas reivindicações,

regulamentando a assistência médica e o seguro social em caso de doença, invalidez ou morte (OLIVEIRA & TEIXEIRA, 1986; MENDES, 1986).

O Estado Novo, vigente entre 1930 e 1945, de perfil autoritário e populista, realizou profundas mudanças no aparelho do Estado com vistas à implementação de seu projeto modernizante, apoiado na industrialização. Para garantir o estabelecimento de relações de trabalho mais adequadas ao desenvolvimento do projeto, entre outras medidas, colocou o movimento organizado dos trabalhadores sob o controle do Estado e criou o Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio (MTIC). Inspiradas na doutrina do Corporativismo, essas iniciativas trouxeram alguns avanços referentes aos direitos sociais dos trabalhadores, às condições de trabalho (férias, horas extras, regulamentação do trabalho de mulheres e menores) e às compensações sociais, aposentadorias e pensões, mas cercearam sua participação efetiva nos processos de decisão e gestão de seus interesses, reduzindo-os a simples questões técnicas (ANTUNES, 1988; ROCHA & NUNES, 1993b).

Deve ser registrado que a transferência das ações ou da intervenção do Estado sobre as questões de saúde e segurança dos trabalhadores, da esfera da Saúde para o MTIC, (que repassou muitas delas aos próprios empregadores) não se deu de modo pacífico. BRANDÃO DE OLIVEIRA, (1994), a partir de uma pesquisa histórica, resgata e descreve o fato.

O Decreto Nº 19.495, de 17/12/30, que dispunha sobre a primeira organização do MTIC, determinou a transferência da Inspeção de Higiene Industrial e Profissional (IHIP), do DNSP, do MJNI para o novo Ministério, mas foi revogado, cinco dias após, em 22 de dezembro, pelo Decreto Nº 19.519, que decidia pela transferência do referido setor para a jurisdição do Ministério da Educação e Saúde Pública (MESP), criado na mesma época.

Em 1931, foi criada na Estrutura do MTIC, o Departamento Nacional do Trabalho (DNT), que tinha entre suas atribuições, a de melhorar as condições de trabalho. É interessante notar que o quadro técnico da IHIP do antigo DNSP não foi aproveitado, nem incorporado à nova estrutura, tendo se optado pela contratação de outros profissionais, indicando, talvez, uma radical mudança de orientação da linha e da condução do trabalho (BRANDÃO de OLIVEIRA, 1994).

No âmbito da Previdência Social, as CAPs foram transformadas em Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), ainda organizados segundo as categorias dos trabalhadores no setor produtivo: industriários, bancários, comerciários, etc. Recursos da Previdência Social foram utilizados para viabilizar o projeto de desenvolvimento e industrialização nacional no setor siderúrgico, de celulose, o financiamento do crédito agrícola e do setor privado (OLIVEIRA & TEIXEIRA, 1986).

Apesar das mudanças, foi mantida a perspectiva de "proteger" e "cuidar" de modo diferenciado os trabalhadores inseridos no setor formal de trabalho, mais valorizados socialmente, importantes enquanto fator de produção e de responder às demandas apresentadas pelas categorias mais organizadas, deixando os demais desassistidos ou entregues aos serviços públicos.

Coincidindo com o término da II Guerra Mundial, o fim do Estado Novo, com a deposição de Getúlio Vargas em outubro de 1945, inicia um período de redemocratização do país que se expressa no surgimento de diversas lideranças e partidos políticos, liberais, conservadores, comunistas, socialistas entre outros, no cenário político brasileiro. Em 1946, uma nova Constituição substituiu a anterior, do período ditatorial.

Os interesses econômicos e políticos de grupos conservadores brasileiros, um relativo acúmulo de divisas conseguidas na II Guerra e uma certa autonomia técnica

permitiram pensar num projeto nacional traduzido em novo ciclo de desenvolvimento econômico, através da abertura ao capital estrangeiro.

Na implementação de uma proposta de desenvolvimento industrial para o país, foram concedidas inúmeras facilidades para a instalação de indústrias estrangeiras, além da criação de uma infra estrutura de apoio, traduzida no desenvolvimento do potencial energético, abertura de estradas e ampliação dos meios de comunicação e educação técnica (SILVA-CARVALHO, 1992).

Quase como uma consequência, surgem os primeiros Serviços de Medicina do Trabalho no país, copiados dos existentes nas empresas-matriz e/ou inspirados na Recomendação 112 da Organização Internacional do Trabalho, de 1959. Nas Escolas de Saúde Pública são desenvolvidas disciplinas que tratam do tema; é criado o Serviço de Medicina Industrial no Serviço Social da Indústria (SESI), em São Paulo. Institui-se a Medicina do Trabalho no Brasil (MENDES & DIAS, 1991).

As políticas sociais implementadas por influência das propostas da Carta do Atlântico, de que o Brasil foi signatário e das idéias do "welfare state" resultaram na criação do Ministério da Saúde (MS), em 1953, com atribuições essencialmente preventivas e de controle das endemias e na ampliação dos benefícios sociais, particularmente da assistência médica, à custa da contribuição dos trabalhadores (ROCHA & NUNES, 1992 c). Apesar da rearticulação das forças democráticas, não se observam mudanças substanciais nas normas que disciplinam as relações de trabalho, particularmente, nos dispositivos restritivos da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), herdados do período anterior, entre os quais se incluem aqueles referentes às condições e ambientes do trabalho.

O projeto desenvolvimentista encontrou receptividade em amplos setores da sociedade e resistências, por parte de grupos políticos nacionalistas, que denunciavam as estratégias adotadas na sua implementação, levando ao congelamento dos salários,

à inflação, insuficiência e racionamento de energia, transporte, oferta de alimento para a população das cidades, em rápido crescimento.

Apesar dos mecanismos de controle instituídos, a luta dos trabalhadores permanece viva, tanto a nível dos sindicatos mais organizados (ANTUNES, 1988), quanto em iniciativas isoladas e setorializadas, por locais de trabalho, em torno de questões como férias, jornada de trabalho, regulamentação do trabalho das mulheres (PAOLI, 1987; RIGOTTO, 1992).

As fortes tensões sociais e políticas que marcam este tempo, culminam, em 1954, com o suicídio de Vargas, então presidente eleito. Após um período conturbado, inicia-se em 1956, o governo de Juscelino Kubitschek de Oliveira, apresentando um Plano de Metas que pretendia transformar a estrutura econômica do país, através da criação de uma indústria de base, de material elétrico e metal-mecânica pesadas e da indústria automobilística. O lema era progredir "cinquenta anos em cinco".

A Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS) Nº 3.807/60, uniformizou os direitos aos benefícios e serviços para todos os segurados, gerando o descontentamento de categorias minoratárias que dispunham de benefícios mais ampliados e acentuando os conflitos gerados pela discrepância observada entre o que a legislação assegurava e o que era disponível na realidade (OLIVEIRA & TEIXEIRA, 1986; ROCHA & NUNES, 1993 c).

Entre os trabalhadores, como de resto no conjunto da população, mantém-se o mesmo perfil de morbi-mortalidade, descrito anteriormente, marcado pela ocorrência das doenças infecto-contagiosas e carenciais e os acidentes do trabalho. Uma situação particularmente dramática era observada entre os trabalhadores rurais, que começam a se organizar buscando ser ouvidos na sociedade e transformar sua realidade. O movimento ganhou relevância nacional, particularmente no nordeste do

país, com a formação das Ligas Camponesas, seguida da adesão dos trabalhadores urbanos, culminando com a promulgação, em março de 1963, do Estatuto do Trabalhador Rural regulamentando as relações e trabalho no campo. A Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura (CONTAG) surgiu em dezembro do mesmo ano.

Entre 1961 e 1964, vêm à tona os problemas decorrentes do modelo de desenvolvimento adotado e a inflação torna-se o problema central do país. As desigualdades, desequilíbrios, as contradições e os conflitos, tanto na cidade quanto no campo se agudizam e cresce a tomada de consciência e organização social.

O Golpe de 1964 instaura a Ditadura Militar que retoma e recicla o projeto desenvolvimentista-modernizante, apoiado na industrialização e na produção mineral e agrícola para a exportação. Não é um tempo homogêneo. Em um primeiro momento, que pode ser delimitado até meados da década de 70, caracteriza-se como o período do "milagre brasileiro" conseguido às custas da hegemonia absoluta do poder executivo sobre o legislativo, que garantiu a intensificação da exploração do trabalho, a opressão e repressão dos movimentos sociais, pela supressão das liberdades democráticas, o arrocho salarial, traduzido em baixo poder aquisitivo da população e estrutura altamente concentrada de distribuição da renda nacional (ROCHA & NUNES, 1993d).

Os reflexos desta situação sobre o perfil de morbi-mortalidade dos trabalhadores e da população geral traduzem-se em um aumento acentuado dos acidentes do trabalho, das doenças infecto-contagiosas, que tem na epidemia de meningite ocorrida entre 70 e 72 a sua face mais dramática e das doenças crônico-degenerativas, algumas das quais inexistentes ou inexpressivas até então, configurando o chamado duplo perfil epidemiológico (POSSAS, 1981; PICALUGA, 1982b); RIBEIRO & LACAZ, 1984; COHN *et al.*, 1985).

As políticas sociais, particularmente as políticas de saúde desenhadas no período, apesar de continuarem periféricas na agenda pública, traduziram-se em programas que, longe de atender as necessidades e carências da população, procuravam apenas atenuar os conflitos, desmobilizar as reivindicações ou administrar a crise instalada no Sistema de Saúde, através de medidas racionalizadoras (MEDICI, 1989).

A criação do Fundo de Assistência e Previdência do Trabalhador Rural (FUNRURAL), em 1964, representou o início da Previdência Social Rural, vindo em resposta ao movimento dos trabalhadores, mencionado anteriormente. (FALCÃO, s.d).

No âmbito da Saúde, a Lei Nº 62.229/75 deu nova organização ao Sistema Nacional de Saúde (SNS) "sacramentando" a divisão das atribuições quanto à atenção à saúde dos trabalhadores. De acordo com o texto legal, ao Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), caberia a prestação da assistência médica individual, através do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS); ao Ministério da Saúde, foi atribuída a responsabilidade pelas ações coletivas e as atividades de saúde pública, as ações preventivas e o controle das grandes endemias; ficando o Ministério do Trabalho encarregado das questões referentes à higiene e à medicina do trabalho. (BRASIL, 1975)

Ao se enumerar este elenco de atribuições, não se pode esquecer que, particularmente, as ações de assistência médica e aquelas voltadas para o controle e melhoria das condições e ambientes de trabalho referiam-se apenas aos trabalhadores inseridos no setor formal, com vínculo empregatício, deixando um enorme contingente a descoberto de atenção.

Na esfera da Previdência Social foram adotadas inúmeras medidas racionalizadoras, entre elas a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), através da unificação dos IAPs, e a promulgação de uma nova Lei de Acidentes do Trabalho, ambas ocorridas em 1967. É privilegiada a prestação da

assistência médica individual, em detrimento das ações de saúde coletiva, e o setor privado hospitalar e o complexo médico-industrial são amplamente subsidiados com recursos do Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS), atendendo aos interesses de setores hegemônicos dentro do Sistema (POSSAS, 1981; OLIVEIRA & TEIXEIRA, 1986).

No âmbito do Trabalho, destaca-se a instituição do Programa Nacional de Valorização do Trabalhador, em 1972, denominação pomposa para uma série de medidas destinadas a enfrentar o quadro dramático de consumo da força de trabalho, evidenciado pelo aumento dos acidentes do trabalho. Entre as medidas propostas, destacam-se a obrigatoriedade da criação de Serviços Especializados em Segurança e Medicina do Trabalho, nas empresas, dependendo do seu porte (número de empregados) e do grau de risco da atividade principal desenvolvida e o estabelecimento de amplo programa educativo através de propaganda maciça e campanhas prevencionistas (BRASIL, 1972).

Definia-se assim uma linha de intervenção sustentada pela medicalização e o enfoque ambientalista no sentido estrito, por um lado e na *educação do trabalhador* por outro, práticas contestadas por setores do movimento social e do movimento de trabalhadores e objeto de extensa discussão e produção técnica e científica. (POSSAS, 1981; OLIVEIRA & TEIXEIRA, 1986)

Entretanto apesar da gravidade da situação dos trabalhadores e da natureza autoritária do governo, a Portaria Nº 3.237/72, que deveria vigorar a partir de 01 de Janeiro de 1975, teve sua vigência adiada por mais um ano, entrando em vigor, modificada, em 1976, sob forte pressão contrária de setores empresariais (RIBEIRO & LACAZ, 1985; BENATTI, 1990).

O MTPS foi desmembrado, em 1974, em dois Ministérios, um do Trabalho (MTb) e outro de Previdência Social (MPS). A nível do MTb, o Departamento Nacional de

Segurança e Higiene do Trabalho (DNSHT) foi transformado em Subsecretaria de Segurança e Medicina do Trabalho (SSMT), vinculada à Secretaria de Relações do Trabalho, evidenciando um destaque dado à questão.

Em 1977, foi reformulado o capítulo V da CLT, que trata das questões de segurança e higiene do trabalho, incorporando avanços importantes para os trabalhadores como a possibilidade de embargo e interdição das instalações ou situações de trabalho, que se configurassem como de risco grave e iminente para a sua integridade física. No ano seguinte, foram expedidas as Normas Regulamentadoras da Portaria Nº 3.214/78, que se tornaram referência para as ações de fiscalização dos ambientes e condições de trabalho e parâmetro para ações a nível da Justiça Comum e do Trabalho, do trabalho sindical e do empresariado (ATLAS, 1994).

Entretanto, os trabalhadores silenciados e oprimidos pelo Regime Militar, tendo suas organizações controladas e desviadas para uma atuação assistencialista e desmobilizadora, organizavam-se em torno de questões do cotidiano, nas fábricas, nas associações bairro, nos movimentos de mulheres, nos movimentos étnicos, nos grupos ecológicos conformando os novos movimentos sociais e dando corpo ao novo sindicalismo (SADER, 1988).

A crise de âmbito internacional provocada pela elevação dos preços do petróleo provocou um rearranjo de forças, com profundas repercussões na economia das nações e na vida das populações tanto nos países desenvolvidos, quanto nos países periféricos. No Brasil, contribuiu para acelerar o desvelamento da falência do modelo desenvolvimentista adotado, que começava a dar sinais de esgotamento. A partir de 1974 a economia brasileira entrou em um período crítico, com aumento da inflação e decréscimo do ritmo de crescimento, que chegou a atingir uma taxa de 27% , entre 1972 e 1973.

O governo optou, então, por tentar conjugar objetivos inconciliáveis, como o de sustentar altas taxas de crescimento, inverter a aceleração da inflação e sustar o déficit da balança de pagamentos, acirrando as contradições e tornando inevitável o processo de abertura política, lenta e gradual, rumo à transição democrática (SILVA CARVALHO, 1992).

É neste contexto e neste momento histórico que técnicos e profissionais de saúde se associam aos trabalhadores buscando conhecer e intervir sobre uma realidade cruel de sofrimento, doença e morte, revelada pelos indicadores disponíveis ou pela ausência deles e pela situação de desassistência dos trabalhadores, na perspectiva de transformá-la, que caracteriza o processo de construção da área da Saúde do Trabalhador.

Assim, os fatores contribuintes para a constituição da atenção à saúde dos trabalhadores no Sistema de Saúde são, em muitos aspectos, coincidentes com aqueles já apontados em relação ao processo da Reforma Sanitária. Entre eles, podem ser destacados:

- . o desenvolvimento do *modelo explicativo da determinação social do processo saúde-doença*, que forneceu o arcabouço teórico básico e a sustentação para a compreensão e intervenção sobre a questão;
- . a parceria entre profissionais vinculados às universidades e instituições de pesquisa, de serviços públicos de saúde e organizações de trabalhadores, inspirada na experiência italiana;
- . a reorganização e fortalecimento das organizações dos trabalhadores, com suas propostas inovadoras de privilegiar as questões do cotidiano, entre elas a saúde, na lutas sindicais;
- . a ampla mobilização e reorganização da sociedade civil, denunciando as precárias condições de vida e a desassistência da população, (com a participação do movimento da Saúde Coletiva; do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) e da ABRASCO); e

- . a atuação das organizações internacionais, particularmente da OPAS e OMS, reelaborando e divulgando propostas inovadoras de intervenção sobre os problemas.

Entretanto, apesar do núcleo comum e das interrelações existentes entre o movimento da Reforma Sanitária e o movimento da Saúde do Trabalhador, LACAZ, (1993 b) chama atenção para a pouca ênfase dada nos registros existentes, às contribuições do movimento sindical ao processo.

Apesar de não serem bem explicitadas, as dificuldades que se observam entre o movimento da Reforma Sanitária e a constituição da Saúde do Trabalhador poderiam estar relacionadas:

- . à influência de alguns enfoques e práticas que a Saúde do Trabalhador recebeu da Medicina do Trabalho, entre elas, a importância dada à atenção individual ao trabalhador e sua estreita vinculação com a Clínica;
- . as históricas relações com outros setores sociais, particularmente o do Trabalho; no âmbito do Estado e com o setor produtivo privado; e
- . as relações estreitas, muitas vezes orgânicas, com os trabalhadores e suas organizações.

Apesar dos riscos da redução e simplificação exagerados de uma realidade multiforme em todos os aspectos, geográficos, sociais, culturais e políticos do país, abrangendo um período histórico relativamente longo, é importante destacar nesta tentativa de síntese, dois aspectos, julgados importantes para o enfoque da questão da atenção à saúde dos trabalhadores no setor Saúde.

O primeiro, é a idéia de **processo social**, que evolui sob a influência das forças sociais que se organizam e se enfrentam, com a mediação do Estado.

O segundo, é a ambiguidade do tratamento dado à questão no âmbito das instituições de governo, evidenciando o **conflito e as contradições que cercam o enfoque da saúde dos trabalhadores**, vista ora pelo ângulo de um Direito de cidadania, ora numa perspectiva economicista, como fator de produção.

2.4 A ATENÇÃO À SAÚDE DOS TRABALHADORES NA PERSPECTIVA DA SAÚDE DO TRABALHADOR

Em seqüência à caracterização da área de Saúde do Trabalhador, a partir do resgate de sua evolução histórica, das bases teóricas que sustentam a compreensão das relações saúde-doença e trabalho e da participação dos atores sociais envolvidos fica mais fácil delimitar o que se entende por atenção à saúde dos trabalhadores, **na perspectiva da Saúde do Trabalhador.**

Inicialmente é importante deixar claro que a atenção à saúde dos trabalhadores é desenvolvida, ainda que com objetivos e práticas bem distintas, pelos empregadores, através dos Serviços Especializados em Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT) e outras formas de organizar e prestar serviços de saúde; pelas organizações de trabalhadores, tanto em práticas assistencialistas tradicionais, quanto através das "novas" práticas sindicais que privilegiam a saúde; e pelo Estado, ao implementar as políticas sociais públicas, em particular a política de saúde, através da rede pública de serviços de saúde.

Neste texto será privilegiado o enfoque da atuação do Estado, através da rede pública de serviços de saúde, ainda que as relações estabelecidas entre os três níveis obriguem, por vezes, a menção ou a referência aos outros dois.

Considerando os serviços públicos de saúde como o conjunto de instituições estatais e de organizações privadas pactadas com o Estado, através de contratos ou convênios, regidos pelo Direito administrativo (VILAÇA MENDES, 1992), no recorte

estabelecido para este trabalho, serão enfocadas as atividades de atenção à saúde dos trabalhadores desenvolvidas nessa rede.

Por princípio, a atenção à saúde dos trabalhadores não pode ser separada daquela prestada à população geral, da qual os trabalhadores são parte.

Extensa literatura registra, analisa e discute a atenção à saúde da população em seus diversos aspectos, da causação e distribuição do processo saúde-doença; os procedimentos de promoção e prevenção da saúde, de diagnóstico, tratamento e reabilitação; as políticas públicas de saúde; as relações entre os setores público e privado, mas contempla, apenas parcialmente, a atenção à saúde dos trabalhadores, no que ela apresenta de específico.

Esta **especificidade** está traduzida na premissa básica que norteia a atenção à saúde dos trabalhadores, de que os trabalhadores **adoecem e morrem de uma forma igual, compartilhada com o conjunto da população, e diferente, em decorrência de sua inserção em processos de trabalho particulares no processo produtivo, especificidade que deve ser contemplada no atendimento às suas necessidades de saúde.**

A este princípio básico agregam-se outros, compartilhados com o Sistema Único de Saúde, de que a atenção à saúde dos trabalhadores deve ser **universal**, ou seja acessível a todos os trabalhadores, independente da sua inserção no processo produtivo ser mais ou menos valorizada socialmente; com **equidade**, ou seja, que lhe seja colocado à disposição o que de melhor a ciência e a técnica, frutos do trabalho humano, conseguiram desenvolver até o momento, neste campo; **integral**, ou seja que as ações preventivas e curativas sejam desenvolvidas de modo integrado e que se considere os **trabalhadores sujeitos** das ações de saúde.

Coerente com as premissas acima, cabe ao setor Saúde a coordenação da atenção à saúde dos trabalhadores, ainda que, sua atuação deva se dar, necessariamente, de forma articulada com os outros setores sociais responsáveis pela questão, uma vez que os problemas de saúde dos trabalhadores, como outros problemas de Saúde, dificilmente podem ser resolvidos por ações exclusivas do *Setor Saúde* e que as ações mais eficazes para garanti-la estão no âmbito da economia, ciência & tecnologia, na esfera da organização da produção do que, propriamente, no setor saúde.

No âmbito dos serviços públicos de saúde, a atenção à saúde dos trabalhadores, colocada na perspectiva da Saúde do Trabalhador, apresenta particularidades que necessitam ser contempladas e lacunas no conhecimento a serem preenchidas, como por exemplo:

- . a ocorrência e distribuição das doenças em sua relação com o trabalho;
- . a distinção arbitrária estabelecida entre doença profissional e doença relacionada ao trabalho e seus desdobramentos na esfera da Previdência Social;
- . os aspectos ético-legais da responsabilidade patronal na proteção da saúde dos trabalhadores;
- . a participação dos trabalhadores; o papel e atribuições dos organismos do Estado, mais diretamente envolvidos com a questão, na esfera do Trabalho, da Previdência Social e da Saúde.

Assim, é importante conhecer melhor esta realidade, tanto para dar maior consistência às ações no âmbito do setor saúde, quanto para contribuir para uma melhor delimitação da sua identidade ou da sua contribuição no conjunto das instituições públicas que têm responsabilidades sobre a questão.

A distinção básica da atenção à saúde dos trabalhadores habitualmente feita pelo Sistema de Saúde (afinal o Sistema de Saúde sempre atendeu trabalhadores) de um

processo social inovador denominado *na perspectiva da Saúde do Trabalhador*, é mais do que a segmentação da clientela ou a alternativa da criação de um terceiro turno, ou de outras medidas racionalizadoras e de organização dos recursos de saúde.

A experiência acumulada no âmbito dos Serviços e Programas de Saúde do Trabalhador permite identificar as seguintes ações denominadas de atenção à saúde dos trabalhadores (DIAS, 1993):

- . a assistência aos trabalhadores, vítimas de acidentes do trabalho ou doenças profissionais, ou de doenças relacionadas ao trabalho, compreendendo as ações de diagnóstico, incluindo o estabelecimento do nexo com o trabalho) e de recuperação da saúde (tratamento e reabilitação);
- . o acesso dos trabalhadores segurados à Previdência Social para os procedimentos ligados ao Seguro;
- . as ações de promoção e proteção da saúde (que incluem a vigilância da saúde dos trabalhadores e das condições e os ambientes de trabalho e os procedimentos de notificação, mas não se esgotam neles);
- . a capacitação e treinamento de recursos humanos;
- . a produção e difusão de conhecimento e informação aos setores sociais envolvidos ou interessados no tema, particularmente as organizações de trabalhadores.

A rigor, nenhuma das ações isoladamente, constitui uma "novidade" para os serviços de saúde. O aspecto inovador é justamente a tentativa de implementá-las de uma forma articulada e colimada a partir de um referencial teórico e de instrumentos de abordagem das relações trabalho x saúde x doença e de intervenção sobre seu impacto sobre a saúde dos trabalhos e sobre o meio ambiente.

Estas ações de saúde são implementadas no seu todo ou isoladamente, em certos casos, dado aos limites dos recursos de saúde disponíveis, para atender a **necessidades sentidas de saúde**, estabelecidas em função de um padrão normativo,

considerado desejável e possível ou a um **problema de saúde**, entendido enquanto um conjunto de necessidades organizadas por um ator social disposto a mobilizar-se em função delas.(CASTELLANOS, 1990).

A definição das necessidades e dos problemas de saúde que serão alvo das ações de saúde do trabalhador é trazida aos serviços de saúde pelos trabalhadores organizados ou não, ou pelos técnicos dos serviços, que a partir de estudos da situação de saúde iniciam o processo e buscam a adesão do movimento social.

Nesta perspectiva, é possível falar de um *modelo assistencial da saúde do trabalhador* que se encontra em construção na rede pública de serviços de saúde. Modelo assistencial compreendido enquanto o *modo como são produzidas as ações de saúde e a maneira como os serviços de saúde e o Estado se organizam para produzi-las e distribuí-las*. CAMPOS, (1989).

Ao tratar da reorganização das práticas de saúde nos Distritos Sanitários, PAIM (1993 a) estabelece uma distinção entre modelo organizacional gerencial de serviços de saúde e modelo assistencial, e aponta para a impossibilidade de no mundo real, separar o re-aranjo físico-funcional dos serviços de saúde, dados por uma visão técnico-racionalizadora, da revisão dos conteúdos e das práticas de saúde. Da experiência observada é possível estender o mesmo raciocínio para a atenção à saúde dos trabalhadores.

A abordagem do modelo assistencial da Saúde do Trabalhador, pode ser feita a partir dos **elementos constitutivos do seu processo de trabalho**: o objeto de trabalho, os meios de trabalho e o trabalho dos profissionais de saúde.

O objeto de trabalho da Saúde do Trabalhador, pode ser definido como *o processo saúde-doença dos grupos humanos em sua relação com o trabalho que é traduzido, na atenção à saúde dos trabalhadores, em intervenções sobre o*

corpo anátomo-fisiológico do trabalhador que adoece, sofre, morre, exigindo uma intervenção particular, individual, com auxílio do instrumental fornecido pela Clínica, na prática tradicional da assistência médica e nas ações preventivas, direcionadas para a promoção e proteção da saúde. Ao ao mesmo tempo, exige a apreensão do caráter coletivo dos eventos, objetivando a descrição das ocorrências e/ou a análise da probabilidade de sua ocorrência, o estabelecimento do nexó com o trabalho e a definição e organização das ações de saúde a nível dos serviços.

Quando um trabalhador adoece (e geralmente seu conceito de estar doente está vinculado à sua capacidade para trabalhar), sente um mal-estar, dor de cabeça, "vista ardendo", dor de barriga, dificuldade para dormir, distúrbios digestivos ou respiratórios, dor e/ou dormência na mão, quebra o braço ou corta o pé e procura um serviço médico, ele busca assistência. Ele quer saber o que ele tem, quer ser tratado, quer ser "curado", quer alívio para o sofrimento.

Este primeiro contato do trabalhador com o serviço de saúde, buscando **assistência médica**, independente de onde ele se dá (no Posto de Saúde da rede pública de serviços, no Pronto Socorro, nos serviços de especialidades, no consultório particular, no Serviço Médico da Empresa ou no ambulatório do Convênio Médico) é um momento privilegiado para iniciar a **atenção à saúde do trabalhador**.

O desafio de colocar este atendimento na perspectiva da Saúde do Trabalhador começa pela adoção de procedimentos relativamente simples, como realização da anamnese ocupacional, que vai permitir ao profissional de saúde que atende o trabalhador estabelecer o nexó da doença ou da queixa com o trabalho atual ou pregresso do paciente.

É interessante registrar que esta recomendação é antiga e foi feita por Ramazzini, em 1700: "*o médico que vai atender a um paciente proletário, não deve se limitar a*

pôr a mão no pulso, com pressa, assim que chegar, sem informar-se de suas condições; não delibere de pé, sobre o que convém ou não fazer, como se não jogasse com a vida humana: deve sentar-se, com a dignidade de um juiz, ainda que não seja em cadeira dourada, como em casa de magnatas; sente-se mesmo num banco, examine o paciente com fisionomia alegre e observe detidamente o que ele necessita, perguntando: qual é a sua profissão? (RAMAZZINI, 1971)

A anamnese ocupacional, além de trazer informações importantes para o esclarecimento sobre o problema ou a doença do trabalhador, pode se constituir em um momento privilegiado da relação médico-paciente, mudando substancialmente sua qualidade, na medida que o paciente-trabalhador fala do "seu mundo", cheio de significado para ele.

Outra mudança importante na prática de saúde, quando colocada na perspectiva da Saúde do Trabalhador, decorre da introdução do "olhar" ou da atitude epidemiológica, que se concretiza na medida que o profissional que atende trabalhador se preocupa em investigar ou em perguntar pelos companheiros de trabalho, desencadeando um rico processo pedagógico junto ao paciente e estabelecendo as bases para a investigação epidemiológica.

Apesar de simples, estes procedimentos mudam a qualidade do atendimento prestado aos trabalhadores em qualquer das instâncias do Sistema de Saúde, contribuindo para o desvelamento e a divulgação do impacto do trabalho sobre as condições de saúde-doença dos trabalhadores, que constitui o primeiro passo de uma intervenção em Saúde do Trabalhador.

Um nível de atuação distinto refere-se aos trabalhadores supostamente sadios. Identificado um "caso" de doença, em qualquer um dos níveis do serviço de saúde, torna-se necessário, quer por obrigação ética, quer pela competência e racionalidade

do Sistema de Saúde, buscar proteger os indivíduos sadios expostos às mesmas condições adoecedoras.

Tal procedimento, já incorporado pelos serviços de saúde para as doenças infecciosas, vem gradativamente, sendo assumido sob a denominação de **vigilância da saúde dos trabalhadores**. Apesar de ser ainda pouco expressiva, quase inexistente, no conjunto do Sistema de Saúde, tem por alvo os trabalhadores sadios e sob risco de adoecer, com a finalidade de evitar que adoçam. É distinta da ação de fiscalização dos ambientes e condições de trabalho desenvolvida pelo Setor Trabalho, tanto por estar voltada para todos os trabalhadores, independentemente de sua inserção no setor formal ou informal de trabalho, quanto pelas finalidades últimas de proteção e promoção da saúde, não só dos trabalhadores, como da população geral. (PINHERO *et al.*, 1992)

A Vigilância da Saúde dos Trabalhadores é, por natureza, uma prática multidisciplinar, interinstitucional, que extrapola o Setor Saúde, mas está subordinada aos seus princípios, utiliza instrumentos e métodos da epidemiologia, da higiene do trabalho, da ergonomia e que não pode prescindir da participação efetiva dos trabalhadores.

Mas, ao se falar de promoção e prevenção em Saúde do Trabalhador é necessário ir além das ações de vigilância e buscar uma intervenção mais ampla na perspectiva da promoção da saúde. Em que pese a atualidade do tema e as inúmeras discussões, reuniões e propostas que começam a surgir, particularmente nos países desenvolvidos, ainda são incipientes entre nós e muito pouco trabalhadas como ações de Saúde do Trabalhador. Podem ser mais facilmente encontradas integrando a programação dos Serviços Médicos de Empresas de grandes corporações.

Entretanto, é importante lembrar que os Programas de Saúde do Trabalhador, ao apoiar e subsidiar, através de suas práticas, o movimento social e a luta dos

trabalhadores por melhores condições de vida e de trabalho, está, indiscutivelmente, fazendo promoção da saúde, o que não significa que se esgotam aí as possibilidades. Nem que se possa incorrer no erro ou na confusão de achar que as ações de Vigilância à Saúde, colocadas na perspectiva da Saúde do Trabalhador, são sinônimo ou equivalem a uma prática preventiva na perspectiva da integralidade das ações.

A possibilidade ou a capacidade de uma atuação integrada das ações tradicionais de assistência médica e de uma atuação de caráter preventivo conforma a atenção à saúde dos trabalhadores, apesar das inúmeras dificuldades conceituais e operacionais para sua implementação.

Considerando o fato da área temática da Saúde do Trabalhador se encontrar em constituição é importante acrescentar a essas ações de saúde, duas outras: a preparação de recursos humanos e a produção e divulgação do conhecimento, muito importantes para alimentar seu crescimento.

Assim, para a atenção à saúde dos trabalhadores é importante o trabalhador enquanto indivíduo e apesar de reconhecer que lhe é atribuído um valor social diferenciado, em função de determinantes estruturais, econômicos, políticos e ideológicos, considera imprescindível que lhe seja colocado à disposição, o que de melhor a ciência e a técnica são capazes de oferecer, na abordagem Clínica tradicional. Entretanto, busca a superação deste enfoque, através da tentativa de ir além e "olhar" o que se passa com o coletivo dos trabalhadores, tanto no que se refere às suas condições de saúde e doença, quanto de suas condições de trabalho, potencialmente geradoras de doença.

Ao adotar a perspectiva de saúde enquanto Direito, busca a mudança das condições de vida, tornando-as favorecedoras da saúde e defende a necessidade de uma cobertura universal por parte dos serviços de saúde para todos os trabalhadores, considerando-os "desassistidos" mesmo se dispõem de alternativas, ainda que caras

e complexas, de assistência que não contemplam sua inserção no processo produtivo.

Na medida que amplia seu "olhar" e campo de intervenção, do indivíduo para o coletivo dos trabalhadores e incorpora os trabalhadores enquanto sujeitos das ações de saúde, a Saúde do Trabalhador utiliza o instrumental e as referências da Saúde Pública e da Saúde Coletiva, gerando assim uma prática de saúde diferenciada, que guarda características de uma e da outra, mas não é igual ou não é a mesma que nenhuma das duas.

Esta elaboração, apesar de aparentemente complicada e difícil de ser exposta, flui quase que naturalmente na proposta dos Programas e Serviços de Saúde do Trabalhador, traduzindo-se na vinculação dessas práticas com a totalidade social.

Apesar de não ser possível identificá-la de modo tão esquemático e "pronto" na atuação dos Programas de Saúde do Trabalhador, (sem esquecer ou minimizar a diversidade que os caracterizam) não se pode deixar de reconhecê-la como a diretriz maior ou o eixo que norteia a criação e implementação das ações.

Entre os problemas para a prestação de uma atenção diferenciada à saúde dos trabalhadores na rede pública de serviços de saúde, destacam-se aqueles compartilhados com o conjunto SUS, a grave crise financeira e o sucateamento crônico, decorrentes da política privatista das últimas décadas, agravados pela:

- . falta de tradição de o desconhecimento dessa atribuição e da especificidade da saúde-doença dos trabalhadores;
- . o despreparo técnico dos profissionais para fazer o diagnóstico de uma doença profissional ou estabelecer o nexo da doença com o trabalho, potencializada pela ausência dos recursos e dos meios propedêuticos necessários;
- . a persistência do modelo assistencial centrado na consulta médica individual em detrimento das ações coletivas;

- . a insuficiência ou inexistência, quantitativa e qualitativa das ações de promoção e proteção da saúde, (mesmo restritas à vigilância da saúde);
- . a indefinição e/ou duplicidade de atribuições, tanto no interior do SUS e entre as instituições governamentais, particularmente com o MTb, reflexo da falta de políticas institucionais bem estabelecidas;
- . a carência e despreparo dos recursos humanos para abordagem das questões de saúde dos trabalhadores;
- . informações insuficientes, inacessíveis ou pouco ágeis; e
- . as dificuldades para a implementação de uma real e efetiva participação dos trabalhadores.

É a partir desse referencial que se vai buscar conhecer melhor o que vem ocorrendo no âmbito da rede pública de serviços de saúde sob a denominação atenção à saúde dos trabalhadores.

3. O OBJETO DA TESE

A atenção à saúde dos trabalhadores no setor saúde, na rede pública de serviços de saúde, no Brasil, na perspectiva da Saúde do Trabalhador.

Ao longo do processo de construção e implantação da área Saúde do Trabalhador, no Brasil, é possível observar uma lenta mudança nas práticas sociais, nas formas de lidar com as relações Trabalho & Saúde e seus impactos sobre a saúde dos trabalhadores, por parte dos empregadores, pelos trabalhadores, através de suas organizações e a nível da rede pública de serviços de saúde, conformando uma atuação diferenciada que se está denominando de atenção à saúde dos trabalhadores na perspectiva da Saúde do Trabalhador.

Na abordagem da questão, neste trabalho, que será apresentada e detalhada a seguir, os enfoques referentes à intervenção ou às práticas desenvolvidas pelos empregadores e pelos trabalhadores e suas organizações não constituem o objeto central de estudo, aparecendo apenas de forma periférica ou complementar, quando necessário, para esclarecer o desenvolvimento do tema proposto, que está centrado na atenção à saúde dos trabalhadores na rede pública de serviços de saúde, no Brasil, na perspectiva da Saúde do Trabalhador.

Inicialmente, pode parecer confusa ou sem sentido a delimitação da atenção à saúde dos trabalhadores na rede pública de serviços de saúde, na perspectiva da Saúde do Trabalhador. Afinal, os serviços de saúde, uma vez organizados, sempre atenderam trabalhadores.

O que se pretende com este tema? Qual contribuição e/ou a diferença nas práticas da atenção à saúde, nos serviços de saúde, trazida pela área da Saúde do Trabalhador?

Delimitado o enfoque nas ações desenvolvidas na rede pública de serviços de saúde, o primeiro ponto a ser destacado na abordagem da situação atual, no país, é a vinculação desse processo ao movimento da Reforma Sanitária e de organização e implementação do SUS, em que pesem algumas identidades e diferenças importantes estabelecidas.

O exame da situação da atenção à saúde dos trabalhadores na rede pública de serviços de saúde, a partir da implantação do SUS, tem levado a observações e opiniões contraditórias, que oscilam entre um otimismo exagerado sobre os avanços conseguidos, até um pessimismo e um sentimento de descrença e de derrota, diante do agravamento da situação de desassistência dos trabalhadores e da fragilidade e vulnerabilidade das propostas inovadoras.

Entretanto, é necessário que essa avaliação seja mais cuidadosa para não se incorrer em falsas generalizações. Apesar da confusão ainda reinante sobre a divisão de atribuições entre os níveis central (federal), regional ou estadual e municipal, na atuação em saúde como um todo, na atenção à saúde do trabalhador a questão ganha maior complexidade pelas interrelações com os demais setores sociais vinculados à questão, ligados aos empregadores, aos trabalhadores e no âmbito do próprio governo, particularmente, com as esferas do Trabalho e da Previdência Social.

Pela própria natureza do processo e da estratégia adotada para a construção do SUS, os acontecimentos ou as intervenções tendem a se dar muito mais a nível local. Na ausência de registros e observações mais sistemáticas do que ocorre, em um território com o tamanho e as diferenças regionais do Brasil, é possível que, dependendo do lugar de onde se coloca o observador, este possa ter visões ou impressões totalmente distintas.

Assim, simultaneamente à observação de que não está acontecendo nada, o *SUS não emplacou*, o *SUS é um susto!*, é possível identificar iniciativas múltiplas, variadas,

diversas, anônimas, que têm contribuído para a construção de uma idéia, de uma atitude, traduzindo-se em uma prática diferenciada, ou num modelo particular de serviço de saúde, constituindo um universo que, para ser conhecido, deve ser procurado na periferia do Sistema, quase na clandestinidade.

Nessa perspectiva é que se considera a **atenção a saúde dos trabalhadores no Sistema de Saúde como um processo instituinte**, que necessita ser melhor conhecido, na direção de sua real institucionalização.

É neste momento da história que se insere este estudo da atenção à saúde dos trabalhadores no setor saúde, com a pretensão não só de propiciar um melhor conhecimento dessa realidade, mas, também de identificar alguns elementos que contribuam para a definição de sua identidade, seu *rostro*, seu espaço, suas diferenças e especificidades no trato das questões de saúde dos trabalhadores.

O objeto deste trabalho pode ser definido como o registro do processo da inserção da atenção à saúde dos Trabalhadores na rede pública de Serviços de Saúde no Brasil, a partir da década de 80, e a tentativa de identificar os elementos para a construção da identidade ou a especificidade da atenção à saúde dos trabalhadores no Sistema de Saúde, as tendências e as possíveis estratégias, para o prosseguimento da caminhada na direção da implementação dessas ações no SUS.

Cabe ainda fixar seus limites ou do que não se pretende tratar. Pela sua própria natureza, não se propõe a fazer uma avaliação do processo, encontrar causas ou culpados. Constitui, antes, uma tentativa de pensar a questão de uma forma mais global, correndo todos os riscos que exercícios desta natureza trazem embutidos, entre eles o da superficialidade das observações e das análises.

Não assusta, nem incomoda à autora, se sua contribuição mais significativa for apenas o registro do momento atual da atenção à saúde dos trabalhadores no Sistema de Saúde no Brasil, a partir de um diagnóstico de situação e da identificação de tendências, de lacunas e falhas, que abra caminhos para outros estudos, conduzidos na perspectiva de preenchê-los.

3.1 O PROBLEMA

Existe atenção à saúde dos trabalhadores no setor saúde, na rede pública de serviços de saúde, enquanto uma prática de saúde (prática sanitária) diferenciada da simples assistência médica? O que está acontecendo na rede de serviços de saúde sob a denominação de **Saúde do Trabalhador**?

3.2 A HIPÓTESE DA TESE

A atenção à saúde dos trabalhadores está se instituindo na rede pública de serviços de saúde - SUS - em um processo multiforme, conformando uma prática de saúde (prática sanitária) particular, submetida às contradições intrínsecas ao campo das relações saúde & trabalho e à crise do setor saúde na atualidade.

4. DA NATUREZA DO TRABALHO E DOS CAMINHOS PERCORRIDOS

**"Digo: o real não está na saída nem na chegada,
ele se dispõe para a gente é no meio da travessia"**

Guimarães Rosa, 1985

Este trabalho tem a natureza de um Ensaio, ou seja, um estudo da questão que não tem a pretensão de estar acabado. Pode ser também classificado, tomando emprestado a expressão utilizada por VILAÇA MENDES, (1993), como um **fotograma** ou a tentativa de registro de um movimento contínuo.

A dialética do processo implica em concepções de tempo distintas. Assim, muitas vezes, podem parecer estranhas e mesmo contraditórias algumas observações e afirmações apresentadas aqui e que serão, intencionalmente, mantidas com a finalidade de preservar seu conteúdo essencial.

A opção por fazê-lo desta forma, abrindo mão de um pretenso rigor científico em favor do registro, o mais criterioso possível, de uma forma de ver o processo, justifica-se na tentativa de que o mesmo facilite a captação da sua intimidade e possibilite a identificação dos elementos para a construção de uma teoria ou da *identidade* do setor saúde na atenção à saúde dos trabalhadores.

Identidade entendida como sendo mais que uma lista de referências exteriores e objetivas e aspectos psico-sociais e culturais próprios de cada ator social, mas na perspectiva de *nó de identidade, a fonte da coerência interna e da tensão teleológica que caracteriza todo ser social em uma dada existência* (MUCCHIELLI, 1992).

O que se pretende é captar ou conhecer o que há de novo ou de inovador na prática sanitária, que surge nos serviços de saúde, sob a denominação Saúde do Trabalhador.

4.1 CONSIDERAÇÕES SOBRE A METODOLOGIA

Definido o objeto de estudo: - a prática ou a realidade da atenção à saúde dos trabalhadores na rede pública de serviços de saúde, na perspectiva da Saúde do Trabalhador, colocou-se o dilema sobre a metodologia a ser adotada. A situação de um exercício acadêmico com a pretensão de tese de doutoramento, representava um fator complicador, aumentando o nível das exigências.

Como conhecer a realidade da atenção à saúde dos trabalhadores nos serviços de saúde e, a partir desta observação, identificar elementos que contribuam para a construção de uma teoria sobre a atenção à saúde dos trabalhadores no Sistema de Saúde, ou da identidade da prática de saúde na perspectiva da Saúde do Trabalhador? Como conhecer o *real*? Como abordá-lo?

O conhecimento do *real*, de uma forma *científica*, tem fascinado e inquietado os homens através dos séculos. A literatura registra múltiplas e variadas tentativas e propostas de aproximação do *real*, feitas, entre outros, por Bacon, Locke, Kant, Comte, Hegel, Marx e seus sucessores (HAGUETTE, 1990).

A opção colocada pelo método científico tradicional, por certo garantiria uma chance maior de atingir os cânones de neutralidade, objetividade, validade, confiabilidade, poder de generalização dos resultados, comprovação e refutação, considerados fundamentais para um trabalho rigoroso.

Porém, os achados de um estudo exploratório, preliminar, que resultou no Cadastro de Programas/Centros de Referência em Saúde do Trabalhador nos serviços de saúde, no Brasil, desvelaram uma fração da realidade que se propunha a apreender. De acordo com essas observações, a questão (ou o problema) da inserção das ações de saúde do trabalhador na rede de serviços de saúde poderia ser interpretada como um grande fracasso ou julgada marginal e inexistente. A questão permanecia.

Qual é o *rea*? Nas palavras de MINAYO, (1992), *a realidade se apresenta como uma totalidade que envolve as mais diferentes áreas de conhecimento e, também, ultrapassa os limites da ciência*. Como apreendê-lo?

O problema colocado para ser investigado era complexo: descobrir se há e o que há de novo ou de insuspeito na realidade dos serviços de saúde que se propõem a prestar um atendimento diferenciado aos trabalhadores, ainda que sob denominações ou rótulos diferentes.

A hipótese da Tese está construída sobre o pressuposto da sua existência, com base em evidências indiretas fornecidas por essa mesma realidade. Entretanto, não se sabia bem o que, e era necessário encontrar um caminho que levasse ao esclarecimento ou definisse melhor a questão.

Ensina a sabedoria popular, que *só se cumprimenta quem se conhece*. Portanto o não conhecer não significa, necessariamente, que não exista, apenas que não se consegue enxergar ou reconhecer. A partir desta afirmação simples, foi assumido o desafio de buscar um caminho que levasse ao conhecimento desse *real*.

Às dificuldades metodológicas superpunham-se limitações próprias da formação da autora e a falta de domínio de conceitos e instrumentais reconhecidamente importantes para a abordagem do tema. Entretanto, entre o fazer com limites conhecidos e assumidos e o não fazer, optou-se pela primeira alternativa.

Os caminhos percorridos pela Ciência Moderna têm levado a um aprofundamento sem precedentes do conhecimento, mas são cada vez mais fortes as vozes criticando ou pedindo abordagens integradoras, totalizadoras, que tentem resgatar a perspectiva da finalidade da ciência, ainda que com prejuízo da forma ou do rigor metodológico.

Crescem os questionamentos dos paradigmas que embasam a ciência hoje, como incapazes de dar conta da sua complexidade e mais do que isto, por criar um mundo hermético, inacessível aos comuns mortais, que despreza os saberes tradicionais, em nome de um rigor e uma pureza que longe de serem reais, representam mais um exercício de poder concentrado e manipulado por poucos iniciados.

Estes questionamentos têm levado a uma extensa produção que privilegia cada vez mais a tese de que *as metodologias (stricto sensu) devem ser sempre subservientes aos problemas de investigação, não estando, necessariamente, vinculados a matrizes teóricas específicas*. De acordo com esta forma de pensar, o método torna-se subalterno ao problema, ou dito de outra forma, *dependendo do problema se escolhe o método*. (HAGUETTE, 1990).

Nessa linha, a autora discute a proposta de FEYERABEND (1989), de abolir os métodos, por não acreditar que o método científico rigoroso seja o maior responsável pelas descobertas e por um conhecimento mais acurado da realidade, alertando, entretanto, para a necessidade de se procurar saídas para o impasse e simplesmente não cair no "anarquismo metodológico", abandonando séculos de uma prática científica, que se não conseguiu garantir a supressão ou diminuição das desigualdades e injustiças sociais, tem contribuído de maneira inquestionável para o avanço do conhecimento humano e a transformação das condições de vida.

GLASER & STRAUS (1975), citados por HAGUETTE (1990), por sua vez, questionam a exigência, na pesquisa tradicional, de uma teoria ou problema teórico, prévia à abordagem do real, sob a argumentação de que ela tolhe a criatividade e a descoberta de novas teorias, uma vez que direciona a observação e a interpretação através de um processo seletivo imposto exteriormente, sugerindo que a teorização viria após a observação.

Um posicionamento fundamental para a escolha do caminho foi retirado de TROW, (1969), de que o problema é que dita o método de investigação. Suas considerações quanto à contribuição que os cientistas podem acrescentar à compreensão da sociedade, a partir da forma pela qual definem o seu problema, formulam questões adequadas aos problemas e permitem a geração de novas questões, foram decisivas na escolha do caminho a ser seguido. Segundo este posicionamento, tão importante quanto comprovar uma hipótese de trabalho é gerar outras hipóteses.

Por outro lado, considerar a atenção à saúde dos trabalhadores enquanto uma resposta social, desenvolvida para fazer face à uma necessidade ou problema social particular, significa entendê-la enquanto uma estrutura de organização complexa, difícil de ser submetida à observação direta, na qual as observações qualitativas são usadas como indicadores do seu funcionamento. (HAGUETTE, 1992).

Demarcados esses pontos, foram identificadas as alternativas disponíveis para investigar o problema. Entre as vantagens e desvantagens da utilização e aplicação de métodos estruturados e não estruturados de investigação, pesaram as observações sobre o falso dilema e a perspectiva da complementariedade apresentada por MINAYO & SANCHES, (1993). E consideradas as opiniões abalizadas emitidas por Fernando Lefèvre, Euclides Castilho, Clóvis Peres, Euclides Lima Filho e Michel Eduardo Reichenheim, convidados pela revista onde foi publicado o artigo de Minayo & Sanches para comentá-lo e apresentadas sequencialmente ao texto, prevaleceu a recomendação de que o melhor guia para a decisão continua sendo a pergunta: - *Qual deles melhor ajuda na compreensão do fenômeno estudado?* (HAGUETTE (1992).

Ao optar por uma metodologia combinada, entre os métodos qualitativos foram escolhidos os que pareceram mais adequados aos propósitos do trabalho: a observação participante e o emprego de entrevistas com profissionais de saúde

considerados importantes no processo de construção da atenção à saúde do trabalhador no setor saúde.

A opção pela utilização da observação participante, adaptada às exigências e às condições particulares do problema estudado, deu-se na perspectiva apontada por McCALL & SIMMONS, (1969), citados por HAGUETTE, (1992) de que ... *a observação participante é um conjunto de métodos e técnicas empregadas em estudos sobre situações sociais ou organizações sociais complexas de qualquer tipo, vista não como um método único, mas como um tipo de empreendimento de pesquisa, um estilo de combinação de vários métodos dirigidos a um fim particular.*

Ao colocar a questão dessa maneira, os referidos autores ampliam a concepção de observação participante para além de uma simples técnica de coleta de dados, atribuindo-lhe uma vinculação estreita com a teoria que direciona sua prática, fundamentando-a e justificando-a como a melhor forma de captar o sentido encoberto da ação humana. Esta concepção apoia-se no pressuposto de que a sociedade é construída a partir do processo interativo entre indivíduos e grupos humanos e o seu mundo circundante, que se opõe frontalmente àquelas que concebem a ação social como uma consequência de fatores estruturais atuantes sobre o indivíduo, minimizando a liberdade e o papel do homem na história.

Sobre as características e o papel do observador participante, HAGUETTE, (1992) destaca que o observador participante compartilha a vida e os sentimentos das pessoas, fazendo parte da cultura e da vida social sob observação, exigindo do pesquisador, ao mesmo tempo, desprendimento e envolvimento pessoal, tornando o seu papel científico interdependente do seu papel social na cultura do observado.

Entre as críticas que têm sido feitas à abordagem qualitativa, que se aplicam integralmente à técnica da observação participante, destaca-se o empirismo dos pesquisadores, que *passam a considerar ciência a própria descrição dos fatos que lhes*

são fornecidos pelos atores sociais, confundindo versão e fato; a ênfase na descrição dos fenômenos, em detrimento da análise dos fatos; a interferência do pesquisador, com seus valores, emoções e visão de mundo, na análise da realidade e a dificuldade de se trabalhar com estados mentais. (MINAYO, 1992).

HAGUETTE, (1992), destaca a possibilidade da *obliteração da percepção do observador, em consequência do seu envolvimento na situação pesquisada, envolvimento que é inerente à própria técnica, que lhe confere a natureza e a distingue de outras técnicas, e a impossibilidade de generalização dos resultados, uma vez que a técnica busca mais o sentido do que a aparência das ações humanas.*

Pelo seu caráter não estruturado e por prescindir de instrumentos específicos como questionários e roteiros, a responsabilidade pelo sucesso da técnica recai sobre os ombros do observador. Entre os fatores de contaminação, que podem provocar a distorção dos dados obtidos, levando a interpretações errôneas sobre o fenômeno estudado, chama a atenção para os vieses de origem sociocultural, profissional e ideológico; interpessoal e emocional do observador, que interferem na sua percepção dos fenômenos, misturando os valores de sua própria cultura, de seu tempo e de seu meio com o desempenho do papel de pesquisador, induzindo à seletividade da observação, conferindo significado e fazendo juízos de valor, ao que ele percebe e interpreta, decorrentes da necessidade de confirmar suas hipóteses, forçando uma adequação do real às suas teorias sobre o fenômeno.

Sobre a realização de entrevistas com atores considerados importantes no processo em estudo, poderiam ser feitas as mesmas observações e reparos. Entre os vieses mencionados, estão fatores externos ao observador, localizados no roteiro, no informante ou entrevistado; na situação interacional entre entrevistador e entrevistado, e aqueles próprios da pessoa do entrevistador.

Entre os antídotos para tantos riscos e limitações do(s) método(s) escolhido(s) para o estudo da realidade, a autora destaca a necessidade de que o pesquisador

tenha plena consciência deles, refletida no cuidado na demarcação dos limites dos dados colhidos e interpretados.

Finalizando, ao se considerar a metodologia como subalterna ao problema e questionar a finalidade da ciência transfere-se a atuação da investigação para o campo da ação política. Tendo em vista o objeto de trabalho, a atenção à saúde dos trabalhadores, na perspectiva da Saúde do Trabalhador, esta não parece descabida, ou assustadora.

Reforçada pelas palavras de HAGUETTE, (1992:210), de que cada cientista tem a obrigação de expor-se para no final, enriquecer-se com as críticas ou reconhecimento de seus pares foi assumido o risco de prosseguir na caminhada.

4.2 OS CAMINHOS PERCORRIDOS

A **metodologia**, entendida enquanto o caminho e o instrumental que possibilitam a apreensão da realidade, inclui as concepções teóricas, o conjunto de técnicas e o potencial criativo do pesquisador (MINAYO, 1992).

Esta compreensão orientou a opção por um método combinado de trabalho, partindo da busca da experiência acumulada e registrada na literatura, a realização de uma pesquisa tipo *survey*, utilizando um questionário com finalidade exploratória do problema, a observação participante e a entrevista, visando o conhecimento da realidade-objeto de estudo.

O tempo para o estudo do processo de construção da atenção à saúde dos trabalhadores no setor saúde, no Brasil, foi delimitado como tendo início no ano de 1978, que, segundo historiadores e cientistas políticos, inaugura um novo ciclo histórico na vida brasileira, marcado pela redemocratização do país (LeVEN, 1992),

encerrando-se em março de 1994, com a realização da II Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, em Brasília.

Esquemáticamente, considerando a natureza do objeto, o caminho a percorrido passa pelas seguintes etapas:

- . revisão da documentação disponível sobre o tema, incluindo não só os textos tradicionalmente considerados como científicos, indexados e disponíveis nos bancos de dados usuais, mas todo material escrito, possível de ser acessado;
- . observação e coleta de informações sobre as experiências, feitas de forma sistematizada, ouvindo e ou dialogando com os atores dessa história nos serviços de saúde, diretamente ou à distância, por telefone e/ou fax, pelas respostas a um questionário. Foi dado destaque ao trabalho nos Hospitais Universitários (HU) por considerar sua contribuição diferenciada na questão da saúde dos trabalhadores;
- . descrição e comentários sobre a *realidade percebida*, a partir de uma periodização estabelecida em quatro momentos distintos da atenção à saúde dos trabalhadores, na rede de serviços de saúde, no Brasil, a partir de 1978, buscando caracterizar a atenção à saúde dos trabalhadores na rede pública de serviços de saúde, na perspectiva da Saúde do Trabalhador;
- . tentativa de identificar os elementos básicos ou o *núcleo comum* da prática da atenção à Saúde do Trabalhador na rede pública de Serviços de Saúde, no setor Saúde.

É importante destacar que, na realidade, esta metodologia foi sendo construída ao longo da investigação. Se é possível apresentá-la hoje com esta forma e seqüência, isto não reflete o caminho traçado por ocasião da elaboração do Projeto. Apesar de estar contemplada ou pensada em suas grandes linhas ou em seu arcabouço mais geral desde o início, foram os resultados ou os achados de cada etapa que permitiram o desenho do passo seguinte.

Guardadas as diferenças, pode ser comparada a uma brincadeira infantil denominada *Caça ao Tesouro* em que a busca de um objetivo, ou do *tesouro* vai sendo construída, *par e passo*, e a cada etapa, o "achado" contém as pistas para a etapa seguinte.

Este modo de trabalhar obriga a que o detalhamento da metodologia seja feito *par e passo* com a apresentação dos resultados ou os achados da etapa descrita, modificando um pouco a sistemática clássica de descrição que separa os ítems Material e Método de Resultados.

Assim, sob o atropelo da norma, mas procurando ser o mais fiel possível ao registro do processo, este será descrito, detalhadamente no capítulo seguinte.

4.3 ALGUNS VIESES (IDENTIFICÁVEIS) NA ABORDAGEM DO TEMA

A opção de colocar um depoimento pessoal, quase uma história de vida dentro da Metodologia, é no mínimo polêmica e causou espanto e rejeição por parte de alguns colegas que tiveram acesso a essa intenção.

Entretanto, apesar das recomendações da Norma, dos cânones clássicos que permitem ao autor se posicionar pessoalmente apenas na Introdução, o encarte deste depoimento, neste capítulo, resulta do entendimento de que ele representa também uma fonte de dados, e sem nenhuma arrogância, faz parte do caminho. Pode, também, explicar ou explicitar alguns dos vieses existentes na apreensão e nas análises da realidade, destacados a propósito das críticas ou das limitações dos métodos qualitativos, da observação participante, em particular.

Assim, além de facilitar o começo, sempre difícil, e contribuir para explicitar as distorções de uma determinada forma de *ver o mundo*, espera-se que este

procedimento contribua para o entendimento do porque da escolha do tema e do caminho para abordá-lo e assegure a compreensão dos possíveis leitores e examinadores para com os limites e falhas de um profissional de saúde, formado no modelo tradicional, que ousa se aventurar a transitar em territórios para os quais não se encontra bem preparado, mas que não vê outra alternativa para abordar a questão que o apaixona.

Peço licença para usar a primeira pessoa do singular, neste trecho, apesar de reconhecer não ser esta a linguagem usual de um trabalho dessa natureza.

A tarefa de fazer uma tese de doutorado após 23 anos de exercício profissional constitui um exercício fascinante, momento de terapia, de exorcizar fantasmas, de revisão e de balanço, de acerto de contas e redefinição de caminhos.

Enseja a oportunidade de uma re-leitura da experiência pessoal, a identificação de erros, lacunas e deficiências e, ao mesmo tempo, a oportunidade de assumir idéias e partilhá-las, de confrontá-las com outras visões de mundo, outros saberes e experiências, numa perspectiva de caminhada e construção.

Compartilho da experiência de muitos que foram formados, não na escola direta do trabalho, mas na sua valorização, ousaria dizer quase um culto ao trabalho, enquanto algo que enobrece e dá sentido à vida.

Minha formação médica deu-se da maneira tradicional, mesclando um treinamento técnico-científico rigoroso, a visões românticas do exercício profissional, uma profunda inquietação com as questões sociais, a indignação com a injustiça, as desigualdades sociais e a opressão, nos tempos sombrios de 1966 a 1970.

Iniciei na trilha da Medicina do Trabalho, em 1971, logo após a graduação em Medicina e o concurso para docente no Departamento de Medicina Preventiva e Social da Universidade Federal de Minas Gerais, participando das atividades disponíveis de especialização na área, naquela época.

Cursei as duas fases do Ciclo de Ensino Intensivo de Medicina do Trabalho promovidos pela Fundacentro, em São Paulo, em novembro de 1971 e março de 1972. A seguir, ainda em 1972, os Cursos de Saúde Ocupacional, na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, na época um importante (se não o único) centro de formação e difusão das idéias e das práticas da Medicina do Trabalho e da Saúde Ocupacional em nosso país.

O retorno a Belo Horizonte coincidiu com a expansão da área (o "boom" da Medicina do Trabalho), desencadeado em 1972 pela instituição do Programa Nacional de Valorização do Trabalhador, através Portaria 3237/72, que estabelecia a obrigatoriedade dos Serviços Especializados de Segurança e Medicina do Trabalho nas empresas, como estratégia de enfrentamento do grave quadro de acidentes de trabalho no país, que já ganhara foros internacionais.

Um intenso e extenso programa de especialização profissional, de nível médio e superior, através dos Cursos de Especialização em Medicina do Trabalho e de Engenharia de Segurança do Trabalho, de Supervisores de Segurança e Auxiliares de Enfermagem do Trabalho foi iniciado em 1973, coordenado pela Fundacentro, a nível nacional, para apoio ao desenvolvimento das metas estabelecidas.

Envolvi-me ativamente na realização desses Cursos, através da Universidade, até 1976, ao lado das atividades na disciplina de Profilaxia, Saneamento e Saúde Ocupacional, que havia sido implantada como disciplina obrigatória no Curso Médico em 1972.

Foram tempos de grande mobilização visando a institucionalização dessa área e pude participar do processo, em diferentes planos, acompanhando as discussões de elaboração dos currículos dos Cursos de Especialização para Médicos do Trabalho e Engenheiros de Segurança, coordenando o seu oferecimento no âmbito do estado de Minas Gerais, ministrando aulas, iniciando os entendimentos para a implantação de um Ambulatório de Doenças Profissionais no Hospital das Clínicas, no modelo do Serviço de Doenças Profissionais do SESI, em São Paulo, participando da vida associativa, que resultou na criação, em 1973 da Associação Mineira de Medicina do Trabalho.

A partir de 1975, essa trajetória sofre uma inflexão, em decorrência de acontecimentos impostos por circunstâncias externas, que só agora começam a fazer sentido para mim. No processo de Reforma Curricular da Faculdade de Medicina da UFMG a disciplina de Saúde Ocupacional foi extinta e seu conteúdo diluído em outras disciplinas do mesmo Departamento, ficando apenas uma disciplina optativa de Medicina do Trabalho. Percorri, então, outros caminhos: da extensão universitária, da medicina comunitária, trabalhei com as grandes endemias, inicialmente a malária e posteriormente a Doença de Chagas, e com organizações populares, que na época, começavam a se reorganizar em torno da questão saúde. Fiz o Mestrado em Medicina Tropical e um Curso de Especialização em Saúde Pública.

Meio que sem perceber, começara a travessia da Medicina do Trabalho para a Saúde do Trabalhador. Menos que um jogo de palavras, ou mera questão semântica, começava a construir a partir da prática (ou da praxis), uma outra visão das questões de saúde relacionadas ao trabalho e estabelecer relações de uma outra natureza com os trabalhadores, enquanto indivíduos, e nas suas organizações, através de sindicatos ou nos movimentos populares de saúde.

Cursando a Disciplina de Epidemiologia, na Escola de Medicina Veterinária da UFMG, em 1978, sob a coordenação do Prof. Félix Rosenberg, tomei contato com as discussões sobre o nascente *modelo da determinação social do processo saúde-doença* e as perspectivas abertas fascinaram-me.

No curso de Especialização em Saúde Pública em 1980/81, (organizado enquanto curso descentralizado da Escola Nacional de Saúde Pública da FIOCRUZ em convênio com a Escola de Saúde de Minas Gerais) tive a oportunidade de me aproximar do Movimento Sanitário.

A implantação da Residência em Medicina Social no Departamento de Medicina Preventiva e Social, em 1979, significou a responsabilidade pelas disciplinas de Epidemiologia e de Saúde Ocupacional e o desafio de criar, a partir de 1982, uma área de concentração em Saúde do Trabalhador, no segundo ano da residência.

Representou, também, a oportunidade de participar do Projeto de Investigação Produção e Saúde, sob a coordenação do Prof. Francisco Eduardo Campos e o contato com profissionais que estavam

trabalhando o tema, na perspectiva do modelo da determinação social do processo saúde - doença, no Brasil e no exterior, que vieram assessorar tecnicamente o projeto.

Foram tempos intensamente vividos. É fácil imaginar os conflitos e as dificuldades para lidar com tantas mudanças, que apenas refletiam a efervescência da vida no país!

Em 1980, começamos a organizar a área de Saúde & Trabalho no Departamento de Medicina Preventiva e Social da UFMG. Inicialmente éramos um grupo pequeno, de quatro pessoas, logo ampliado, pois, as reuniões que realizávamos às segundas-feiras pela manhã tornaram-se referência obrigatória para os interessados ou curiosos sobre a questão. Constituíamos, então, uma verdadeira *frente ampla da Saúde do Trabalhador*, que se tornou responsável pelas inúmeras iniciativas que começaram a ganhar corpo no Estado.

Foi, assim, possível retomar o sonho de um Ambulatório de Doenças Profissionais no Hospital das Clínicas, agora com o claro compromisso de somar esforços na luta dos trabalhadores por melhores condições de vida e trabalho, através do desvelamento do universo das doenças do trabalho em nosso meio.

Inúmeras Reuniões, Congressos, Seminários, realizados no período, serviram para o debate e difusão das "novas" idéias e propostas de trabalho e articulação dos grupos emergentes.

Como marcos destacaria o Encontro Nacional sobre Ensino, Pesquisa e Pós-Graduação em Saúde Ocupacional, promovido pela ABRASCO, em Campos do Jordão, em agosto de 1982. As reuniões

da Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência (SBPC), que se tornaram espaço privilegiado de debate de temas considerados tabus ou subversivos naqueles tempos e serviram de palco para a realização do Seminário Franco Brasileiro sobre Emprego, Trabalho, Riscos e Saúde, em São Paulo, em julho de 1984 e o "Encontro sobre o Papel dos Hospitais Universitários na luta dos trabalhadores por saúde", em Belo Horizonte, em 1985. Outro momento significativo foi o Curso Internacional sobre Produção e Saúde, promovido pelo CESTEH/FIOCRUZ, no Rio de Janeiro, em março de 1989.

Tive assim a oportunidade, e posso dizer, o privilégio de participar do movimento da Saúde do Trabalhador que começava a se instituir em nosso país, tanto a nível micro, no Ambulatório de Doenças Profissionais do Hospital das Clínicas e em outras iniciativas no âmbito do Estado de Minas Gerais, quanto nos eventos mais significativos a nível nacional, como a realização da Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador em Brasília, em 1986, as discussões da questão no processo Constituinte, na elaboração da Lei Orgânica da Saúde, a elaboração da primeira proposta de trabalho do Ministério da Saúde para a área e inúmeras outras atividades que vêm acontecendo desde então, na esfera das instituições públicas, das organizações profissionais e ligadas às lutas dos trabalhadores por melhores condições de vida e saúde.

Apesar de ingênuo e quase folclórico um episódio acontecido em Santos, em 1985, por ocasião do Congresso da Associação Nacional de Medicina do Trabalho ilustra minha travessia da Medicina do Trabalho para a Saúde do Trabalhador. Naquela ocasião, ao se articular a formação da chapa para eleição da nova Diretoria da Associação, o virtual presidente, Dr. Pedro Elias Makaron convidou-me

a integrá-la como vice-presidente da região centro-oeste. Formou-se, então, uma corrente contrária, encabeçada por lideranças tradicionais na Associação, que vetou meu nome, sob a alegação de que eu não era Médica do Trabalho. Estava sacramentada a transição!

Tenho procurado ser, durante esses anos, um aprendiz dedicado, raramente um ator coadjuvante, porém visceralmente comprometido com a busca de um sentido e um significado para o meu trabalho e a dignidade do trabalho dos outros.

Tenho vivido, também, as contradições, os limites e as insuficiências. Defrontando-me e incomodando-me com as dificuldades de transitar entre o todo e as partes, entre a alternativa do aprofundamento e a abrangência-superficial. Questionado, dentro dos meus limites, a insuficiência e inadequação dos paradigmas colocados e sentindo-me confortada ao encontrar eco para minhas preocupações em pensadores e cientistas com os quais tenho "partilhado" um modo de ver o mundo.

Viver é correr perigo ensina o grande Guimarães Rosa, ou numa linguagem mais simples, porém não menos profunda: *quem não arrisca, não petisca*.

Opto por continuar ousando "viver o sonho", sentindo-me parte de um mundo em construção, mais fraterno e mais gostoso de se viver, para o qual a contribuição que faço, neste momento, refere-se ao estudo da atenção à saúde dos trabalhadores no Sistema de Saúde.

5. A ATENÇÃO À SAÚDE DOS TRABALHADORES NO SETOR SAÚDE, NO BRASIL

A Caça ao Tesouro - o mapa, as ferramentas, as primeiras evidências e os achados ...

Recortado o tema da Tese e enunciada a Hipótese de que a atenção à saúde dos trabalhadores vem se instituindo na rede pública de serviços de saúde (SUS), em um processo multiforme, conformando uma prática de saúde ou prática sanitária particular, sujeita às contradições (próprias) intrínsecas ao campo das relações saúde & trabalho e à crise do setor saúde na atualidade, estava definido o *tesouro* a ser procurado.

À semelhança das antigas histórias de tesouros e piratas, estavam disponíveis, aqui e ali, algumas evidências de sua existência, mas o roteiro ou mapa não estava pronto. O passo seguinte foi a identificação de algumas ferramentas que pareceram apropriadas à tarefa de buscá-lo, descartando outras, que se mostravam inadequadas.

O relato que se segue, refere-se à descrição do processo de busca, de elaboração de um mapa que levasse à descoberta do *tesouro*, simbolizado na identificação da existência de uma prática diferenciada, instituinte a nível da rede pública de serviços de saúde, que contemplasse a especificidade da questão da saúde dos trabalhadores.

Coerente com a idéia de processo, de caminhada, esse relato será apresentado utilizando a figura da jornada. Cada jornada significa um trecho percorrido, a partir do qual se avaliam os resultados, saboreiam-se os frutos dos pequenos achados e os fracassos amargos e inevitáveis. Redimensionam-se os objetivos e o caminho, abastece-se das provisões necessárias ao próximo trecho, refaz-se o mapa.

Nessa perspectiva, podem ser identificadas quatro etapas. Na primeira, procurou-se as evidências da existência do *tesouro*, a partir da revisão da documentação

disponível sobre o tema. O trecho seguinte foi dedicado a obter uma melhor delimitação do objeto que se buscava, procurando identificar sua natureza e os locais onde melhor ou, com mais possibilidade, poderia ser encontrado. A terceira etapa da jornada, corresponde ao encontro do *tesouro*! Abrem-se, a seguir, as perspectivas para a continuidade do processo, ao devir.

5.1 A PRIMEIRA ETAPA DA JORNADA - A revisão da documentação disponível

Com base na experiência acumulada sobre a questão da atenção à saúde dos trabalhadores, a leitura e revisão da documentação disponível sobre o tema incluiu, não só os textos tradicionalmente considerados como científicos, material indexado e disponível nos bancos de dados usuais, mas todo material escrito possível de ser acessado.

5.1.1 Bibliografia sobre a atenção à saúde dos trabalhadores no Sistema de Saúde

Seguindo os cânones da pesquisa científica, o trabalho foi iniciado em julho de 1990, pela busca das fontes e dos registros tradicionais, através de levantamento bibliográfico solicitado ao sistema do Centro Latino Americano de do Caribe de Informação em Ciências da Saúde - BIREME, sob os títulos de **atenção, assistência e prevenção da saúde dos trabalhadores, serviço de saúde do trabalhador, serviço de saúde ocupacional**, publicados a partir de 1970, em inglês, francês, espanhol e português.

Das 208 publicações listadas foram identificados 100 trabalhos produzidos no Brasil ou de autores brasileiros. Destes, 27 abordavam, mais especificamente, o tema da atenção à saúde dos trabalhadores, sendo que 12 enfocavam aspectos conceituais gerais e de formulação de políticas; 7 a organização da atenção a nível dos SESMT,

4 o desenvolvimento de atividades na rede pública de serviços de saúde e 4 as ações de fiscalização dos ambientes e condições de trabalho, desenvolvidas no âmbito do Ministério do Trabalho.

A constatação da pobreza dos registros, particularmente no que se refere aos trabalhos nacionais, se não chegou a surpreender, é um dado eloqüente do despreparo e dificuldades presentes em nosso meio, para registrar o que é feito e produzido.

Completando o ciclo de busca de informações presentes na bibliografia formal, foi realizado novo levantamento em janeiro de 1994, utilizando os mesmos descritores relacionados acima nos Bancos de Dados dos Sistemas MEDLINE, no período de 89 a 94, LILACS, NIOSHTIC (silverplatter 3.11), no período de 1978 a 1994, e CIS-OIT.

É interessante registrar que estes sistemas, com exceção do LILACS, ainda não incorporaram a expressão *Serviço de Saúde do Trabalhador*, ou *Worker's Health Services*. Nas palavras-chaves referentes ao tema aparece apenas a denominação *Occupational Health Services*.

O levantamento realizado permitiu, simultaneamente, a leitura dos resumos dos trabalhos relacionados, (que aparecem em inglês, ainda que o texto original esteja em outro idioma), e a seleção de um número significativo de trabalhos julgados pertinentes ao objeto de trabalho.

É interessante registrar que das 817 referências listadas, foram identificados 48 trabalhos de autores brasileiros ou realizados sobre a realidade brasileira, sendo que destes, apenas 11 tratam do tema, na perspectiva das ações no sistema de saúde.

A se basear ou ater a esses achados, o mais adequado teria sido procurar outro objeto de trabalho, concluindo pela inexistência ou pouco significado da atenção à saúde dos trabalhadores no setor Saúde, no Brasil.

Entretanto, optou-se por prosseguir na busca. A partir da análise do trabalho *"Doutrina e Prática da Integração da Saúde Ocupacional no Setor Setor Saúde: contribuição para a definição de uma política"*, Tese de Livre-Docência do Prof. René Mendes, considerado, em 1986, um marco de referência sobre a inclusão da Saúde Ocupacional na Política Nacional de Saúde e a integração de suas atividades nos serviços de saúde, foi possível identificar alguns aspectos básicos para o enfoque da questão.

Por constituir um trabalho de revisão do tema até a data de sua elaboração, foi considerado oportuno apresentar aqui, uma síntese de sua re-leitura.

MENDES (1986) descreve as características da organização da Saúde Ocupacional no Brasil, destacando a participação insatisfatória do setor saúde. Como razões para revisar o modelo de organização, então vigente, destaca a existência de um grande contingente de trabalhadores excluídos da cobertura proporcionada pelos SESMT das Empresas, entre eles, os trabalhadores de pequenas e médias empresas, os do setor agrícola e do setor informal, questionando, também, a qualidade desses serviços, sua credibilidade e os desvios éticos observados, por vezes, na prática de profissionais que os integram.

Relaciona o processo de mudança, em curso naquele momento, com a renovação de enfoques e propostas a nível internacional, que se traduzem na mudança da denominação de Saúde Ocupacional para a de Saúde do Trabalhador e na recomendação da incorporação de atividades de Saúde Ocupacional nos serviços de saúde, como alternativa de modificação deste quadro.

No que se refere à situação brasileira, destaca as tendências da universalização do direito à saúde, propostas pelo movimento preventivista, a inclusão do campo das relações saúde & trabalho nos debates sobre o Sistema de Saúde e a pressão exercida

pelo movimento sindical, que se reorganizava após os anos de repressão e cooptação pela ditadura, com o apoio de profissionais da academia, e dos órgãos públicos, reivindicando melhores condições de saúde e trabalho.

A seguir, apresenta a proposta da integração da Saúde Ocupacional nos programas de saúde, como a alternativa mais coerente e de maior conteúdo de racionalização administrativa, política e operacional, apoiando-se na importância do fator ocupação na determinação e distribuição da saúde-doença na população e da racionalização dos recursos existentes na rede de serviços de saúde, por entender que a saúde do trabalhador pertence à saúde da coletividade como um todo.

Segue-se uma discussão do impacto da ocupação sobre a morbidade (expressa nos acidentes do trabalho, nas intoxicações profissionais agudas, nas doenças profissionais e nas doenças relacionadas com o trabalho) e a mortalidade de trabalhadores e suas implicações para o setor saúde, concluindo o autor que *o peso e a complexidade das repercussões sobre o setor saúde obrigam-no a interessar-se pelo problema, interesse que pressupõe um papel muito mais ativo na definição de políticas e responsabilidades, e na organização de ações destinadas a identificar, reduzir, ou eliminar a participação dos riscos ocupacionais nas grandes causas de doença e morte.*

A proposta é reforçada por exemplos da integração da Saúde Ocupacional no setor saúde, desenvolvidos em outros países e análise dos modelos implantados na Finlândia, Itália e Canadá (Província de Québec), definidos segundo critérios de representatividade e solidez das experiências, referenciando-se em extensa bibliografia.

Apresenta, então, os resultados do estudo de 16 experiências de integração da saúde ocupacional no setor saúde, em curso no Brasil, no ano de 1986, sendo 13 no estado de São Paulo, 1 em Minas Gerais, 1 no estado do Paraná e outra em Goiás,

descrevendo aspectos de sua história, objetivos, vinculação institucional e articulação interinstitucional, proposta de trabalho, recursos disponíveis e dificuldades encontradas.

Concluindo, o autor considera demonstradas a necessidade, a oportunidade e a viabilidade da formulação de uma política explícita de inclusão da Saúde Ocupacional na Política Nacional de Saúde, incorporada no Setor Saúde, de modo integrado nos Serviços de Saúde e apresenta estratégias para a sua implementação, através de medidas a serem adotadas a curto, médio e longo prazos.

Apesar do autor não fazer uma análise das experiências ou estabelecer correlações entre elas, o trabalho constitui um registro histórico importante e leitura obrigatória para os interessados em conhecer um pouco do processo de construção da atenção à saúde dos trabalhadores no sistema de saúde no país. Pode ser considerado uma síntese de um momento e apresenta evidências importantes da existência de um processo em curso, coincidente com o objeto de investigação deste trabalho, não só no Brasil, mas enquanto um fenômeno mais geral nas sociedades ocidentais.

5.1.2 Produção e registros sobre a atenção à saúde dos trabalhadores na rede pública de serviços de saúde.

Constatada a pobreza dos registros formais e diante de evidências ou *pistas* da existência de uma outra realidade acontecendo, decidiu-se buscar conhecê-la.

Esta etapa, iniciada em julho de 1991, constituiu-se num desafio fascinante. Num misto de arqueólogo, detetive e pesquisador, tendo sido definido que interessava, pelo menos num primeiro momento, reunir **toda** documentação relacionada à instituição da atenção à saúde dos trabalhadores a nível da rede pública de serviços de saúde, foi iniciada a busca, seleção e classificação do material presente nos arquivos pessoal da

autora e da Área de Saúde & Trabalho do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina da UFMG.

A seguir, foi adotado procedimento semelhante nos arquivos particulares de colegas que têm partilhado dessa caminhada, possíveis de serem acessados e nos arquivos do Núcleo de Doenças Profissionais do Instituto Nacional de Seguro Social de Minas Gerais (NUSAT/INSS-MG), em Belo Horizonte, com a colaboração da socióloga Ana Lúcia Starling, coordenadora de seu Conselho Consultivo.

Outras fontes importantes de documentos foram os arquivos da Divisão de Proteção à Saúde do Trabalhador da Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde - DIPSAT/SNVS-MS, em Brasília, que foram franqueados pela Profa. Gertrudes Cleide Mendes Rocha e pela Enfa. Sonia Maria Alves dos Reis, Coordenadoras da Divisão, àquela época, e os documentos e projetos, na área de Saúde do Trabalhador, apresentados ao Departamento de Segurança e Saúde do Trabalhador do Ministério do Trabalho e Previdência Social - DSST-MTPS, solicitando apoio financeiro e reconhecimento institucional entre 1989 a 1991, (ano em que foi feito o levantamento), por uma deferência especial do seu Diretor, na ocasião, Dr. René Mendes.

A constatação da existência de um rico material disperso e que, apesar de escrito, pode-se dizer *perdido*, pois não acessível aos interessados pelas vias formais, desdobrou-se na proposta de elaboração de uma *Bibliografia-Comentada sobre a Atenção à Saúde dos Trabalhadores na Rede Pública de Serviços de Saúde*, na perspectiva de colaborar para a preservação da memória do processo de construção da atenção à Saúde do Trabalhador no Sistema de Saúde e auxiliar na difusão do conhecimento acumulado entre profissionais de saúde, técnicos, pesquisadores, trabalhadores e outros interessados no tema.

A idéia de reunir, organizar e resumir a produção existente sobre o tema foi inspirada no trabalho desenvolvido através do Centro de Documentação/Programa de

Apoio à Reforma Sanitária da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (CEDOC/PARES-ENSP/FIOCRUZ, 1992), para a Sub-rede SILOS do Projeto de Integração Docente Assistencial, da Rede IDA/Brasil, patrocinado pela Fundação KELLOGG, sob a coordenação da Profa. Ilara Hammerli Sozzi de Moraes, Maria Eunice Xavier Kalil e Profa. Tisuko Shiraiwa.

Até o momento, foi possível reunir um acervo de cerca de 180 publicações, de natureza diversa, entre projetos de atividades, relatórios, folders e folhetos de divulgação, Boletins, atas de reuniões, Manual de Atividades, Rotinas de Atendimento, que servem para dar uma idéia aproximada do processo que está em curso, sob a denominação genérica da atenção à saúde dos trabalhadores.

Os resultados preliminares deste trabalho, foram utilizados para compor o quadro da situação atual da implantação dos Programas, Serviços e Centros de Referência em Saúde do Trabalhador no país.

5.2 A SEGUNDA ETAPA DA JORNADA - As evidências ganham corpo e sentido...

5.2.1 Cadastro das atividades de atenção à saúde dos trabalhadores na rede pública de serviços de saúde

O exercício de reunir e sistematizar as experiências desenvolvidas na rede de serviços de saúde, na perspectiva da Saúde do Trabalhador, teve como propósito a identificação de aspectos da conceituação, organização e funcionamento dos Programas, Serviços, Centros de Referência em Saúde do Trabalhador e Instituições assemelhadas, das relações que se estabelecem dentro da própria instituição onde se insere e com as demais Instituições responsáveis pela implementação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador, e a participação dos trabalhadores organizados.

A proposta, incluída no Projeto: "*Contribuição para a identificação de estratégias visando a operacionalização das ações de Saúde do Trabalhador no âmbito do Sistema Único de Saúde*" e apresentada à Divisão de Proteção à Saúde do Trabalhador, do Departamento Técnico Normativo da Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária, em meados de 1991 foi aprovada e objeto de um convênio entre o Ministério da Saúde e a Universidade Federal de Minas Gerais, com a interveniência da Fundação de Desenvolvimento da Pesquisa (FUNDEP), visando sua execução. (DIAS, 1991).

Apesar das inúmeras dificuldades surgidas na tramitação do processo e do atraso considerável na liberação dos recursos, foi possível realizar uma parte substancial do trabalho proposto. (DIAS, 1992).

Os objetivos definidos para o trabalho foram:

- . identificar os Centros de Referência/Serviços de Atenção à saúde dos trabalhadores na rede pública de Serviços de Saúde, destacando aqueles desenvolvidos nos Hospitais Universitários;
- . recolher a experiência acumulada e sistematizá-la, buscando identificar pontos comuns referentes às facilidades e dificuldades encontradas e às relações estabelecidas com outros setores relacionados, dentro e fora do Sistema de Saúde;
- . analisar as experiências, na perspectiva de buscar alternativas para fortalecê-las, enquanto estratégia facilitadora da implementação da atenção à saúde dos trabalhadores no âmbito do SUS.

Para sua execução foram previstas e realizadas as seguintes etapas :

- a) Identificação dos serviços que desenvolvem ações específicas de atenção à saúde dos trabalhadores, no Sistema de Saúde;

A partir das informações recolhidas no procedimento de busca das evidências ou da existência das atividades de atenção à saúde dos trabalhadores na rede pública de serviços de saúde, mencionadas acima, foram identificados e listados os Núcleos, Serviços, Coordenadorias ou assemelhados, existentes nas Secretarias de Saúde nos Estados e em alguns Municípios, ou seja, as atividades institucionalizadas, ainda que centralizadas em apenas um profissional interessado, que servia de mediador entre o Ministério e o nível regional.

O resultado deste trabalho está reunido no **Cadastro Preliminar dos Programas de Saúde do Trabalhador na rede de Serviços de Saúde**, concluído em dezembro de 1992. Relacionando 161 Programas ou Atividades nomeadas *Saúde do Trabalhador*, a nível do SUS, sob a forma de Programas, Projetos, Centros de Referência, ou Serviços de Atenção aos Acidentados no Trabalho, em todos os 26 estados brasileiros (as informações quanto ao estado de Santa Catarina, foram introduzidas posteriormente) e no Distrito Federal, vinculadas às instituições de âmbito federal, estadual e municipal. (DIAS, 1992).

Apesar dos limites metodológicos, que se refletem na qualidade dos dados obtidos, e da dinamicidade das mudanças nas instituições, que tornam o Cadastro rapidamente desatualizado, sua importância foi confirmada pelos depoimentos de vários profissionais de Serviços, que tiveram, pela primeira vez, a oportunidade de ter uma idéia da situação a nível nacional e dispor de um instrumento facilitador da comunicação e intercâmbio, como a convocação de reuniões, correspondência e informação.

Quanto aos limites decorrentes da sua rápida desatualização, podem ser considerados como intrínsecos à natureza do processo e corrigidos por mecanismos de acompanhamento e atualização permanentes dos dados.

- b) reunião/coleta de informações e de documentação sobre as atividades ou as ações desenvolvidas pelos Centros de Referência, Programas e Serviços de Saúde do Trabalhador;

Os Centros de Referência, Programas e Serviços de Saúde do Trabalhador relacionados no Cadastro acima mencionado, foram contactados por carta, na qual era solicitado o preenchimento de um Questionário, buscando conhecer os seguintes aspectos:

- . dados básicos de identificação, incluindo data de criação do Serviço, o tempo de funcionamento, aspectos da origem e evolução do trabalho;
- . descrição das atividades desenvolvidas, incluindo a clientela atendida, fluxo dos pacientes, nosologia prevalente; rotinas e condutas;
- . descrição dos recursos disponíveis, incluindo a qualificação e composição da equipe de trabalho, área física e equipamentos;
- . relações intra e inter-institucionais, particularmente com as demais instituições públicas que atuam sobre a questão;
- . relações com os movimentos de trabalhadores e os mecanismos de participação dos trabalhadores no serviço.

Finalizando, foi perguntado ao responsável pela atividade (ou pelo preenchimento do Questionário) sua opinião sobre o conceito e o papel de um Centro de Referência em Saúde do Trabalhador.

Este questionário (Anexo 8.1.1) foi enviado aos Serviços, Núcleos ou Programas anteriormente listados, acompanhado de envelope endereçado e selado para resposta e de uma carta-padrão (Anexo 8.1.2), explicando o objetivo do levantamento e solicitando, ainda, a remessa de documentos que contribuíssem para o acervo da Bibliografia Informal que estava sendo organizada. A relação dos profissionais que responderam o Questionário está no Anexo 8.1.3.

Nos casos em que houve demora da resposta, foi feito contato telefônico reiterando a solicitação ou aproveitou-se a oportunidade da realização de alguma reunião da área, em que estivesse presente um representante do Serviço, para cobrar a resposta ou obtê-la diretamente, através de uma mini-entrevista. Foram enviados 161 questionários e obtidas 72 respostas.

c) descrição do trabalho desenvolvido a partir das informações recolhidas;

A análise das informações recolhidas revela que o quadro nacional da atenção à saúde dos trabalhadores na rede de serviços de saúde é diversificado e complexo. As atividades aparecem sob diferentes denominações, Serviços, Programas, Núcleos e Centros de Referência em Saúde do Trabalhador, Serviços de Acidente do Trabalho, Centro de Intoxicação, Ambulatório de Doença Profissional, entre outras.

É interessante destacar a utilização da denominação Centro de Referência em Saúde do Trabalhador, na qual a expressão *Centro de Referência* tem uma conotação diversa da habitualmente empregada em administração e organização de serviços de saúde (REEVES, BERGWALL & WOODSIDE, 1979; GONÇALVES, 1982), tendo se tornado quase que um *código*, referindo-se a uma prática de saúde orientada pelo enfoque da Saúde do Trabalhador.

Pela natureza dos dados e a finalidade para a qual foram colhidos, não cabe apresentar aqui tabelas ou a quantificação dos achados. Entretanto, das respostas aos questionários é possível destacar alguns aspectos que pareceram interessantes.

A **diversidade** pode ser considerada como a marca principal da organização da atenção à saúde dos trabalhadores no setor saúde, na atualidade. Sob denominações variadas, têm sido desenvolvidas, desde ações restritas ao atendimento de trabalhadores segurados da Previdência Social, acidentados no trabalho, até sistemas

mais complexos de atenção, integrando atividades preventivas e curativas em uma atuação interinstitucional.

São diversos, também, os níveis de inserção, na esfera estadual, municipal, nos hospitais universitários ou aqueles inseridos nas estruturas remanescentes do antigo INAMPS. Por exemplo, dos 8 Programas identificados no Estado do Paraná, 1 está na esfera estadual e 7 são municipais. Em Minas Gerais, 2 atividades são desenvolvidas em HUs, uma a nível estadual, pela Secretaria de Estado da Saúde (SES), uma é atividade conjunta INSS/SUS e 5 são municipais. Dos 7 Programas/Atividades no Rio de Janeiro, 2 estão em HUs, um na FIOCRUZ, um é de responsabilidade da SES e 4 são municipais. No Rio Grande do Sul, um Programa tem abrangência estadual, 2 são municipais, 3 estão vinculados à Universidades.

Quanto ao início das atividades, observa-se uma concentração entre 1991 e 1992. O Programa mais antigo é o Ambulatório de Doenças do Trabalho da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), criado em 1978, e entre os mais recentes estão as atividades programadas para serem implantadas no início de 1993, como o Núcleo de Saúde do Trabalhador da Coordenação de Vigilância Sanitária da SES-Paraíba e o Programa de Normas e Procedimentos para Atendimento de Acidentado, Portador de Doença Profissional e do trabalho, na rede do SUS, conveniados e unidades da rede privada, de Palmas - Tocantins.

Entre as atividades desenvolvidas ou coordenadas a nível das Secretarias Estaduais de Saúde- SES, podem ser mencionadas o Programa de Saúde do Trabalhador da Coordenação de Vigilância Sanitária da SES-Acre; o Programa de Saúde do Trabalhador da Divisão de Vigilância Sanitária-DVS de Alagoas; o Projeto da Divisão de Fiscalização do Meio Ambiente, Higiene e Segurança do Trabalho do Departamento de Vigilância Sanitária da SES-Amapá; o Serviço de Saúde do Trabalhador da SES-Amazonas; o Centro de Estudos de Saúde do trabalhador (CESAT) da SES-Bahia; o Serviço de Higiene e Segurança do Trabalho DVS/SES-Ceará; o

Programas de Saúde do Trabalhador do Instituto de Saúde do Distrito Federal; o Programa de Saúde do Trabalhador da SES-Espírito Santo; o Programa de Ecologia Humana e Saúde do Trabalhador, vinculado à Superintendência de Vigilância Sanitária da SES-Goiás; o Programa de Saúde do Trabalhador da SES-Maranhão; o Projeto Saúde do Trabalhador da SES-Mato Grosso; o Núcleo de Saúde do Trabalhador, vinculado à Diretoria Técnica da SES de Mato Grosso do Sul; a Coordenadoria de Saúde do Trabalhador da Superintendência de Epidemiologia da SES-Minas Gerais; o Grupo de Trabalho em Saúde do Trabalhador da DVS/SES-Pará; o Programa de Saúde do Trabalhador da SES-Paraíba; o Programa de Saúde do Trabalhador da SES de Pernambuco; o Programa de Saúde do Trabalhador da DVS/SES-Piauí; o Programa de Saúde do Trabalhador da SES-Rio de Janeiro; o Programa para Implantação do Serviço de Vigilância à Saúde do Trabalhador no Estado do Rio Grande do Norte; o Centro Integrado de Assistência à Saúde do Trabalhador (CIAST) da SES-Rio Grande do Sul; o Programa de Atenção à Saúde do Trabalhador da SES-Rondônia; o Projeto da Divisão de Saúde do Trabalhador do Departamento de Vigilância Sanitária da SES-Roraima; Sub-Gerência de Saúde do Trabalhador da SES-Santa Catarina; o Programa de Saúde do Trabalhador da SES-Sergipe e a Seção de Saúde do Trabalhador da SES-Tocantins.

No Estado do Paraná, vinculados à SES, foram identificados o Grupo de Coordenação em Saúde do Trabalhador, no Centro de Saneamento e Vigilância Sanitária e o trabalho desenvolvido através da Escola de Saúde Pública e do Instituto de Saúde do Paraná.

No Estado de São Paulo, aparece uma situação particular, tendo sido registrados 79 Serviços ou Programas, criados por uma decisão administrativa, a nível da SES, em 1988. (MORRONE, s.d.). Em que pese os investimentos feitos visando sua implementação, poucos foram instituídos de fato, geralmente, municipalizados. Entre as atividades vinculados diretamente à SES, estão o Sub-Grupo de Atenção à Saúde do Trabalhador (SGAST); a Divisão de Vigilância Sanitária do Trabalho, do Centro de

Vigilância Sanitária (DVST/CVS/SES-SP), e alguns Programas de Saúde do Trabalhador em Regionais de Saúde, remanescentes do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), como por exemplo o da Regional (R) 6-Mandaqui, na Zona Norte do Município de São Paulo; o Ambulatório de Acidentes do Trabalho no SUDS-R13-Mogi das Cruzes; o Programa de Saúde do Trabalhador do Vale do Paraíba e o Programa de Saúde do Trabalhador no Escritório Regional de Saúde (ERSA)-59 em Sorocaba.

A nível dos **municípios**, no Estado de São Paulo, foi possível identificar o desenvolvimento de ações de Saúde do Trabalhador em Itaquera; Santo André; Bauru; Botucatu (com a colaboração de professores de Medicina do Trabalho da Faculdade de Medicina de Botucatú da UNESP); Campinas, (onde além do Programa de Saúde do Trabalhador da Secretaria Municipal, aparecem o Ambulatório de Saúde Ocupacional do Hospital das Clínicas da UNICAMP e o Núcleo de Saúde da PUCCAMP/Sub-área de Estudos sobre Saúde e Trabalho); Ribeirão Preto (com a participação do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo-Campus de Ribeirão Preto-USP-RP); Santos, com o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador vinculado à Secretaria Municipal de Higiene e Saúde; o Programa de Saúde do Trabalhador de Sorocaba e o Centro de Referência para a Saúde do Trabalhador do ABC, vinculado às Prefeituras Municipais de Santo André, São Bernardo e São Caetano.

No município de São Paulo-SP, a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) implantou, a partir de 1989, o Programa de Saúde do Trabalhador de São Paulo, adotando a estratégia de criação de Centros de Referência. (CARNEIRO, 1993). Integrando esse trabalho, foram identificadas as unidades de Campo Limpo, Freguesia do Ó, Lapa e Moóca. Ainda, no município de São Paulo, foi contactado o Serviço de Saúde Ocupacional do Hospital das Clínicas da USP.

Entre as atividades implementadas a **nível dos municípios**, na perspectiva da municipalização das ações de saúde, em outros estados da Federação, foram

identificados: a Política de Saúde do Trabalhador para a cidade de Porto Alegre-Rio Grande do Sul; o Programa de Saúde do Trabalhador da SMS de Vitória-Espírito Santo e a Unidade de Saúde do Trabalhador/Programa de Atenção à Saúde do Trabalhador do Distrito Sanitário de Camaçari-Bahia.

A nível municipal, foram contactados, em Minas Gerais, o Ambulatório de Atenção à Saúde do Trabalhador de Contagem; a Coordenadoria de Saúde do Trabalhador de Ipatinga; o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador de João Monlevade, o Centro de Referência de Saúde do Trabalhador de Ouro Branco e o Ambulatório Integrado de Doenças Profissionais de Juiz de Fora. Em Belo Horizonte, o processo de implantação de ações de Saúde do Trabalhador na rede pública municipal de saúde teve continuidade, em setembro de 1992, com a constituição do Fórum Municipal de Saúde do Trabalhador, a realização da Conferência Municipal de Saúde do Trabalhador e a inauguração do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador do Distrito Sanitário do Barreiro.

Também, em Minas Gerais, foram contactados o Núcleo de Referência em Doenças Profissionais (NUSAT), vinculado ao INSS e o Ambulatório de Doenças Profissionais do Hospital das Clínicas da UFMG, em convênio com a FUNDACENTRO, que apesar de sediados em Belo Horizonte, têm uma atuação de abrangência estadual.

No Estado do Rio de Janeiro, foram identificados os Programas de Saúde do Trabalhador nos municípios de Cabo Frio e Arraial do Cabo, Petrópolis e Angra dos Reis, Niterói, Volta Redonda e o Serviço de Saúde do Trabalhador e Higiene do Meio Ambiente da Secretaria Municipal de Saúde de Nova Iguaçu; o Ambulatório de Saúde Ocupacional do HU Antonio Pedro da Universidade Federal Fluminense (UFF), em Niterói; o Programa de Ensino, Pesquisa e Atenção à Saúde do Trabalhador da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ) e o CESTH/FIOCRUZ.

No Estado do Paraná dos 29 Serviços ou Programas inicialmente listados, distribuídos nas Regionais de Saúde (RS) do Estado, conseguiu-se estabelecer contato com os Programas de Saúde do Trabalhador de Irati (4a.RS); Guarapuava (5a.RS); o Ambulatório de Toxicologia e Saúde do Trabalhador/Centro de Controle de Intoxicações do HU Regional de Maringá (considerado o programa oficial do município); o Programa de Saúde do Trabalhador de Londrina, e o Ambulatório de Doenças Ocupacionais do HU Regional do Norte do Paraná, na mesma cidade; o Programa de Prevenção da Intoxicação por agrotóxicos, utilizados na cultura do algodão, de Cornélio Procópio (18a.RS), e de Telêmaco Borba (21a.RS) e a SMS de Assis Chateaubriand.

Quanto às **atividades desenvolvidas**, predomina a atenção médica, em alguns casos, restrita aos acidentados do trabalho com CAT emitida. Alguns Serviços ou Programas desenvolvem apenas atividades de Vigilância Sanitária, mas na grande maioria dos casos, aparecem associados os procedimentos de assistência e as ações de vigilância da saúde dos trabalhadores, a produção e divulgação do conhecimento e o encaminhamento dos trabalhadores à Seguridade Social.

As **equipes de trabalho** são, em princípio multiprofissionais, buscando uma abordagem transdisciplinar da questão. A composição qualitativa e quantitativa é variada. À primeira vista, observam-se distorções na composição das equipes, com predomínio de profissionais médicos e evidente desequilíbrio numérico do pessoal de apoio. Merece destaque a unânime preocupação com a qualificação das equipes.

Quanto às **instalações** observam-se distorções às vezes dramáticas: desde equipes com 10 profissionais dispendo de apenas uma sala, até Programas que contam com uma sede própria e instalações bem dimensionadas para o trabalho proposto, como, por exemplo, os Programas de Saúde do Trabalhador de Bauru-SP, de Salto-SP, o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador de Porto Alegre-RS e o CESAT em Salvador-BA.

Quanto ao **item equipamentos e material de apoio**, é interessante destacar a ênfase dada aos instrumentos de avaliação ambiental (luxímetro, decibelímetro, impedanciômetro), herança, talvez, da Higiene do Trabalho. Não é mencionado o apoio bibliográfico, talvez por ser óbvio, e apenas três Programas ou Serviços mencionam a existência de equipamentos de informática.

A preocupação com a **articulação interinstitucional** é unânime. Em muitos casos, está traduzida na criação de Comissões Interinstitucionais de Saúde do Trabalhador, mas, na prática parecem prevalecer as relações informais e pessoais entre os técnicos das instituições e os trabalhadores. Apesar de ser uma prática reconhecida e valorizada na atividade de atenção à saúde dos trabalhadores, aparecem nas respostas muitas queixas sobre as dificuldades encontradas.

Além da importância dada à **preparação de recursos humanos**, também foram mencionadas a necessidade de informação ágil e disponível e de uma maior clareza quanto as atribuições das diferentes instituições, particularmente quanto à superposição das atribuições das ações de Vigilância da Saúde e fiscalização dos ambientes e condições de trabalho e a importância de normas e instrumentos para o desenvolvimento do trabalho, como por exemplo os Códigos Sanitários.

Quanto ao **papel dos Centros de Referência**, as respostas obtidas revelam uma expectativa positiva de sua atuação, influenciada, talvez, mais pelo trabalho desenvolvido e pela imagem produzida por algumas atividades assim denominadas, do que propriamente, por uma clareza conceitual.

Em alguns casos, observou-se uma resistência velada ou explícita à idéia de Centro de Referência, baseada no receio manifestado pelos profissionais entrevistados, quanto aos riscos da verticalização do cuidado, reproduzindo os antigos Programas de Saúde.

Nesse particular, é importante destacar que **Centro de Referência em Saúde do Trabalhador** é uma entidade nova, distinta daquela tradicionalmente conceituada nos manuais de organização de serviços de saúde e que necessita ser melhor estudada.

5.2.2 A atenção à saúde dos trabalhadores nos Hospitais Universitários

No levantamento preliminar realizado para confecção do Cadastro mencionado anteriormente, entre as 161 atividades, foram identificados 8 Serviços Especializados no atendimento a trabalhadores, nos Hospitais de Ensino e/ou vinculados aos Departamentos de Medicina Preventiva e Social das Escolas Médicas.

Considerando o papel destes centros na atenção à Saúde do Trabalhador, tanto na prestação direta de atenção especializada, quanto na produção e difusão de conhecimento e informação e na preparação e capacitação de recursos humanos na área (DIAS, 1992b) optou-se por realizar um levantamento da situação, em separado.

Assim, entre setembro e outubro de 1992, foi realizada uma consulta aos Diretores dos 31 Hospitais Gerais de Ensino, vinculados ao Ministério da Educação, utilizando um questionário padrão, perguntando sobre a existência de serviços especializados e/ou uma linha especial de atendimento aos trabalhadores, quer da própria instituição ou aberta para à clientela do SUS. (ANEXO 8.2.1)

Dos 31 questionários enviados, foram obtidas 30 respostas (apenas uma instituição não respondeu). Observou-se que 11 HE não desenvolvem qualquer atividade explicitada como relacionada à Saúde do Trabalhador; 11 afirmaram manter uma linha diferenciada de atendimento voltada para os trabalhadores do próprio Hospital e, em alguns casos, de outros setores da própria Universidade e apenas 8 informaram desenvolver atividades de Saúde do Trabalhador integradas no SUS. Merece registro que, em 2 casos, apesar do Diretor informar negativamente, sabia-se

da existência de serviços especializados, evidenciando a desinformação existente, por vezes dentro da própria instituição.

Dos 11 Serviços especializados no atendimento a trabalhadores, 3 estão em São Paulo: na USP, UNICAMP e USP/RP; 2 no Rio de Janeiro, na Universidade Federal Fluminense (UFF) e UERJ; 2 em Minas Gerais, na UFMG e na Universidade Federal de Uberlândia (UFUB); um no Rio Grande do Sul, na Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS); um no Espírito Santo, na Universidade Federal do Espírito Santo (UFES); no Paraná, na Universidade Estadual de Londrina (UEL) e na Universidade Estadual de Maringá, situação sumarizada no Quadro I (Anexo 8.2.2).

A relação dos Serviços/Centros de Referência em Saúde do Trabalhador em Hospitais Universitários e de Ensino, identificados em 1992, com os respectivos endereços e o nome do Coordenador está contida no Quadro II, no Anexo 8.2.3.

Sobre a contribuição dos Hospitais Universitários para a atenção à saúde dos trabalhadores é interessante destacar a mudança que vem ocorrendo na compreensão do papel do hospital na atenção a saúde da população, rompendo com o falso dilema que contrapunha a atenção primária em saúde, eleita a estratégia privilegiada para garantir a saúde para todos, e o atendimento hospitalar. As idéias e convicções radicais têm cedido lugar a propostas que, sabiamente, retiram o que cada uma tem de melhor, propiciando a síntese, de que ambos são necessários para a garantia de uma atenção à saúde de boa qualidade. (WHO, 1987; NOVAES, 1990).

Nesta perspectiva, o hospital passa a ocupar o lugar de referência para ações mais complexas, a coordenação dos programas de saúde, educação e treinamento e suporte administrativo, contribuindo para a superação de problemas elementares que estrangulam o sistema de saúde impedindo-o de cumprir efetivamente o seu papel. Esta tendência aparece bem explicitada em recente publicação sobre o *Hospital do*

futuro, preparada pela Divisão de Fortalecimento dos Serviços de Saúde/OMS. (JOLLY & GERBAUD, 1992).

Cresce, assim, em importância o papel desempenhado pelos HU, tendo em vista sua especificidade e o leque de atividades e atribuições que desenvolvem e/ou estão capacitados a desenvolver, no âmbito do Sistema de Saúde.

No que refere à atenção à saúde dos trabalhadores, as atribuições, compromissos e competências dos HU ganham contornos especiais e podem ser sumarizados na: a) prestação de assistência integral e especializada ao trabalhador, com ênfase no diagnóstico e tratamento da patologia ocupacional; b) capacitação de recursos humanos, de nível médio e superior, aptos a prestar atendimento adequado aos portadores de doenças profissionais e relacionadas ao trabalho; c) realização de estudos epidemiológicos e clínicos, sobre a patologia do trabalho prevalente na região onde se insere; e d) o desenvolvimento de processos educativos junto com os trabalhadores, instituições públicas e e outros setores da sociedade, voltado para as questões de saúde relacionadas ao trabalho. (DIAS, 1993 d).

Essas atribuições foram identificadas, também, na experiência de outros países que privilegiaram a estratégia de implantação de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador, na implementação da atenção aos trabalhadores na rede de serviços de saúde como a Itália, Canadá e os Estados Unidos da América do Norte (GUIDOTTI, 1984; ROSENSTOCK, 1984; MENDES, 1986; WELCH, 1989).

No Brasil, essa idéia tem orientado a criação de serviços de atenção aos trabalhadores em HU, a partir da experiência pioneira da UNICAMP, em 1978 (FERREIRA JR., IGUTI & MENDES, 1982), seguida pela UFMG, em 1984 (DIAS-LAUAR *et al.*, 1984). É interessante registrar que, 2 dos Serviços existentes em 1985, não aparecem mais na relação elaborada em 1992.

O papel dos HU na atenção à saúde dos trabalhadores motivou a realização do "Encontro sobre o papel dos Hospitais Universitários na luta pela saúde dos trabalhadores", durante a XXXVII Reunião da SBPC, em julho de 1985, em Belo Horizonte. Reuniu 30 profissionais vinculados aos serviços existentes naquele momento, entre professores, pesquisadores e médicos-residentes da UFF, UFMG, UFRJ, UFG, UNICAMP, da Faculdade de Saúde Pública e das Faculdades de Medicina da USP, USP-RP, UNESP-Botucatu, Itajubá, Santo Amaro, Santos, Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, ENSP/FIOCRUZ, DIESAT, da SSMT/MTb e FUNDACENTRO, tendo como objetivo uma reflexão crítica sobre o trabalho, a divulgação das experiências em desenvolvimento e definição de estratégias para seu aperfeiçoamento.

Entre as conclusões do Encontro destaca-se o reconhecimento da importância do trabalho desenvolvido, (restrito, à época, a 7 centros universitários), para a luta dos trabalhadores por melhores condições de saúde, através da prestação de serviços especializados e da capacitação de recursos humanos, da produção e socialização do conhecimento, e a contribuição para o desvelamento da ocorrência da doença do trabalho em nosso meio.

As principais dificuldades identificadas para o desenvolvimento das atividades foram: a) a ausência de uma rede hierarquizada de serviços, descaracterizando-os enquanto Serviços de Referência, obrigando-os a fazer atenção primária, secundária e terciária simultaneamente; b) as deficiências crônicas de recursos humanos, instalações e equipamentos dos HU, refletidas na realização de exames e de propedêutica complementares e nas restrições às internações; c) os conflitos internos, a nível dos Departamentos de Medicina Preventiva e Social, decorrentes do componente clínico das atividades realizadas; d) as limitações técnicas das equipes de trabalho; e e) a efetiva participação dos trabalhadores. (DIAS- LAUAR et al, 1985).

É interessante destacar que um elenco muito semelhante de dificuldades foi observado nos Serviços de Saúde Ocupacional e Meio Ambiente, vinculados a HU nos Estados Unidos, em uma visita de estudo realizada pela autora em 1992. (DIAS, 1992).

Considerando a importância do trabalho desenvolvido pelos Hospitais de Ensino, não só pelo leque de atividades que desenvolvem, mas por seu papel multiplicador e potencializador das experiências, e a necessidade de se conhecer melhor a situação e definir estratégias para sua implementação, foi realizado em São Paulo, em junho de 1993, o Encontro dos Serviços de Saúde do Trabalhador em Hospitais Universitários, integrando a programação do II Congresso da Rede IDA/Brasil, sob a coordenação do Prof. Francisco Lacaz. A Ata dos trabalhos registra parte das discussões e as sugestões do grupo, reiterando a importância do trabalho e a necessidade de que ele seja reconhecido e apoiado tanto pelo Ministério da Educação quanto pela Saúde (LACAZ, 1993).

5.2.3 A observação das experiências

Os contatos estabelecidos com profissionais de saúde vinculados às atividades de atenção à saúde dos trabalhadores em todos os estados da Federação, através de carta, telefone, fax, material de divulgação (projetos, folders, relatórios, etc) e pessoalmente por ocasião de reuniões, despertaram o interesse de visitar alguns destes serviços, na perspectiva de ver materializadas as propostas, traduzidas em espaço físico, instalações, móveis, utensílios, equipamentos, portadores de um discurso próprio, muitas vezes mais eloqüente que qualquer documento escrito.

Interessava, também, ouvir, se impossível todos, pelo menos alguns dos atores, sobre as origens e a motivação para trabalhar com atenção à saúde dos trabalhadores na rede de serviços de saúde, os fatores facilitadores e os que têm dificultado o trabalho e quais as perspectivas que vêm para o futuro da área.

Também aqui, foi assumido o risco de selecionar alguns serviços, não por um julgamento de valor ou critério de sucesso ou fracasso. Privilegiou-se, apenas, a oportunidade de procurar conhecer um pouco melhor o que estava ou está sendo feito fora do eixo São Paulo, Rio de Janeiro e Minas Gerais, mais bem divulgado ou mais próximo geograficamente.

Assim, foram visitados serviços e/ou entrevistados profissionais de saúde das equipes dos Programas nos Estados da Bahia, Espírito Santo, Minas Gerais, Paraná, Rio Grande do Sul e São Paulo.

Em São Paulo, a escolha do Programa de Saúde do Trabalhador da Zona Norte, no município de São Paulo, foi determinada pela sua importância enquanto centro irradiador de idéias e metodologias de trabalho e de capacitação e treinamento de recursos humanos, no país.

A entrevista com a Dra. Lia Giraldo Silva Augusto foi definida considerando sua atuação na implantação do Programa de Saúde do Trabalhador no ERSA-52/Santos-SP.

No Paraná a escolha foi ditada pelo caráter inovador da proposta feita pela Equipe Técnica de Coordenação da Saúde do Trabalhador da SES-Paraná, e o modelo assistencial desenvolvido para o âmbito estadual.

No Espírito Santo, procurou-se conhecer a perspectiva adotada no trabalho de integração das ações de nível estadual, com as de um Serviço no Hospital Universitário, além da proposta para o município de Vitória.

Na Bahia, foram entrevistados profissionais vinculados ao CESAT/SES-BA, particularmente o Dr. Marco Antonio Rego, em escolha definida pelo caráter regional da experiência e o modelo assistencial adotado, que privilegia a estratégia do Centro

de Referência e as ações de Vigilância da Saúde, bem como pelo desafio de implantar um trabalho em uma extensa região geográfica, com agudos contrastes econômicos e sociais, de forma articulada no SUS.

No Rio Grande do Sul, a escolha foi baseada em condições muito particulares, decorrentes da co-existência, em Porto Alegre, de Serviços especializados de âmbito municipal, estadual e no Hospital Universitário, além da oportunidade de entrevistar o sindicalista João Reus do Nascimento, Diretor do Sindicato dos Trabalhadores do Polo Petroquímico de Rio Grande, que em colaboração com o Doutorando Ricardo Kuchenbecker e Geraldo de Azevedo e Souza Filho estavam desenvolvendo, na ocasião, com o apoio do INST/CUT, um projeto de pesquisa intitulado: **Os Sindicatos e os Programas de Saúde do Trabalhador - Avanços na conquista da saúde**. Naquele momento concluíam a fase de campo da investigação sobre a participação de trabalhadores nos Programas de Saúde do Trabalhador no país, tendo visitado Serviços e Programas de Saúde do Trabalhador e entrevistado trabalhadores e dirigentes sindicais em seis estados da Federação. (KUCHENBECKER; SOUZA FILHO & NASCIMENTO, 1992).

Considerando a natureza do objeto sob investigação e as possibilidades concretas que se ofereceram, foi entrevistado o Professor Vicente Navarro, da Escola de Saúde Pública da Universidade de Johns Hopkins (The Johns Hopkins University, School of Hygiene and Public Health), em Baltimore, EUA; e o Dr. Gregório Baremlitt, Médico-Psiquiatra e Professor argentino, atualmente residindo em Belo Horizonte.

A lista de Serviços de Saúde do Trabalhador visitados e dos profissionais entrevistados encontra-se no Anexo 8.3.

As observações realizadas e as informações recolhidas nas entrevistas estão registradas e incluídas ao longo do texto, na descrição e comentários sobre a situação atual.

5.3 A TERCEIRA ETAPA DA JORNADA:

- **o processo de construção da atenção à saúde dos trabalhadores no SUS, no Brasil - Enfim o tesouro!**

Após o levantamento da produção científica, possível de ser acessada através das vias tradicionais e daquela reunida sob a denominação de *bibliografia informal* sobre a atenção à saúde dos trabalhadores; da realização do Cadastro das Atividades (Programas e Centros de Referência em Saúde do Trabalhador) na rede pública de serviços de saúde; do levantamento das atividades realizadas a nível dos Hospitais Universitários, e da visita a algumas dessas instituições, já era possível delimitar ou formar uma idéia do quadro mais geral da atenção à saúde dos trabalhadores na rede de serviços de saúde.

Apesar das limitações e vieses próprios da metodologia escolhida, tornava-se possível demonstrar que está se instituindo no Brasil, **uma prática de saúde ou prática sanitária particular, na rede de serviços de saúde, multiforme, sujeita às contradições (próprias) intrínsecas ao campo das relações saúde & trabalho e à crise do setor saúde na atualidade, que se denomina de atenção à saúde dos trabalhadores na perspectiva da Saúde do Trabalhador.**

Diante dos achados e do material recolhido e observado era impossível negar a existência de um rico processo social em curso: a construção da atenção à saúde dos trabalhadores, na rede pública de serviços de saúde, na perspectiva da Saúde do Trabalhador, no Brasil.

Apesar de delimitado um tempo cronológico e histórico, para a abordagem da atenção à saúde dos trabalhadores na rede pública de serviços de saúde, a partir de 1978, é importante reafirmar que seu caráter processual, de construção, considera, também, os momentos anteriores, já mencionados.

Para a descrição e análise desse processo, foram estabelecidos três momentos distintos, em uma periodização que se inicia em 1978 e se encerra em 1994.

O *primeiro momento*, compreendido entre 1978-86, denominado de **difusão das idéias**, é marcado pela efervescência das idéias e pressupostos que conformam a área temática da Saúde do Trabalhador e da atenção à saúde dos trabalhadores, enquanto uma prática de saúde diferenciada. É o tempo da divulgação da experiência italiana, através do intercâmbio e visitas de técnicos e profissionais de saúde à Itália; da implantação dos primeiros Programas de Saúde do Trabalhador na rede pública de serviços de saúde; da realização de inúmeros seminários e reuniões, particularmente no eixo São Paulo, Rio de Janeiro e Minas Gerais, destacando-se a inserção do tema nas discussões da VIII Conferência Nacional de Saúde e na realização da I Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador.

O *segundo momento*, compreendido entre 1987-90, foi marcado pela **institucionalização das ações de saúde do trabalhador na rede de serviços de saúde, através das conquistas no âmbito legal e das instituições**. É o tempo do processo constituinte, da promulgação da Constituição Federal de 1988 e das Constituições Estaduais; da elaboração e sanção da Lei Orgânica da Saúde (BRASIL, 1990).

O *terceiro momento* foi denominado: **da implantação da atenção à saúde do trabalhador no SUS**. Tempo marcado pelo caos do sistema de saúde, que se debate entre propostas antagônicas construídas, uma na perspectiva do projeto da Reforma Sanitária e outra do projeto Neo-Liberal; pelas disputas corporativas e pela ausência de mecanismos claros e efetivos de financiamento para as ações no SUS.

Para a atenção à saúde dos trabalhadores as dificuldades são ampliadas ou potencializadas, pois, trata-se de implantar uma proposta inovadora, no âmbito de um sistema também em mudança, ambíguo e ambivalente. Tempo de acirramento de

disputas e de conflitos entre as corporações profissionais e entre os setores de governo responsáveis pela operacionalização da política de saúde do trabalhador, tradicionalmente, o Ministério do Trabalho e da Previdência Social. Este período se encerra em março de 1994, com a realização da II Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, em Brasília.

Inicia-se, a partir daí, a transição para um *quarto momento*: o *Devir*, onde todas as possibilidades estão em aberto. A se concretizar o cumprimento da legislação, seria marcado pela difusão da atenção à saúde dos trabalhadores no Sistema de Saúde, a todos os trabalhadores, conforme previsto no texto legal e poderia ser denominado, de **consolidação e difusão**. Paradoxalmente, este momento poderá vir a ser caracterizado por mudanças radicais, tanto na concepção das práticas, quanto na organização da atenção, através da modificação ou revisão do preceito constitucional e da sua regulamentação no Setor Saúde e por extensão, nas esferas do Trabalho e da Previdência Social. Constitui, essencialmente, um exercício prospectivo.

Dado o imbricamento existente entre a construção da área de Saúde do Trabalhador e a instituição dessa prática de saúde diferenciada, que denominamos de **atenção à saúde dos trabalhadores, na perspectiva do Saúde do Trabalhador, na rede pública de serviços de saúde**, é possível que, em muitos momentos, a descrição do processo pareça confusa.

Entretanto, é importante ter claro que, uma contém a outra e referencia sua prática, e que esta, ao se desenvolver, influencia a construção daquela que a contém. Dito de outra forma, são os parâmetros ou pressupostos, que embasam e conformam a área temática Saúde do Trabalhador, que definem a "nova" prática de atenção à saúde dos trabalhadores no Sistema de Saúde, mas, seu desenvolvimento, no cotidiano dos serviços, enseja a construção ou define os elementos constituidores e consolidadores da própria área.

5.3.1 O primeiro momento: da difusão das idéias

A oportunidade, diria mesmo, a necessidade que o setor Saúde assumisse a atenção à saúde dos trabalhadores numa perspectiva inovadora, colocou-se, desde o início como a *idéia-força*, dentro do movimento da Saúde do Trabalhador.

Esta *idéia-força* ou premissa básica do movimento da Saúde do Trabalhador já foi enunciada, de forma resumida, como a **compreensão de que os trabalhadores adoecem e morrem de forma igual e compartilhada com o conjunto da população, mas também de forma diferenciada, em decorrência de sua inserção em processos de trabalho particulares. Como decorrência, necessitam e têm o direito a uma atenção às suas necessidades de saúde que contemple essa especificidade.**

Sob esta óptica é possível afirmar ou considerar que os trabalhadores brasileiros, na sua imensa maioria, estão **desassistidos em suas necessidades de saúde**, pois ainda que dispondo da cobertura de Serviços Médicos das Empresas ou daquela provida pela rede pública de serviços, ou de cuidados dispensados por Serviços de alta capacitação e complexidade tecnológica, assegurados por Convênios Médicos, não têm contemplada a especificidade de sua inserção no processo de trabalho.

Esta *idéia* tem inspirado a constituição dos Serviços, Programas e Centros de Referência em Saúde do Trabalhador, no país, ao longo desses anos, constituindo-se no principal argumento daqueles que defendem uma responsabilidade ou atribuição diferenciada para Setor Saúde na sua coordenação e implementação.

Assim, a difusão desta *idéia-força* constitui a principal marca desse período, estratégia viabilizada pela realização de inúmeros encontros e reuniões de profissionais envolvidos com a questão, de diferentes perfis político-ideológicos e distintas inserções institucionais, com a participação dos trabalhadores.

A estratégia da realização das reuniões para divulgação das idéias é complementada pela ampliação da experiência, traduzida na criação de novos Núcleos, Centros e Serviços, alguns dos quais têm vida efêmera, fechando um ciclo que se retro-alimenta e se mantém, apesar das dificuldades próprias de qualquer proposta contra-hegemônica.

A abertura política e o processo de re-democratização do país, iniciado em 1978, facilitou a re-organização do movimento dos trabalhadores e a emergência de novas práticas sindicais em saúde, privilegiando as questões do cotidiano da vida dos trabalhadores, entre elas a saúde. Criou-se, assim, a necessidade de se conhecer melhor a realidade do sofrimento, doença e morte dos trabalhadores, relacionados ao trabalho. Complementarmente, a busca da superação de práticas assistencialistas, herdadas, levou as organizações sindicais a cobrar do Estado uma intervenção efetiva e de qualidade sobre a questão (RIGOTTO, 1992).

Esta dupla cobrança, vinda de setores sociais organizados, aos quais se associaram profissionais de universidades, de instituições de pesquisa e dos Serviços, produzindo ou decodificando conhecimento técnico para orientação da prática sindical, resultaram em iniciativas que tiveram grande impacto sobre o movimento da Saúde do Trabalhador e a atenção prestada aos trabalhadores. (MELO, 1983; MENDES & DIAS, 1991).

Ainda no âmbito do movimento sindical, uma ampla articulação ensejou a realização, em 6 de janeiro de 1979, no Sindicato dos Médicos do Estado de São Paulo, de uma reunião que contou com a participação de representantes de trinta sindicatos e federações de trabalhadores, na qual foi proposta a criação de uma entidade intersindical que realizasse, na área da Saúde o que o Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socio-Econômicos (DIEESE) vinha fazendo na área da Economia, a despeito de toda repressão ao movimento sindical no período.

Constituiu-se, assim a Comissão Intersindical de Saúde do Trabalhador (CISAT), que promoveu, em maio de 1979 a I Semana de Saúde do Trabalhador (SEMSAT), direcionada para o tema das Pneumoconioses e em setembro do mesmo ano a II SEMSAT, abordando a temática dos agentes físicos e seus impactos sobre a saúde dos trabalhadores.

Quase que como um desdobramento desse trabalho foi criado o Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde e dos Ambientes de Trabalho (DIESAT), em 14 de agosto de 1980.

O DIESAT assumiu, então, a liderança na condução das discussões sobre o tema no âmbito das organizações de trabalhadores, realizando uma série de atividades, entre elas, em fevereiro de 1981, o "Simpósio sobre Acidentes do Trabalho"; em setembro, o "Simpósio sobre Horas Extras, Turnos e Ritmos de Trabalho"; em maio de 1982, a III SEMSAT, abordando o tema "Trabalho da mulher e do menor"; e em setembro o "Seminário Sindical sobre Assistência Médica Previdenciária". A IV SEMSAT foi realizada em junho de 1983, abordando o tema do "Trabalho rural: acidentes e doenças" e a V SEMSAT, em maio de 1984, o tema "Trabalho, Incapacidade e Previdência Social" (RIBEIRO & LACAZ, 1984).

Além do DIESAT, os Sindicatos contaram, nesse período, com apoio técnico, através da contratação de profissionais especializados, comprometidos com a saúde dos trabalhadores, responsáveis pela elaboração de estudos, de investigação e decodificação de um saber acumulado, num processo contínuo de socialização da informação e no resgate e sistematização do *saber operário*, vivenciando, na essência a relação pedagógica, biunívoca de educador-educando (DIAS, 1993 b).

Frutos desse processo, começam a aparecer, nos acordos coletivos de trabalho, cláusulas: garantindo a estabilidade no emprego, por períodos variados, e complementação salarial aos trabalhadores vítimas de acidentes do trabalho e de

doenças profissionais; exigindo o acesso do sindicato às informações relativas aos riscos e danos para a saúde, nos trabalhadores da categoria; acordando a implementação de medidas de proteção individual e coletiva contra riscos no trabalho e estabelecendo condições para a introdução de novas tecnologias no processo produtivo, entre outras.

Em algumas categorias de trabalhadores, a luta pela saúde passa pela transformação da atuação da CIPA, de constituição obrigatória e regulamentada por lei desde 1944, através da reformulação de sua composição, processo de eleição dos representantes, atribuições e funcionamento. Em outras categorias, aparece sob a forma da realização de "Semanas de Saúde", reuniões, debates, elaboração de cartilhas jornais, e outras formas de divulgação de idéias. Algumas, chegam a realizar movimentos mais organizados e greves reivindicando melhores condições de trabalho e saúde. Registra-se, também, intensa mobilização e participação, de algumas categorias de trabalhadores, no processo de discussão e reforma do Sistema de Saúde e revisão da legislação. (DIESAT, 1989).

Um aporte importante para a conformação da área de Saúde do Trabalhador no país, veio dos brasileiros que participaram da elaboração do modelo explicativo da *determinação social do processo saúde-doença* e de seus desdobramentos, consubstanciados na proposta da Reforma Sanitária. Em recente estudo, LAURELL (1991) faz um resgate interessante dessa contribuição.

Também foram importantes as contribuições do CEBES e da ABRASCO, catalizando a contribuição dos sanitaristas para a luta dos trabalhadores, através da re-conceituação do processo saúde-doença; do desvelamento do perfil de morbimortalidade relacionado ao trabalho; da análise crítica do sistema de saúde e das políticas públicas e da denúncia das péssimas condições de trabalho e de desassistência dos trabalhadores.

Estas idéias ganharam força a nível dos movimentos sociais e organizações de trabalhadores e nas instituições de ensino e pesquisa, influenciando decisivamente nas discussões sobre as relações Trabalho-Saúde-Doença dos trabalhadores, traduzindo-se em iniciativas concretas, os Serviços e Programas, denominados de Saúde do Trabalhador, na rede de serviços de saúde, com o propósito de implementar uma prática diferenciada em saúde, de conhecer e intervir sobre a realidade e somar forças com o movimento social, em uma atuação multidisciplinar e interinstitucional.

A primeira experiência desenvolvida de uma atenção diferenciada para os trabalhadores na rede de serviços de saúde, sobre a qual se tem registro, teve início em 1974, no Centro de Saúde Experimental da Barra Funda e Bom Retiro, em São Paulo, capital (MENDES, 1974) e foi extinta no início dos anos 80, devido a dificuldades múltiplas, algumas próprias do próprio Centro de Saúde, pouco aparelhado para responder às demandas trazidas pelos trabalhadores, como o horário de atendimento, rotinas de trabalho, recursos humanos escassos e despreparados, até problemas com a empresas que não aceitavam os atestados médicos abonando as ausências ao trabalho por motivo de doença. Outro aspecto importante, refere-se à falta de envolvimento dos trabalhadores, que identificavam a proposta com os interesses das empresas. (MENDES, 1986).

No âmbito do Estado de São Paulo, outras experiências se seguiram, como o Programa de Saúde Ocupacional para pequenas empresas, no Centro de Saúde Escola de Paulínia, da UNICAMP, implementado em 1979, o Ambulatório de Medicina do Trabalho da UNICAMP, que iniciou suas atividades em 1978 e o projeto de um Programa de Saúde do Trabalhador para o município de Campinas (RIANI-COSTA, 1979). Em Cangaíba, na zona leste do município de São Paulo, foi implantada uma atividade na rede básica de saúde (PEREIRA & OTANI, 1981). A proposta desenvolvida em Mogi Mirim, a partir de 1983, enfatizava a intervenção sobre as intoxicações por agrotóxicos em trabalhadores rurais (TRAPÉ *et al.*, 1983; TRAPÉ *et al.* 1984; RAMOS & ROCHA, 1984); assim como no Vale do Ribeira, em 1984,

enfocava a vigilância epidemiológica das intoxicações por agrotóxicos, (SÃO PAULO /SES, s. d.; FREITAS, LACAZ & ROCHA, 1985). Em Osasco, o Programa estava articulado com o Sindicato dos Trabalhadores nas Indústrias Metalúrgicas, Mecânicas e de Material Elétrico de Osasco (OSASCO/PREFEITURA MUNICIPAL, 1986).

Entretanto, apesar do aparente fracasso, uma vez que, as dificuldades expostas acima, a falta de respaldo institucional e/ou apoio dos usuários, colaboraram para seu desaparecimento, essas experiências tiveram, entre outros, o mérito de trazer a questão da atenção à saúde dos trabalhadores para dentro do Sistema de Saúde.

Em Santos-SP, o Programa de Saúde do Trabalhador do ERSA-52, começou a ser organizado em 1983, como atividade interinstitucional centralizada no Centro de Saúde de Cubatão e foi implantado em 1984. (SÃO PAULO/SES/ERSA-52, s.d. a). Entre as contribuições que trouxe para o desenvolvimento da área da Saúde do Trabalhador, serviu de modelo ou referência para atividades semelhantes em outras regiões, definindo metodologias de trabalho, criando e adaptando instrumentos de intervenção, como a notificação compulsória de um elenco de doenças profissionais e a elaboração de um Manual de Rotinas para as ações de Vigilância. (AUGUSTO, et al., 1986; SÃO PAULO/SES/ERSA-52, s.d. (b,c,d); DIESAT, 1990 a).

Papel semelhante cumpriram os Programas de Saúde do Trabalhador de Salto-SP, iniciado em 1984; o do Sindicato dos Químicos do ABC, criado em 1985 e ampliado em 1987, tornando-se Centro de Referência do ABCD, incorporando Diadema (DIESAT, 1990b); de Santo André-SP, iniciado em 1985 (DIESAT, 1989); o Instituto Municipal de Saúde do Trabalhador da Prefeitura Municipal de Bauru-SP, criado em agosto de 1985 (PIMENTA & CAPISTRANO FILHO, 1988); o Programa de Saúde do Trabalhador de Botucatu, iniciado em 1986, vinculado à Faculdade de Medicina da UNESP e ao SUDS-R24; o Programa de Saúde do Trabalhador do Vale do Paraíba, em São José dos Campos-SP, iniciou suas atividades em 1986, (SÃO PAULO/SES/DRS-3, 1986) e seu projeto previa, com detalhes, todas as etapas de implantação da

atividade; e o Programa de Saúde do Trabalhador da Zona Norte, na cidade de São Paulo, implantado em 1986. (COSTA *et al.*, 1989).

As informações referentes ao processo ocorrido em outros estados da Federação encontram-se, ainda, mais dispersas.

Uma experiência pioneira foi desenvolvida, nessa época, no município de Londrina, no Paraná, voltada para o atendimento de trabalhadores em pequenas empresas, (GUTIERREZ, 1976).

Em Minas Gerais, por exemplo, tem-se conhecimento de que foram elaborados mais de uma dezena de projetos de implantação de atenção à saúde dos trabalhadores na rede pública de serviços de saúde nesse período, entre os quais, foram localizados o do Ambulatório de Doenças Profissionais do Hospital das Clínicas da UFMG, (UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS/DEPTO. de MEDICINA PREVENTIVA E SOCIAL, 1983) e na rede de serviços da SES-MG, (GONÇALVES & PROCÓPIO, 1984; ASSUNÇÃO, 1986; SILVEIRA; LEITE & GAVA, s.d.; ECHTERNACHT & AGUIRRE de SOUZA, 1986; DIAS-LAUAR *et al.*, 1988). No município de Baldim, foi iniciada uma atividade junto com os trabalhadores rurais, que resultou na primeira legislação municipal visando o controle do uso abusivo de agrotóxicos no estado (BALDIM, 1985; CURY, 1985). Iniciativa semelhante foi tentada em Ibitiré, município localizado na Região Metropolitana de Belo Horizonte (PINHEIRO, 1986; LEITE, *et al.* 1989).

Entretanto, apesar dos múltiplos esforços, até 1986, apenas o Ambulatório de Doenças Profissionais, do Hospital das Clínicas da Universidade foi efetivamente implantado. (DIAS-LAUAR *et al.*, 1984).

Na Bahia, foram localizados a proposta de instalação de um Centro de Diagnóstico das Doenças Ocupacionais em 1986, (PENA, RIPA & HOLLAWAY, 1986),

e o projeto do Centro de Estudos de Saúde do Trabalhador (CESAT), implantado em 1988. (BAHIA/SES/CESAT, 1989).

Infelizmente, não se dispõe de um registro mais sistemático dessas experiências, nem uma avaliação de seu impacto. Duas delas, transformaram o registro do trabalho em livro, como Bauru (PIMENTA & CAPISTRANO FILHO, 1988) e o Programa da Zona Norte em São Paulo (COSTA et al., 1989). Recentemente, a equipe responsável pelas atividades em Ribeirão Preto fez o mesmo, registrando o trabalho desenvolvido, na perspectiva do SUS. (ALLESSI et al., 1994).

A instituição de um "novo olhar" sobre a questão da saúde-doença relacionada ao trabalho e de práticas diferenciadas, a nível da rede pública de serviços de saúde, nos Programas de Saúde do Trabalhador, ensejaram o desvelamento de verdadeiras epidemias, tanto de doenças profissionais clássicas, como as intoxicações por chumbo, mercúrio e de silicose (MENDES, 1989; RIBEIRO & LACAZ, 1984; PIMENTA E CAPISTRANO, 1988; ROCHA & HORTA, 1987; COSTA, et al., 1989; CÂMARA, 1985); ou pelo benzeno, (AUGUSTO, 1985; HAICK, 1987); a asbestose, (RIANI-COSTA, 1983), surdez e outros efeitos da exposição ao ruído excessivo (COSTA, et al., 1989); os acidentes do trabalho (MEDRADO FARIA, 1983); quanto de doenças relacionadas ao trabalho, entre elas, as doenças mentais e a LER (lesões por esforços repetitivos), conforme registram os trabalhos de SELIGMANN SILVA, 1986; FERREIRA, 1988; DIESAT, 1989; ROCHA, 1989; FISCHER & PARAGUAY, 1989; OLIVEIRA, 1991; ASSUNÇÃO & ROCHA, 1993. No estudo sobre a ocorrência das doenças profissionais no país, BUSCHINELLI (1993), analisa e destaca a contribuição dos Serviços e Programas de Saúde do Trabalhador .

Uma face dessa história que está por merecer melhor análise e uma avaliação crítica refere-se à influência do processo da Reforma Sanitária italiana sobre a condução do processo em nosso país, particularmente no que se refere à área da

Saúde do Trabalhador. Sua importância e necessidade têm sido colocadas entre outros por LACAZ, 1993 b.

Um aspecto interessante e polêmico do processo de construção da atenção à saúde dos trabalhadores no sistema de saúde e da própria área temática da Saúde do Trabalhador diz respeito à contribuição dos profissionais vindos da área da Medicina do Trabalho e a Saúde Ocupacional.

Nesse período, alguns médicos do trabalho, a partir da experiência adquirida nos SESMTs, na atenção e/ou investigação da chamada patologia do trabalho, no ensino da especialidade, a nível dos cursos da graduação e pós-graduação, ou da convivência com trabalhadores, confrontados com a inadequação e ou insuficiência das propostas e métodos utilizados, ou com as injustiças e iniquidades deles decorrentes, buscaram sua transformação ou superação, aderindo ao movimento da Saúde do Trabalhador.

Assim, profissionais com distintas visões de mundo e experiências colocaram-se juntos formando um movimento de frente ampla da Saúde do Trabalhador, ensejando a divulgação de conceitos e propostas, a denúncia das condições de saúde-doença dos trabalhadores e de sua relação com o trabalho, o intercâmbio de experiências e o apoio mútuo.

Inúmeras reuniões acontecidas neste período, abordando a temática das relações saúde & trabalho, cumpriram um papel importante no processo de **difusão dessa idéias**. Alguns eventos devem ser destacados pela sua especial contribuição.

Em agosto de 1983, a ABRASCO promoveu em Campos do Jordão, a "Reunião Nacional sobre Ensino e Pesquisa de Saúde Ocupacional", com a participação de 58 profissionais, professores universitários; pesquisadores; médicos-residentes das Residências em Medicina Social; sindicalistas; representantes do governo, do MS e MPAS, (convidado, o MTb não enviou representante); FUNDACENTRO; agências nacionais de financiamento; DIESAT, e Serviços de Saúde.

É interessante destacar a distribuição geográfica ou a procedência dos participantes da Reunião: 23 de São Paulo, capital e interior; 14 do Rio de Janeiro; 5 da Paraíba; 4 de Minas Gerais; 3 da Bahia; 2 do Ceará; e 1 representante dos estados de Goiás, Pará, Amazonas, Pernambuco, Paraná, Rio Grande do Sul e Distrito Federal, que, por si, exprime a mobilização nacional que já se observava naquele momento em torno da questão, desmentindo aqueles que insistem em percebê-la concentrada nos estados do sudeste.

O processo de envolvimento dos participantes começou na preparação da Reunião, através da elaboração, pela comissão organizadora, de um documento-base para os trabalhos, contendo um diagnóstico de situação do ensino, pesquisa e prestação de serviços na área (TAMBELLINI *et al.*, 1984).

O Relatório Final da Reunião resume as atividades desenvolvidas em torno dos quatro temas que centralizaram as discussões: *Atuação e perspectivas institucionais frente aos problemas de saúde relacionados ao trabalho*; *a Situação atual e perspectivas do ensino em Saúde Ocupacional e Medicina do Trabalho no Brasil*; *a Pesquisa em Saúde e Trabalho* e *a A rede de serviços de saúde e os programas de saúde ocupacional: relação, tendências e perspectivas*. (DIAS-LAUAR *et al.*, 1984 b).

Entre as conclusões e recomendações do Encontro, destaca-se a de *incentivar a articulação entre os grupos de serviços, pesquisa e docência em atuação nas Universidades, Escolas de Saúde Pública, Previdência Social, sindicatos de trabalhadores e empresas, estabelecendo um canal de comunicação com a comunidade de trabalhadores e permitindo que seus problemas encontrem soluções adequadas*. Como desdobramento, foram criadas duas comissões em nível da ABRASCO, com a atribuição de viabilizar as conclusões da reunião e difundir conhecimentos acumulados na área.

Outra reunião que cumpriu um papel importante nessa construção, já mencionada a propósito da atuação das agências internacionais no fomento da área, foi o "Seminário/Taller Actividades de Salud Ocupacional en la red de Servicios de Salud", realizado em Campinas, em março de 1984, sob o patrocínio da OPS, através do Programa de Saúde dos Trabalhadores, com a coordenação local do Núcleo de Ecologia Humana da UNICAMP. (OPS, 1984).

Participaram da atividade 37 convidados, 2 representantes da Bolívia; 19 do Brasil (professores universitários e profissionais de serviços de saúde, da SSMT/MTb e da Fundacentro); 2 do Chile, 2 da Colômbia, 1 da Costa Rica; 1 de Cuba; 2 do Equador; 1 do México; 1 da República Dominicana; 2 da Venezuela; o Conselheiro Regional em Segurança e Higiene do Trabalho da OIT, o Secretário-Adjunto do Pacto Andino, o Chefe do Escritório de Saúde Ocupacional da OMS, em Genebra e técnicos do staff da OPS (Dr. Jorge Castellanos, assessor do Programa Serviços de Saúde e o Dr. René Mendes, Assessor Regional do Programa de Saúde dos Trabalhadores) que coordenaram a reunião.

A reunião foi aberta pelo Dr. El-Batawi da OMS/Genebra, apresentando o tema "Atividades de Saúde Ocupacional na rede de serviços de Saúde: experiências em outras regiões e o papel da OMS". A seguir, foram apresentados os cinco temas oficiais: a) Atividades de Saúde Ocupacional na rede de serviços de saúde: Marco conceitual; b) A experiência do Instituto de Seguros Sociais de Antioquia, Colômbia; c) A experiência do Ministério da Saúde da Colômbia; d) A experiência de Campinas e Paulínia; e e) A atenção a saúde do trabalhador rural exposto a praguicidas na rede de serviços de saúde, no projeto Mogi-Mirim-SP, sob a forma de exposições e discussões em grupos de trabalho.

Os documentos preparados para subsidiar a reunião (WHO, 1982; SANDOVAL, 1983; HENAO, 1983; PÉREZ, 1983; RIANI-COSTA, 1983; RIANI-COSTA, 1979) cumpriram importante papel na divulgação das idéias e experiências em curso.

Na reunião, foi destinado um momento para apresentação de algumas experiências nacionais que se iniciavam, como as do Centro de Cangaíba, em São Paulo, da Secretaria de Saúde do Município de Londrina, no Paraná, da Secretaria de Saúde do Rio de Janeiro, do Ambulatório de Doenças Profissionais do Hospital das Clínicas da UFMG, facilitando o intercâmbio entre os grupos emergentes.

No que se refere aos organismos de governo, as recomendações da Reunião quanto à necessidade de capacitação de recursos humanos na área e de melhor definição do papel e atribuições nas esferas do Trabalho, da Saúde e da Previdência reforçaram o direcionamento que lentamente começava a ser dado por alguns setores dentro dos Ministérios, na perspectiva da Saúde do Trabalhador.

É interessante notar que a par do avanço nas discussões conceituais sobre a Saúde do Trabalhador ambas as reuniões utilizaram a denominação Saúde Ocupacional.

Não se tem notícia de nenhum estudo mais sistemático sobre os impactos sobre o desenvolvimento de ações de atenção à saúde dos trabalhadores na rede de serviços de saúde na América Latina.

Entretanto, num depoimento pessoal, a autora acrescenta que, na reunião realizada em Campinas, pela primeira vez viu discutido formalmente o conceito de Saúde do Trabalhador e estabelecidas as diferenças e rupturas que estavam em curso com a Medicina do Trabalho e a Saúde Ocupacional. Além disto, a divulgação do material e das idéias discutidas contribuíram para reforçar a proposta do Ambulatório de Doenças Profissionais que começava a ser implantado no Hospital das Clínicas da UFMG e a implementação de ações de saúde dos trabalhadores na rede de serviços de saúde, em Minas Gerais.

É difícil acompanhar todos os acontecimentos que se seguiram, seja pela ausência de registros, seja por não ter sido possível localizá-los.

Inúmeras outras reuniões cumpriram o papel de colocar os profissionais em contato, ensejar o intercâmbio das experiências e a difusão de uma "nova" forma de ver e intervir sobre a realidade de trabalho, saúde e doença dos trabalhadores. Entre elas, pode ser citado o Grupo de Trabalho organizado pela ABRASCO, em 1982, sobre o tema "Saúde Ocupacional em pequenas e médias empresas" , que reuniu 14 profissionais vinculados a instituições de ensino e serviços de saúde, que apresentaram e discutiram algumas experiências de atenção à saúde dos trabalhadores, em desenvolvimento no Centro de Saúde Escola da Barra Funda, no Centro de Saúde de Cangaíba, em São Paulo, na rede básica de serviços de saúde de Londrina, de Campinas, e Rio de Janeiro. O Relatório Final da reunião destaca a importância desse espaço para a mudança das práticas de saúde e chama a atenção para as perspectivas abertas pela vitória de candidatos com plataformas progressistas, nas eleições para o governo dos Estados, realizadas em novembro daquele ano. (ABRASCO, 1982).

Também foram importantes os Encontros e Cursos promovidos por ocasião das Reuniões da SBPC, que têm se constituído em fóruns importantes de discussão das grandes questões nacionais, particularmente, no período da ditadura e da transição democrática.

A importância crescente desse espaço pode ser medida pelo número de atividades relacionadas à questão saúde & trabalho e de temas-livres apresentados nas reuniões. Entre os cursos pode ser lembrado o Seminário Franco-Brasileiro sobre Emprego, Trabalho, Riscos e Saúde, realizado em 1984, na 36a. Reunião, em São Paulo, promovido pela Coordenadoria de Aprimoramento Médico da Faculdade de Medicina da USP, que trouxe ao Brasil, entre outras personalidades, o Prof. Christophe Dejourn, fomentando o debate sobre o sofrimento mental relacionado ao trabalho. A

este, seguiram-se outros, patrocinados pela ABRASCO e mais recentemente pela Associação dos Docentes da USP (ADUSP). Em 1975, foi realizado o "Encontro sobre o papel do Hospital Universitário na atenção à saúde dos trabalhadores", sob a coordenação do Grupo de Estudo sobre Saúde e Trabalho do Departamento de Medicina Preventiva e Social e Ambulatório de Doenças Profissionais do Hospital das Clínicas da UFMG, já mencionado anteriormente.

O "Seminário sobre Saúde no Trabalho da XX Região Administrativa, do município do Rio de Janeiro", em setembro de 1984, patrocinado pelo Serviço de Ação Comunitária do Hospital Universitário e o Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da UFRJ teve a característica de reunir 78 profissionais de diversas tendências políticas e a comunidade da Ilha do Governador, no Rio de Janeiro, em torno da discussão de uma proposta de trabalho conjunto das instituições públicas, comunidade e empregadores na área. Dentro do tema geral da reunião, o *Desenvolvimento de Saúde Ocupacional em sentido comunitário* foram discutidos a prevenção e o controle dos acidentes do trabalho; a assistência ao trabalhador doente; a proposta de um sistema de controle de absenteísmo e a formação de uma Comissão Comunitária para coordenar os trabalhos. Tanto o Documento Preliminar quanto o Relatório Final da Reunião, ilustram a observação feita sobre o processo inclusivo de constituição da área de Saúde do Trabalhador. (RIO DE JANEIRO/SEMINÁRIO SOBRE SAÚDE NO TRABALHO DA XX R.A. DO MUNICÍPIO, 1984).

O trabalho que se seguiu, como desdobramento do Seminário, esteve sob a responsabilidade da equipe do Centro de Referência de Saúde do Trabalhador, do Serviço de Saúde Coletiva do Hospital Universitário e do Departamento de Medicina Preventiva da UFRJ e está registrado em um número especial da publicação Cadernos de Saúde Coletiva. (FILHOTE & CÂMARA, 1988).

Em novembro de 1985, realizou-se o "Simpósio sobre Saúde do Trabalhador em Minas Gerais", em Juiz de Fora-MG, reunindo profissionais que, àquela época,

implementavam os primeiros serviços especializados na atenção à saúde dos trabalhadores na rede de serviços de saúde no país, autoridades das instituições públicas de âmbito federal e do estado de Minas Gerais e trabalhadores. A reunião foi organizada com o objetivo de dar suporte a um Programa de Saúde do Trabalhador, proposto para o Centro Regional de Saúde de Juiz de Fora (ECHTERNACHT & SOUZA, 1986) e constou de quatro mesas-redondas, nos temas "Saúde dos Trabalhadores e Política Nacional de Saúde"; "Situação atual da saúde dos trabalhadores"; Implantação de atividades de Saúde Ocupacional na rede básica de saúde" e "A integração interinstitucional na atenção à saúde do trabalhador".

No Documento-Síntese da Reunião estão registradas as recomendações e propostas elaboradas pelos participantes, enfatizando o trabalho interinstitucional, através da criação de uma Comissão Interinstitucional em Saúde do Trabalhador, para assessorar a Comissão Interinstitucional de Saúde (CIS) no redirecionamento da atuação do INPS, enquanto órgão segurador do acidente do trabalho, incluindo as atividades de avaliação das condições e ambientes de trabalho e prevenção das ocorrências; o desenvolvimento de mecanismos que facilitem o acesso dos profissionais dos serviços de saúde ao interior das fábricas e unidades de produção, a exemplo do que ocorre com a fiscalização do MTb; a formulação de uma Política Nacional de Saúde do Trabalhador com a participação dos trabalhadores e recomendações à Assembléia Nacional Constituinte para que incorpore os direitos básicos dos trabalhadores, referentes ao trabalho em condições compatíveis com a saúde, a informação sobre os riscos a que está exposto e de recusa ao trabalho em condições perigosas e arriscadas (MINAS GERAIS/SIMPÓSIO SOBRE SAÚDE DOS TRABALHADORES EM MINAS GERAIS, 1985).

Outro acontecimento importante ocorreu em dezembro do mesmo ano: a criação do Centro de Estudos sobre o Trabalho e Ecologia Humana (CESTEH), vinculado à FIOCRUZ, no Rio de Janeiro, propondo um trabalho sistemático de investigação, ensino e prestação de serviço, em uma perspectiva nacional, na esfera do Ministério

da Saúde. (CENTRO DE ESTUDOS SOBRE O TRABALHO E ECOLOGIA HUMANA,s.d.)

É importante estabelecer, aqui, um corte para lembrar que, no ano de 1985, após um longo e intenso processo social, foi eleito um presidente civil, ainda que em processo indireto, encerrando o ciclo da ditadura militar iniciada em 1964.

Apesar da frustração, por não ter sido possível mudar as regras do jogo eleitoral, a mobilização social pelas "*Diretas já*", deixou um saldo positivo de auto-confiança e capacidade de organização popular, que cercaram a implantação da Nova República de muitas esperanças. Ainda que permanecessem os graves problemas estruturais e suas conseqüências danosas para a vida e a saúde dos trabalhadores e da população em geral, a reorganização do movimento social e dos trabalhadores e o estabelecimento de canais de comunicação livres possibilitavam a circulação das informações e a alimentação do processo. Algumas considerações sobre o impacto deste período na condução das políticas de saúde foram feitas no Capítulo 2.

As lideranças do *movimento sanitário* que alcançaram postos de comando no âmbito da Saúde e da Previdência Social, iniciaram um processo de mudança no interior dessas instituições, fazendo-as funcionar na perspectiva apontada pelo projeto da Reforma Sanitária. Esse processo influenciou sobre o movimento da Saúde do Trabalhador tanto pela difusão das idéias, quanto pelo acesso de alguns grupos a recursos que viabilizaram a realização de reuniões, a implementação da formação de recursos humanos, particularmente, através das Residências em Medicina Social custeadas pelo INAMPS, o financiamento de estudos e pesquisas sobre temas de interesse da Saúde Coletiva e Saúde do Trabalhador, e a criação de Núcleos de Estudo, vinculados aos Departamentos de Medicina Preventiva e Social, de Medicina Comunitária ou de Saúde Pública nas unidades da área da saúde, nas Universidades. (BRASIL/MPAS-INAMPS, 1985).

O ano de 1986 foi marcado pela realização de inúmeras reuniões, a mais importante, sem dúvida, a VIII Conferência Nacional de Saúde, que incluiu as questões de saúde dos trabalhadores e constituiu um fórum participativo de discussão da realidade brasileira e de formulação de propostas para a Assembléia Nacional Constituinte, instalada no ano seguinte (BRASIL/MS, 1986).

Em abril de 1986, ainda sob o "calor" da VIII Conferência Nacional de Saúde, realizou-se em Brasília, o "Primeiro Encontro Nacional sobre Saúde do Trabalhador", sob a coordenação da Divisão Nacional de Ecologia Humana e Saúde Ambiental do Ministério da Saúde, com a colaboração da Secretaria Nacional de Segurança e Medicina do Trabalho do Ministério do Trabalho.

Este evento reuniu profissionais de saúde vinculados às instituições de ensino e pesquisa e Secretarias Estaduais de Saúde de seis unidades da Federação: Bahia, Minas Gerais, Rio de Janeiro, São Paulo, Rio Grande do Sul, Santa Catarina (Criciúma) e membros das equipes dos Ministérios do Trabalho e da Saúde, além de dirigentes sindicais especialmente convidados, com o objetivo de discutir a *Saúde do Trabalhador na Rede Pública de Serviços Básicos de Saúde*

Como resultado dos trabalhos de grupo e das discussões em Plenário, foram esboçados um marco teórico, as diretrizes políticas e algumas estratégias para viabilizar os Programas de Saúde do Trabalhador. É interessante destacar, no Documento Final do Encontro, o trecho onde se afirma que *"a implantação dos Programas de Saúde do Trabalhador pode se constituir na grande virada para viabilizar a concretização do Sistema Unificado de Saúde, a partir do momento em que efetivamente o setor público assuma o controle da Assistência Integral à Saúde do Adulto"*. (BRASIL/MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1986 b).

Em setembro do mesmo ano, na programação do "Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva", promovido pela ABRASCO, as questões de Saúde do Trabalhador apareceram com destaque, particularmente na apresentação de temas livres.

MENDES, (1986), na síntese que faz desse momento, registra as principais preocupações, dificuldades e propostas daqueles que estavam pensando e fazendo acontecer a saúde do trabalhador no sistema de saúde.

De acordo com a periodização estabelecida, o primeiro momento se completa com a realização da I Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, em dezembro de 1986, como um desdobramento da VIII Conferência Nacional de Saúde, que se constituiu em um momento de encontro e discussão do pensamento na área e para o encaminhamento de propostas para a Assembléia Nacional Constituinte, que se avizinhava.

A realização das Conferências Municipais e Estaduais de Saúde do Trabalhador, que precederam o evento em Brasília, representaram momentos de difusão de idéias, de reflexão, de embates de propostas cujos significados e desdobramentos não foram, ainda, bem avaliados. (BRASIL/MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1986 c).

A etapa nacional contou com a participação de 399 delegados e 127 observadores, num total de 526 pessoas, sendo que dos delegados, 183 (46%) eram de trabalhadores; 3 (1%) de empresas; 162 (40%) do Estado; 36 (9%) de Universidades; 3(1%) de políticos e 12(3%) de outras categorias. Os temas oficiais do evento foram: "*Diagnóstico da Situação de Saúde e Segurança dos Trabalhadores*"; "*Novas Alternativas de Atenção à Saúde dos Trabalhadores*" e "*Política Nacional de Saúde e Segurança dos Trabalhadores*".

A produção teórica feita espontaneamente ou por encomenda da Comissão Organizadora, para subsidiar as discussões (ABRASCO, 1986; AUGUSTO, 1986;

DIAS-LAUAR, 1986; FERNANDES, 1986; FUNDACENTRO, 1986; BRASIL/MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL, 1986; MEDRADO-FARIA, 1986; MENDES, 1986b; NOGUEIRA, 1985; REBOUÇAS, 1986; TAMBELLINI, 1986) revela os posicionamentos, os sonhos e contradições presentes na sociedade, os conflitos em relação ao encaminhamento das propostas e os interesses corporativos, bem expressos no Relatório Final da Conferência (BRASIL/MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1986d).

Visto à distância, passados sete anos, nos quais o país passou por importantes mudanças na vida social e política e por profundas reformulações no sistema produtivo, pode-se considerar que este ciclo, cumpriu a tarefa desenhada.

Apesar da atenção à saúde dos trabalhadores ter permanecido enquanto uma atividade marginal e que muitas das iniciativas implementadas tivessem tido vida breve, restando hoje, apenas seus vestígios, a idéia da importância e necessidade de se implementar um cuidado diferenciado para os trabalhadores a nível do Sistema de Saúde, na perspectiva adotada pela Saúde do Trabalhador, tomou corpo, mostrou ser necessária, possível e viável, desde que atendidos alguns requisitos básicos, deixando pavimentado o caminho para a etapa seguinte, de busca de sua institucionalização.

5.3.2 O Segundo Momento: a institucionalização das ações

Situar a I Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, realizada em dezembro de 1986, como o divisor entre o primeiro e o segundo período, na história da construção da área da Saúde do Trabalhador no Brasil e da atenção à saúde dos trabalhadores nessa perspectiva, significa considerar suas propostas, conceitos e práticas legitimadas pelo Fórum reunido na Conferência, iniciando a partir daí, um novo ciclo onde o desafio maior era constituído pelos encaminhamentos no sentido de institucionalizá-las.

Entretanto, pela própria natureza de processo, sua orientação no sentido de um alvo mais geral e ambicioso não prescinde, pelo contrário complementa, a atuação a nível micro, o "trabalho de formigas", de divulgação da *idéia-força*, da organização de atividades de atenção à saúde dos trabalhadores na rede de serviços de saúde, numa perspectiva inovadora, respeitando a diversidade regional, os limites dos recursos e instrumentos, as disputas do cotidiano, mantendo, porém, as premissas que as norteiam.

Estas podem ser consideradas as marcas principais deste momento: um movimento a nível macro, direcionado para a institucionalização da atenção à saúde dos trabalhadores, na perspectiva da Saúde do Trabalhador, através dos instrumentos legais vigentes. Outro, subterrâneo ou menos aparente, caracterizado pelo prosseguimento da divulgação da proposta, pelo desvelamento da realidade do impacto do trabalho sobre a saúde dos trabalhadores, pela criação e aperfeiçoamento de mecanismos de intervenção, procedimentos e rotinas a nível dos Serviços e pela preparação de recursos humanos capacitados a dar respostas adequadas, ao se apresentar a oportunidade ou quando a realidade social, assim o exigisse.

Este é o tempo do processo constituinte, da promulgação da Constituição Federal de 1988 e das Constituições Estaduais; da elaboração e sanção da Lei Orgânica da Saúde Nº 8.080/90, que encerra esse ciclo.

É, também, tempo do surgimento e extinção de Programas de Saúde do Trabalhador, ensejado pela mudança nas administrações estaduais, em 1987 e municipais ocorrida em 1989, a expansão de novas práticas sindicais em saúde, e de rearranjo institucional, particularmente na esfera federal, no âmbito da Saúde, do Trabalho, e da Previdência Social.

Sob este referencial é que serão apresentados alguns fatos acontecidos no período, lamentando que a despeito da intensidade, diversidade e da riqueza do processo, ele ainda se encontra pouco sistematizado e registrado, ainda que, muito

presente na memória dos atores que nele atuaram de forma mais direta e dos que o acompanharam.

Seguindo uma linha cronológica, no plano nacional, uma das primeiras tarefas que se apresentaram, foi a sistematização das propostas e contribuições da área de Saúde do Trabalhador para o Documento da Comissão Nacional da Reforma Sanitária.

Para sua elaboração foi constituído um grupo de trabalho integrado por profissionais representativos da área, de distintas tendências e inserções profissionais, que se reuniu em Brasília, sob a coordenação do, chefe da Divisão de Ecologia Humana do MS. O relatório final dos trabalhos é uma peça estranha, que espelha a confusão e as tendências conflituosas presentes no grupo. (COMISSÃO NACIONAL DA REFORMA SANITÁRIA, 1987; SILVA *et al.*, 1987).

O processo Constituinte instalado no início de 1987, significou um desafio para todos os segmentos sociais engajados no movimento de reformulação do Sistema de Saúde, apesar das diferenças e das divergências existentes quanto às formas de encaminhamento e ao conteúdo em si.

No que se refere especificamente à área de Saúde do Trabalhador, o desafio era maior, exigindo grande capacidade de negociação para compor uma agenda mínima de trabalho, tanto com o "lobby" representativo do Movimento Sanitário, quanto para lidar com as diferenças e arestas existentes em outros setores sociais: a representação dos empregadores, as desconfianças do movimento sindical quanto aos desdobramentos e riscos das novas propostas e as divergências entre as corporações.

Neste particular, os principais embates se deram dentro da própria corporação médica, em decorrência da atitude defensiva de muitos médicos do trabalho tradicionais, que temiam pelos seus interesses e entre as corporações de médicos e engenheiros, que desde a VIII Conferência Nacional de Saúde se encontravam

organizados para um enfrentamento, atitude expressa no documento elaborado pela Sociedade Brasileira de Engenharia de Segurança (SOBES, 1985).

Alguns profissionais da área tiveram papel de destaque nesse momento, porém o risco de nomeá-los e cometer omissões injustas obriga à cautela de aguardar que aqueles que estiveram mais diretamente inseridos nesta fase da luta se disponham a divulgar os fatos e seus protagonistas.

Finalmente, a Constituição Federal, promulgada em 5 de outubro de 1988, veio atender às expectativas e ao esforço empreendido, apresentando um conceito ampliado de saúde, expresso no art. 196 - *Saúde entendida enquanto direito de cidadania, atribuindo sua garantia ao Estado, mediante políticas sociais e econômicas voltadas para a redução do risco de doenças e de outros agravos e o acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde, em uma rede regionalizada e hierarquizada, sob controle social, constituindo o Sistema de Saúde.* (BRASIL, 1989)

A saúde dos trabalhadores está contemplada em diferentes trechos do texto constitucional, abrangendo aspectos de sua determinação, proteção e recuperação. O artigo 200, por exemplo, estabelece entre as atribuições do Sistema Único de Saúde: - *"as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador"* e a *"colaboração na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho"*. Um enfoque pormenorizado da questão da saúde dos trabalhadores no texto constitucional foi elaborado pelo Prof. Volney Câmara. (ABRASCO, 1990).

É interessante destacar a polêmica surgida durante o processo constituinte, quanto à competência estatal no campo da Saúde & Trabalho, em especial, quanto à transferência de atribuições do âmbito do Ministério do Trabalho para a Saúde. O tema foi (e permanece) objeto de acirradas discussões, sem que se chegasse a uma decisão

satisfatória, resultando na ambigüidade e na superposição de atribuições presentes no texto atual, que foram deixadas para serem resolvidas pela regulamentação.

Na mesma linha, outro capítulo interessante e disperso geograficamente no país, foi o das Constituintes Estaduais. MENDES, (1989) analisou esse processo ressaltando, no final de seu estudo, que apesar das dificuldades para lidar com a questão, refletindo a maior ou menor organização do movimento social e do movimento de trabalhadores, particularmente, nos Estados do Rio de Janeiro e São Paulo, foram conseguidas conquistas não alcançadas na Constituição Federal, como o direito à informação e de recusa ao trabalho perigoso e insalubre.

Mais recentemente, BARROS de OLIVEIRA (1993a) fez uma análise do mesmo processo, visando identificar os locais onde foram observados avanços e tentando recuperar as discussões e entender melhor porque em alguns Estados a questão da Saúde do Trabalhador não é sequer mencionada, enquanto outros o fazem apenas timidamente.

Sancionada a Constituição Federal, seguiu-se a etapa, necessária, da regulamentação através da legislação. No âmbito da Saúde, tomou a forma da elaboração, discussão e negociação da Lei Orgânica da Saúde, regulamentando o SUS.

Parte do processo, esteve sob a coordenação do Núcleo de Estudos de Saúde Pública da Universidade de Brasília (NESP-UNB), constituindo um grande desafio para as equipes que dele participaram.

Era necessário negociar a inclusão das ações de Saúde do Trabalhador no SUS, em meio a inúmeras e diversas dificuldades, que começavam no âmbito do setor Saúde, com colegas e profissionais de saúde, que não entendiam ou não aceitavam a **especificidade** da questão da saúde dos trabalhadores, receosos de uma re-edição

dos programas verticais de saúde, violentamente combatidos pelo modelo da Reforma Sanitária e descabidos diante dos princípios que norteiam a concepção do SUS. A nível *externo*, as negociações se faziam com os representantes dos interesses e "lobies" corporativos, particularmente dos Engenheiros de Segurança e do patronato, ao mesmo tempo em que se buscava o convencimento e o apoio dos legisladores.

Finalmente, a aprovação da Lei Orgânica da Saúde, em 19 de setembro de 1990 incluindo as ações de Saúde do Trabalhador foi saudada pelos profissionais da área de Saúde do Trabalhador, como uma vitória. (BRASIL, 1990).

Tratava-se, por um lado, do resgate da responsabilidade do setor Saúde sobre a questão da saúde dos trabalhadores, que a partir de 1930 havia sido deslocada, pelo menos aquela referente aos trabalhadores mais organizados e valorizados socialmente, para a esfera do Trabalho e da Previdência Social. Por outro, representava a institucionalização de uma prática de saúde gestada a nível dos Programas e Centros de Referência em Saúde do Trabalhador, na perspectiva *inovadora* colocada pela área.

Todo este processo não pode deixar de ser refenciado na situação do país, vivendo, sob a *Nova República*, uma democracia na qual as elites dominantes mantinham o controle dos centros de decisão, administrando os conflitos. O projeto econômico, de base capitalista monopolista, pretendia a retomada do desenvolvimento sob a diretrizes do Fundo Monetário Internacional (FMI), através da privatização de setores básicos da economia estatal e facilidades para a hegemonia do capital estrangeiro (SILVA CARVALHO, 1992).

As eleições ocorridas a nível dos estados, em 1986, alteraram a correlação de forças no cenário político. O Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB) apoiado no sucesso, ainda que efêmero, do Plano Econômico Cruzado elegeu 22 governadores, alguns dos quais com um perfil conservador, o que repercutiu diretamente na implementação das políticas sociais.

Por outro lado, em 1988, Prefeitos eleitos em cidades como Porto Alegre, Vitória, São Paulo, Campinas, Santos, Diadema, São Bernardo do Campo, Santo André, Contagem, Ipatinga, João Monlevade, implementaram administrações de perfil mais democrático e popular, possibilitando a implantação ou ampliação dos Programas de Saúde do Trabalhador, referenciados na proposta da municipalização das ações de saúde.

Esse cenário permite entender os avanços conquistados, muitos dos quais não saíram do papel, as contradições colocadas e os espaços de autonomia utilizados pelos trabalhadores e outros setores sociais organizados, para "fazer valer" e "fazer acontecer" suas propostas.

No cotidiano dos serviços de saúde, um trabalho intenso, de equipe, quase anônimo, prosseguia na construção da atenção à saúde dos trabalhadores no Sistema de Saúde. As experiências dos Programas e Centros de Referência em Saúde do Trabalhador se multiplicaram no país. Algumas, entretanto, não conseguiram ultrapassar as dificuldades e foram extintas.

Entre as experiências identificadas, no âmbito estadual, que se destacaram no cenário nacional, nesse período, estão as de São Paulo, Paraná e Bahia, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul e Minas Gerais.

Em São Paulo, o governo estadual que assumiu em 1987, incluiu as ações de Saúde do Trabalhador entre as prioridades, na atenção do adulto. Institucionalizou os programas de Saúde do Trabalhador, criando uma Coordenadoria de Saúde do Trabalhador em cada uma das 62 Regionais do SUDS do Estado de São Paulo, promoveu cursos de capacitação e assessoria técnica para os coordenadores de Programa, através da Faculdade de Saúde Pública da USP (QUADROS *et al.*, 1992) e implementou algumas medidas para sua sustentação, entre elas, a criação de várias instâncias de articulação interinstitucional e formulação de políticas, entre elas a

Comissão Interinstitucional de Saúde do Trabalhador, o Fórum Estadual de Saúde do Trabalhador. (SÃO PAULO/SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE, 1987 a, b, c)

A Resolução da Comissão Interinstitucional de Planejamento e Coordenação (CIPLAN) Nº. 234 de 29/12/89, que instituiu a estadualização ou municipalização das Coordenações de Acidentes do Trabalho do INAMPS, gerou, em São Paulo a Deliberação CIS/SP 19/90, que teve grande repercussão sobre os Programas de Saúde do Trabalhador e a notificação compulsória dos acidentes do trabalho e das doenças profissionais.

Outra iniciativa interessante foi a criação do Núcleo Interinstitucional de Saúde do Trabalhador Industrial (NISTI), por um convênio assinado entre a USP e o MS, com a finalidade de realizar estudos sobre processos de trabalho e seus impactos sobre a saúde dos trabalhadores e instrumentalizar a melhoria dos serviços de saúde.

Entretanto, parece que os resultados não corresponderam às expectativas iniciais. No Relatório de Apoio Técnico, referente a visitas técnicas realizadas a 53 Coordenadores de Programas, no SUDS, GOMES, (1989) descreve a situação observada em cada Regional e conclui que, apenas 15 unidades mantinham Programas implantados, com recursos humanos e projetos específicos em andamento, naquela época. Em 24 unidades, não estavam sendo desenvolvidas ações específicas na área. As demais foram incluídas em uma situação intermediária.

LACAZ (1992), analisa a situação dos Programas de Saúde do Trabalhador no Estado de São Paulo, identificando entre as causas das dificuldades enfrentadas para seu desenvolvimento, o desrespeito ao ritmo próprio do processo, a baixa resolutividade das ações desenvolvidas e a falta de mecanismos reais de participação dos trabalhadores.

A administração municipal da Prefeitura de São Paulo, que assumiu em 1989, implementou, através da Secretaria de Saúde, um Programa de Ações em Saúde do Trabalhador, adotando a estratégia de criação de Centros de Referência em seis regiões da cidade, orientados segundo critérios de maior concentração da PEA e de organização sindical e popular. Foram implantados: o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador da Mooca, atendendo trabalhadores da região leste e sudeste, o Centro de Referência da Lapa, a região oeste do município; O Centro de Referência de Santo Amaro; o Centro de Referência da Freguesia do Ó; o Centro de Referência da Sé e o de Itaquera. As Unidades de Campo Limpo, Pirituba, Jabaquara e Bela Vista contavam, também com equipes multiprofissionais na área de Saúde do Trabalhador. (CARNEIRO, 1992).

As atividades desenvolvidas, segundo o mesmo autor, privilegiavam o atendimento ao acidentado do trabalho, as ações de vigilância à saúde, com base no Código Municipal de Saúde.

No Grande ABC, o Programa de Saúde do Trabalhador teve início em 1985, através da SES, articulado ao Sindicato dos Químicos do ABC e voltado para o trabalhador químico, no Centro de Saúdel/Mauá. Posteriormente, as atividades se estenderam a outros Centros de Saúde, em São Bernardo do Campo, São Caetano do Sul, Diadema e Santo André e a trabalhadores de outros ramos de atividades. A partir de 1989, foi implantado o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador, no Centro de Saúde I, em São Bernardo do Campo.

No Município de Santo André, que tem 50% da PEA inserida no setor industrial, conferindo-lhe uma situação particular no cenário brasileiro, foi implantado, em 1990, um Centro de Referência em Saúde do Trabalhador, com os objetivos de prestar atendimento a trabalhadores vítimas de acidente do trabalho e portadores de doenças profissionais e desenvolver ações preventivas nos ambientes de trabalho e no meio

ambiente, controlando os riscos para a saúde dos trabalhadores e da população. (SANTO ANDRÉ/PREFEITURA MUNICIPAL, 1991).

Em Santos, apesar da importância histórica da Baixada Santista na implantação dos programas de atenção à saúde dos trabalhadores na rede de serviços de saúde, tendo servido de modelo e de centro difusor de uma linha de atuação, o trabalho sofreu inúmeros reveses e só veio a ser retomado em março de 1990, com a criação do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador pela Secretaria de Higiene e Saúde do Município de Santos. (SANTOS /PREFEITURA MUNICIPAL, 1992).

No município de Campinas, onde já haviam sido registradas as experiências de atenção aos trabalhadores na rede de serviços de saúde, descritas anteriormente, o Programa de Saúde do Trabalhador iniciou uma nova fase. Em novembro de 1986, ainda como um desdobramento da Pré-Conferência de Saúde do Trabalhador, quatro sindicatos de trabalhadores da região encaminharam à Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde (CIMS) uma solicitação para implantação de um serviço de Saúde do Trabalhador, que se desdobrou na assinatura de um protocolo de intenções para criação do Serviço de Saúde do Trabalhador, entre a Prefeitura Municipal de Campinas, a Secretaria de Estado da Saúde, o INAMPS, a UNICAMP, a PUCCAMP, a DSMT-DRT, a FUNDACENTRO e os Sindicatos de Trabalhadores na Indústria de Destilação e Refinação de Petróleo de Campinas e Paulínia, Trabalhadores das Indústrias Metalúrgicas, Mecânicas e de Material Elétrico; de Condutores de Veículos Rodoviários e Anexos de Campinas e Trabalhadores em Indústrias Químicas e Farmacêuticas de Campinas.

Em fevereiro de 1987 foi inaugurado o Ambulatório de Saúde do Trabalhador de Campinas, desenvolvendo uma atuação a nível do atendimento integral aos trabalhadores, atividades educativas e de informação, apresentando uma proposta inovadora de gerenciamento sindical. (CAMPINAS, 1991)

Em Ribeirão Preto, o Programa de Saúde do Trabalhador iniciou suas atividades como parte do processo de descentralização das ações de saúde, ocorrido no Estado de São Paulo, em 1988, previstas para o ERSA-50. Sua evolução apresenta algumas particularidades interessantes que foram registradas por PINHEIRO, BIONDI & GIMENEZ (1991) e ALESSI *et al.*, (1994 a).

A partir do marco conceitual da Epidemiologia Social, a equipe local, formada por profissionais do ERSA-50 e do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, da USP, elaborou uma proposta e realizou o I Seminário de Saúde do Trabalhador do ERSA-50, em setembro de 1988, ensejando a adesão de alguns sindicatos de trabalhadores para o Programa.

ALESSI, *et al.* (1994 a, b), descrevem com detalhes o processo vivido na região e as inúmeras dificuldades, particularmente no campo político e gerencial da SES, que tiveram que ser superadas para a implantação da proposta. Apresentam, ainda a especificação de cada uma das fases do Projeto e as alternativas encontradas para sua implantação, através do Centro de Saúde-Escola.

A experiência desenvolvida no Estado do Paraná foi facilitada pelos avanços conseguidos com a implantação do SUDS no Estado, considerada modelo no quadro brasileiro, com o apoio da Fundação Caetano Munhoz da Rocha (FCMR), vinculada à SES, que é o órgão gestor do Sistema de Saúde no Paraná. O Estado está dividido em 24 Regionais de Saúde e de acordo com o modelo assistencial adotado, as ações de saúde foram distribuídas entre o município, responsável pelas ações básicas (incluindo as vigilâncias sanitária e epidemiológica) e as especializadas, que ficaram a cargo do Estado.

A coordenação das ações de Saúde do Trabalhador está sob a responsabilidade da Seção de Vigilância Sanitária, na Divisão de Assistência à Saúde, existente em cada Regional. Via de regra, o desenvolvimento dessas ações se dá de modo

articulado com as DRT, que possui duas Sub Delegacias no Estado, uma em Londrina e outra em Foz do Iguaçu.

Por proposta da Equipe Técnica de Coordenação da SES-PR foram implantados Programas de Saúde do Trabalhador em todas as Regionais de Saúde do Estado, tendo como objetivo a redução dos índices de acidentes do trabalho e a assistência e prevenção das doenças profissionais, através de ações voltadas para o atendimento do trabalhador doente ou acidentado e ações preventivas nos ambientes de trabalho, eliminando e controlando os riscos para a saúde dos trabalhadores. Como atividade de apoio foi enfatizada a capacitação de recursos humanos, através da realização de cursos centralizados em Curitiba, o envio de profissionais para treinamento em outros centros e a contratação de assessoria técnica especializada. É interessante destacar a opção feita pela equipe local de não implementar Centros de Referência, entendendo que as atividades de atenção aos trabalhadores devem ser absorvidas integralmente a nível das rede de serviços de saúde, não se justificando a criação de instâncias especializadas (PARANÁ/SES/FCMR, 1990). Alguns dos resultados deste trabalho estão refletidos no elevado número de Programas identificados, no estado pelo Cadastro. (DIAS, 1992 a).

Ainda no estado do Paraná, merecem registro as atividades desenvolvidas pelo Programa de Saúde do Trabalhador, no município de Londrina, entre elas o cadastramento sanitário das empresas do município e a criação do Programa de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (PAIST), com os objetivos de *intervir sobre as más condições de trabalho e a deterioração da qualidade ambiental, reduzir a ocorrência e gravidade de doenças incapacitantes relacionadas com o trabalho, erradicar a ocorrência de doenças profissionais produtoras de incapacidade permanente ou de morte em trabalhadores urbanos e rurais e as intoxicações agudas por agrotóxicos e reduzir a ocorrência de acidentes de trabalho incapacitantes graves e fatais*. (LONDRINA/SECRETARIA MUNICIPAL de SAÚDE E PROMOÇÃO SOCIAL, 1990).

A proposta de criação de um Sistema de Atenção à Saúde do Trabalhador na SES de Pernambuco, em novembro de 1989, em um trabalho integrado com outras instituições atuantes na área, priorizou a capacitação de recursos humanos, a organização da rede estadual, os sistemas de vigilância sanitária ambiental e epidemiológica, a fiscalização e notificação dos acidentes do trabalho e doenças profissionais, a informação aos trabalhadores e à população em geral (BEZERRA & CARVALHO FILHO, 1989).

A experiência desenvolvida no Estado da Bahia acompanhou o processo de implantação do SUDS no estado e foi facilitado, segundo profissionais da região, pela condução dada às questões de saúde, pelo governo eleito em 1987, pela presença de um movimento sindical forte e combativo e a colaboração trazida pelos técnicos italianos através do intercâmbio que se estabeleceu entre os dois países, pelo acordo de Cooperação Brasil-Itália. (PENA, RIPA & HOLLAWAY, 1986; BAHIA/SES/COOPERAZIONE ITALIANA-AISPO, 1989).

O trabalho no Estado da Bahia representa bem o desafio de lidar com uma realidade diversa e cheia de contrastes no âmbito das relações trabalho & saúde, em uma grande extensão territorial, observando-se onze Polos de desenvolvimento industrial (em Feira de Santana, Ilhéus, Itabuna, Itabela, Juazeiro, Vitória da Conquista, Jequié e Sauípe-Alagoinhas) e uma expressiva concentração de população e de atividades industriais na Região Metropolitana de Salvador (Polos de Camaçari, Aratu e de Salvador). E onde, a exemplo do que ocorre em todo país, as dificuldades começam pelo desconhecimento do impacto desse trabalho sobre a saúde dos trabalhadores.

Diante desse quadro, a equipe do CESAT preparou um Plano de Trabalho, para o ano de 1989, abrangendo atividades de capacitação técnica dos profissionais responsáveis pelo atendimento especializado dos trabalhadores, em todos os níveis da atenção, o estabelecimento de fluxos para agilizar os procedimentos junto ao

Seguro Social, a incorporação do atendimento aos acidentados do trabalho na rede de serviços de saúde, ações de vigilância da saúde dos trabalhadores, além da padronização de procedimentos de investigação e pesquisa e a coleta, processamento e divulgação de informações consideradas importantes para a área. O plano ainda prevê, como diretrizes orientadoras do trabalho, a intervenção sobre *problemas reais*, com *soluções realizáveis*, a abordagem multidisciplinar, a descentralização e a articulação interinstitucional, evitando procedimentos burocráticos como a formação de *novos grupos interinstitucionais*. (REGO, s.d; BAHIA/SES-CESAT, 1989).

No Estado do Rio de Janeiro, a Resolução SES No. 441 de 07 de janeiro de 1988, efetivou a Coordenadoria de Saúde do Trabalhador da SES-RJ, com a atribuição de exercer a vigilância sanitária dos agravos de origem ocupacional; implementar a notificação compulsória dos acidentes do trabalho graves e doenças de origem ocupacional e suas decorrências; o estabelecimento de programas de saúde com vistas à redução da morbi-mortalidade; a preparação de recursos humanos e de manuais técnicos para subsidiar o trabalho, em uma atuação interinstitucional (RIO DE JANEIRO/SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE, 1990; RIO DE JANEIRO/SECRETARIA DE ESTADO DO TRABALHO E AÇÃO SOCIAL, 1990).

Entre as atividades propostas no Plano de Ação para o Estado do Rio de Janeiro, com um amplo elenco de propostas, abrangendo setores diversificados e dispersos geograficamente no estado.

estão os projetos:

- . "Processo de Trabalho em Saúde", desenvolvido na rede de saúde, objetivando um melhor conhecimento e melhoria das condições de trabalho dos profissionais de saúde;
- . "Silicose em trabalhadores na indústria naval (estaleiros) do Estado do Rio de Janeiro", contemplando uma das atividades econômicas mais representativas do Estado;

- . "Levantamento de condições de trabalho e segurança em *shopping centers* no município do Rio de Janeiro";
- . "Ações de vigilância sanitária e fiscalização das condições de segurança e medicina do trabalho em áreas de utilização de agrotóxicos", que buscava interiorizar a atuação da Secretaria;
- . "Levantamento de insalubridade e periculosidade para efeito de concessão de adicionais em instituições militares"; e
- . "Vigilância epidemiológica e sanitária dos acidentes de trabalho graves e fatais".

Apesar de não se ter conhecimento de uma avaliação mais sistematizada de seu desenvolvimento e resultados, alguns indicadores indiretos de sua implementação mostram uma articulação estreita entre os profissionais e instituições responsáveis pela produção de conhecimento e informação, os serviços de saúde e o movimento social. Entre os inúmeros trabalhos realizados de modo articulado entre as equipes da SES e das instituições locais de ensino e pesquisa, a UFRJ, UERJ, UFF e o CESTEJ, em temas relacionados com o Plano de Trabalho anteriormente descrito, podem ser citadas as Dissertações de Mestrado de ECHTERNACHT, 1991; MACHADO, 1992; BRANDÃO de OLIVEIRA, 1993, e a proibição, através da Lei Estadual Nº 1.979, da utilização do processo de jateamento de areia, responsável por inúmeros casos de silicose entre os trabalhadores em estaleiros.

A Dissertação de Mestrado apresentada por FADEL DE VASCONCELLOS, (1993), registra um momento importante da Saúde do Trabalhador no Estado e propõe, num formato inovador, instrumentos para a municipalização e consolidação das ações no setor saúde.

No Estado do Rio Grande do Sul, a Secretaria de Estado de Saúde e Meio Ambiente (SESMA), em colaboração com a Prefeitura Municipal de Porto Alegre/Secretaria Municipal de Saúde e Serviço Social, a DRT, o MPAS, através do

INAMPS e do INPS e o Ministério da Educação, através do Hospital das Clínicas de Porto Alegre, constituíram, em março de 1990, o Centro Integrado de Atenção à Saúde do Trabalhador (CIAST). (RIO GRANDE DO SUL/SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE E MEIO AMBIENTE, 1990).

O CIAST tem como objetivos a atenção à saúde dos trabalhadores no Estado e o apoio à rede de serviços das entidades signatárias do acordo, desenvolvendo uma experiência de atuação conjunta, que apesar de muitas dificuldades, tem dado frutos. Entre eles, pode ser citada a produção de um série de publicações destinadas a orientar e difundir informações especializadas para os profissionais que atuam na área e para o movimento social, particularmente as organizações de trabalhadores, relativas ao tema das doenças profissionais e do trabalho. (RIO GRANDE DO SUL/SSMA/DST, 1992 a, b).

Entre as atividades desenvolvidas pela UFRGS, na área da Saúde do Trabalhador, destacam-se a preparação de recursos humanos, a prestação de serviços especializados e a produção e difusão do conhecimento. Em 1988 ,foi criado o Ambulatório de Doenças do Trabalho, vinculado ao Hospital das Clínicas de Porto Alegre, que além das atividades assistenciais e de referência para a rede de serviços de saúde, dá sustentação ao ensino, a nível de graduação e pós-graduação e de pesquisa na Universidade.

Em janeiro de 1990, foi implantado o "Centro de Documentação, Pesquisa e Formação em Saúde e Trabalho", uma iniciativa pioneira, que tem entre suas finalidades o treinamento de recursos humanos, a produção e difusão de conhecimento especializado, a assessoria técnica ao movimento social e movimento de trabalhadores, constituindo-se como um importante centro de documentação e informação na área, sendo depositário de um expressivo acervo sobre o movimento sindical naquele estado. (UFRGS/CEDOP, 1990).

A administração municipal que assumiu a Prefeitura de Porto Alegre, em 1989, iniciou, através da Secretaria de Saúde, o processo de discussão de uma proposta de Política de Saúde do Trabalhador para o município, com ampla participação de outras instituições e setores sociais. (PORTO ALEGRE/PREFEITURA MUNICIPAL, 1991 a,b).

Entre os resultados, já divulgados, desse trabalho estão o desenvolvimento de metodologias de atuação interinstitucional e o trabalho conjunto com o movimento sindical. (PORTO ALEGRE/PREFEITURA MUNICIPAL, s.d.).

Uma atividade interessante tem sido desenvolvida, desde 1987, pelo Departamento de Medicina Social da Universidade Federal de Pelotas, vinculada aos sindicatos de trabalhadores daquela região. Em parceria com o Sindicato dos Trabalhadores nas Indústrias de Alimentação, (com uma base de aproximadamente 15.000 operários), foi implementado um Programa de Saúde do Trabalhador, que deverá servir de base para um futuro Centro de Referência em Saúde do Trabalhador para a região (FACCHINI, 1992).

Em Alagoas, foi criada, em 1990, a Coordenação de Saúde do Trabalhador, que substituiu o Ambulatório de Acidente do Trabalho do INAMPS, junto à Secretaria de Saúde e Serviço Social de Alagoas. Não foram acessadas, entretanto, outras informações sobre o desenvolvimento da proposta.

O Programa de Saúde do Trabalhador da SES de Mato Grosso, teve início em 1990, priorizando as ações de vigilância e a produção e difusão de conhecimento especializado na área.

No Ceará, foi realizada, em 1989, a II Conferência Estadual de Saúde do Trabalhador, com a participação expressiva de 127 pessoas, sob o patrocínio do SUDS-CE e do SINE-CE, objetivando o debate e a elaboração de propostas para a Constituinte Estadual e a criação do Conselho Estadual de Saúde. (CEARÁ, 1989 c).

Ainda em 1989, foi elaborada a proposta para implantação da atenção à saúde do trabalhador no âmbito do SUDS-CE, através da Comissão Estadual de Saúde do Trabalhador e Meio Ambiente (CESTMA), que prevê ações para serem desenvolvidas a nível central, distrital e local, com destaque para a capacitação de recursos humanos. Entre outras medidas, prevê a implantação de um Centro de Referência para atendimento especializado de trabalhadores, em Fortaleza; a extinção da *Carteira de Saúde* e sua substituição pelo *Atestado de Saúde do Trabalhador*; o desenvolvimento de um projeto visando o Controle da Silicose na Chapada da Ibiapaba; e o estabelecimento de rotinas para atenção à saúde dos trabalhadores na rede básica de serviços de saúde. (CEARÁ/SES, 1989 a, b). Algumas das realizações e resultados estão registrados em CEARÁ/SES-CESTMA, (1990).

No Estado do Espírito Santo, o movimento pela Saúde do Trabalhador vem se desenvolvendo há alguns anos, refletindo, no âmbito dos serviços de saúde, na implantação do Ambulatório de Doenças Profissionais, no HU Cassiano Antônio de Moraes (HUCAM), em convênio com a FUNDACENTRO, em julho de 1986.

Em 1989, a SES, através da Divisão de Saúde Ocupacional, do Departamento de Ações Complementares, propôs a implantação do *Programa de Atenção e Prevenção à Saúde do Trabalhador*, para ser desenvolvido na rede de serviços, entre 1989 e 1992, estabelecendo metas relativas à assistência e à prevenção de saúde dos trabalhadores (ESPÍRITO SANTO/SES, s.d.). O Programa estabelecia um cronograma de implantação, em quatro etapas coincidentes com os anos catedários (1989-1992), incluindo a identificação e capacitação de recursos humanos já existentes na rede de serviços de saúde; a implantação de serviço especializado no atendimento à doença profissional no Centro de Saúde de Vitória, com posterior ampliação para a rede de serviços de saúde e o desenvolvimento de um trabalho educativo junto aos trabalhadores, estando prevista para o quarto ano, a interiorização das ações de saúde. Entre as estratégias para sua operacionalização foram definidas o trabalho

interinstitucional e uma estreita relação com o movimento social. Lamentavelmente, não foram localizados documentos avaliando o impacto do trabalho realizado.

A nível do município de Vitória-ES, foi proposto um Programa de Saúde do Trabalhador, diretamente vinculado ao Secretário Municipal de Saúde (BOURGUIGNON, 1992), que se encontra em implantação e será melhor comentado no período subsequente.

Em Goiás, a Divisão de Saúde Coletiva/Saúde do Trabalhador, da Superintendência de Ações Básicas de Saúde do SUDS-GO, apresentou uma proposta de implantação de Serviço de Saúde do Trabalhador, em 1990, onde se destaca a formação de comissões de Saúde do Trabalhador, de âmbito estadual e municipais, a capacitação de recursos humanos, o estabelecimento de um Sistema de Informação e a implantação de uma unidade de referência para atendimento de emergências (GOIÁS/SECRETARIA DE SAÚDE, 1989).

No Pará, o Programa de Saúde do Trabalhador proposto para ser desenvolvido a partir de 1990, no âmbito do Estado, prevê quinze pontos considerados estratégicos para a prestação de atenção integral aos trabalhadores, entre eles o atendimento de acidentados do trabalho e portadores de doenças profissionais, e procedimentos visando a redução da morbidade e mortalidade por esses eventos. Contém, ainda, uma descrição das Diretrizes e Estratégias a serem adotadas para sua implementação. (PARÁ/SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE PÚBLICA, 1990).

Em setembro de 1990, foi criado pela Secretaria de Estado de Saúde Pública, em cumprimento da Resolução CIPLAN No. 8 de 29 de dezembro de 1989, um Grupo de Trabalho de Saúde do Trabalhador, com a atribuição de estudar e propor a implementação de medidas visando o atendimento de acidentados do trabalho e portadores de doenças profissionais nas Unidades Básicas de Saúde e Unidades de Referência Especializada e o fluxo de informações para a Previdência Social. O

Relatório do Grupo contém uma descrição minuciosa da situação local, que pode ser extrapolada para (quase) todo o país. (PARÁ/SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE PÚBLICA, 1991).

No Estado da Paraíba, segundo as informações que foram localizadas, a Secretaria de Saúde deu início à organização de uma Coordenação de Saúde do Trabalhador, no final de 1989, através da indicação de um técnico com a atribuição de estabelecer uma articulação interinstitucional, com vistas a implementar um Programa de Saúde do Trabalhador para o estado (PARAÍBA/SECRETARIA DE SAÚDE, 1990).

No âmbito da Universidade Federal da Paraíba (UFPb), deve ser destacado o trabalho desenvolvido por um Grupo Interdisciplinar de Professores e Técnicos com os trabalhadores rurais, integrando a assistência às atividades de promoção da saúde e melhoria das condições de vida e à produção e divulgação de conhecimento técnico especializado, constituindo um "grupo de ponta" na abordagem da questão do trabalho rural e seu impacto sobre a saúde dos trabalhadores, no país. Diversos trabalhos desenvolvidos pelo grupo têm sido apresentados nos fóruns regionais e nacionais, como por exemplo, MONETA, *et al.* (1992).

Santa Catarina, também tem uma história pouco conhecida, no que se refere às ações de Saúde do Trabalhador na rede pública de serviços de saúde. Existem registros, por exemplo, de um trabalho desenvolvido em Criciúma, com trabalhadores das minas de carvão, (responsáveis pela ocorrência de aproximadamente 70% dos casos de doença profissionais registrados no Estado), no início dos anos 80, e a tentativa de implantar um Ambulatório Especializado no Hospital Universitário da UFSC, em meados da década de 80 (PEREIRA Jr, s.d).

Em maio de 1989, foi nomeado pelo Secretário de Estado da Saúde, um Grupo de Trabalho responsável por formular um Projeto de Saúde do Trabalhador e Ecologia,

finalizado em junho do mesmo ano. (SANTA CATARINA/SECRETARIA DE SAÚDE, 1989). Em dezembro de 1989 foi criado o Centro de Referência em Doenças Ocupacionais de Criciúma (CESAT-Criciúma), através da Portaria N° 13.846/89.

Outras atividades importantes têm sido implementadas naquele estado, entre elas, o treinamento de recursos humanos da rede de serviços, a melhoria da rede laboratorial, capacitando-a para a realização de exames toxicológicos, a implantação de um Centro de Informações Toxicológicas, ligado à UFSC, o desenvolvimento de alternativas tecnológicas em Saúde do Trabalhador, como por exemplo, para controle da exposição ao ruído e prevenção das perdas auditivas.

Recentemente, em 1993, através das Portarias SES/DIAA N° 001/93 e N° 002/93 foi criado o Programa de Saúde do Trabalhador e normatizado o atendimento de acidentados do Trabalho e portadores de Doenças Profissionais no SUS, no Estado. (SANTA CATARINA/SES, 1993), buscando uma atuação interdisciplinar e interinstitucional, com a participação dos trabalhadores organizados.

Em Rondônia, foi criado, em 1989, a nível da SES, um Programa de Saúde do Trabalhador, mas, segundo um relatório sobre as atividades desenvolvidas, as ações de saúde programadas não chegaram a ser implementadas, nem mesmo o atendimento dos acidentados do trabalho, considerados como a primeira prioridade a ser trabalhada.

O Programa de Saúde do Trabalhador de Sergipe, proposto em maio de 1990, como uma atividade interinstitucional, visava o atendimento de trabalhadores portadores de doença profissional e acidentes do trabalho e o controle das condições de risco do processo produtivo. (ROCHA, COSTA & GARCEZ, 1990).

Minas Gerais conheceu, nesse momento, um período cheio de altos e baixos para área da Saúde do Trabalhador, acompanhado o quadro mais geral na área da saúde.

Uma visão geral do trabalho das diversas instituições que atuam no Estado é apresentada no Documento: "Diagnóstico das ações de Saúde do Trabalhador no Estado de Minas Gerais" (MINAS GERAIS/NUSAT, 1991).

Em 1987, foi constituída a Comissão Interinstitucional de Saúde do Trabalhador, enquanto uma Câmara Técnica da CIS, com a participação de representantes de todas as instituições envolvidas com a questão, inclusive do MTb (o que naquele momento não era usual) e das três centrais sindicais de trabalhadores. Entre suas primeiras atividades, a Comissão elaborou uma proposta de implantação da atenção à saúde dos trabalhadores na rede de saúde do Estado, priorizando, inicialmente cinco regionais de saúde (Metropolitana de Belo Horizonte, Juiz de Fora, Sete Lagoas, Divinópolis e Ipatinga) pela sua importância em termos da gravidade e frequência dos problemas apresentados pelos trabalhadores e a capacidade instalada da rede (MINAS GERAIS/CIST, 1987).

A proposta foi incluída na Programação Orçamentária Estratégica de 1987 (POE/87), mas nunca saiu do papel, pois os recursos solicitados não chegaram ao setor responsável, na Secretaria de Saúde. Outra expectativa frustrada foi a integração do Estado de Minas Gerais, na Rede Nacional de Laboratórios de Toxicologia coordenada pelo CESTEH/FIOCRUZ, que se apresentava como uma alternativa de solução para a realização dos exames toxicológicos necessários ao atendimento de trabalhadores, uma das grandes dificuldades enfrentadas pelos Serviços. (MINAS GERAIS/ CIST, 1987 b).

Entre as perdas que podem ser contabilizadas, estão a desativação do Programa de Saúde do Trabalhador que se iniciava em Juiz de Fora. Entretanto, foi implantado o Ambulatório Integrado de Doenças Profissionais (GROSSI, ALMEIDA & MEIRELLES, 1987; MINAS GERAIS/SES-CENTRO REGIONAL de SAÚDE DE JUIZ DE FORA, 1987) e a dispersão da equipe de coordenação das atividades de Saúde do Trabalhador, no nível central da SES, e da CIST, que não se reuniu mais.

Um acontecimento marcante foi a criação do Núcleo de Saúde do Trabalhador da Previdência Social (NUSAT), articulado ao SUDS, em dezembro de 1988, que trouxe grande impulso ao trabalho desenvolvido no Estado. (MINAS GERAIS/MPAS, 1987). Além de ampliar o atendimento especializado aos trabalhadores, as reuniões do Conselho Consultivo do NUSAT, com as representações regionais das instituições públicas do Trabalho, Saúde, Previdência, FUNDACENTRO, da Promotoria Pública, da UFMG, do patronato, através do SESI/MG; das entidades sindicais de trabalhadores, realizadas mensalmente e abertas à participação de qualquer interessado, tornaram-se um fórum permanente de discussão e encaminhamento das questões, cumprindo "de fato" o papel reservado à CIST. Recentemente, o Núcleo foi institucionalizado pelo INSS e sua denominação mudada para Núcleo de Referência em Doenças Profissionais da Previdência Social (MINAS GERAIS/NUSAT, 1993).

O Ambulatório de Doenças Profissionais do Hospital das Clínicas da UFMG, em convênio com a FUNDACENTRO, o INPS e o INAMPS, manteve suas atividades, procurando sintonizá-las com as rápidas mudanças observadas no contexto social e na condução das questões da saúde. A ênfase do trabalho desenvolvido nesse período esteve voltada para a preparação de recursos humanos, através da área de concentração em Saúde do Trabalhador, no segundo ano da Residência em Medicina Social e de cursos de reciclagem e treinamento para pessoal de serviço. (GOMES, 1990; DIAS, 1992 b).

Entre os trabalhos de investigação desenvolvidos pela equipe do Ambulatório na área da atenção à Saúde do Trabalhador, nesse período, na área da atenção à saúde dos trabalhadores, estão os Projetos "Introdução de Programas de Saúde e Segurança dos Trabalhadores na rede pública de Serviços de Saúde, no Estado de Minas Gerais" e "Implantação do Centro de Investigação Epidemiológica de Doenças Profissionais e Acidentes do Trabalho, em Minas Gerais", que contaram com o apoio financeiro do MTb, através de convênio firmado entre a UFMG e o MTb, com interveniência da FUNDEP, e que foram executados por uma equipe de trabalho multidisciplinar e

insterinstitucional, constituindo um exercício de importante de integração. (DIAS-LAUAR et al., 1988; PINHEIRO, *et al.*, 1988)

Com a mudança nas administrações, ocorrida em 1989, alguns municípios avançaram na elaboração e/ou implementação de propostas de atenção à saúde dos trabalhadores na rede de saúde, como por exemplo Betim (MINAS GERAIS/CIST, 1988; PAES & ROSSI, 1988); Contagem (GOMES, 1990 e SILVA; GONÇALVES E ZULATO, 1990); Ibirité (LEITE, *et al.*, 1989); João Monlevade (UFMG/NESCON & PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO MONLEVADE, 1989; JOÃO MONLEVADE/SMS, 1992); Sete Lagoas (MINAS GERAIS/SES-CRS/SETE LAGOAS, 1987).

Sobre as atividades desenvolvidas na rede de serviços de saúde sob a denominação Saúde do Trabalhador, o DIESAT iniciou, em 1989, a publicação de uma série de artigos sobre os Programas de Saúde do Trabalhador, *contando sua história, mostrando seu funcionamento e potencial de auxiliar ao trabalhador*, tendo registrado a atuação do Programa de Saúde do Trabalhador de Santos e o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador do ABCD (DIESAT, 1990 a, b). A publicação RADIS/FIOCRUZ (1987), também, dedicou um número especial ao tema.

Ao encerrar este breve registro sobre as atividades desenvolvidas na rede de serviços de saúde, a nível dos estados e municípios, é necessário reforçar suas finalidades e os seus limites. A proposta norteadora era demonstrar que, nesse momento da história, com muitas dificuldades, (sabe-se que algumas das propostas aqui assinaladas não saíram do papel), é possível identificar iniciativas na direção da Saúde do Trabalhador acontecendo em todo o país. Por outro lado, é muito provável, que tenham ocorrido omissões de atividades desenvolvidas que não foram acessadas, revelando, apenas, as deficiências da autora e da metodologia e estimulando o prosseguimento do trabalho.

Focalizando, agora, o olhar nos acontecimentos a nível das instituições federais, do Trabalho, Saúde e Previdência, é possível observar alguns avanços interessantes. Correndo o risco de estar fazendo um julgamento precipitado e sem uma fundamentação rigorosa, é possível dizer que, a esse nível, neste período, o setor que mais avançou na direção de uma prática, na perspectiva da Saúde do Trabalhador foi o do Trabalho. Talvez pelo maior acúmulo, tradição e prestígio social, e sem dúvida, pelo mérito dos profissionais que conduziram o processo, foi o setor que mostrou maior agilidade e competência em fazer mudanças nessa direção.

Prosseguindo o trabalho iniciado, já mencionado no período anterior, de transformação e redirecionamento das práticas da fiscalização dos ambientes e condições do trabalho, continuou a capacitação e reciclagem dos recursos humanos, a elaboração de Planos de Trabalho definidos a partir de critérios epidemiológicos da ocorrência e gravidade dos eventos, o envolvimento crescente dos trabalhadores, através de suas organizações e a revisão das normas e procedimentos.

Um destaque especial deve ser dado ao episódio da modificação introduzida pela Portaria Nº 3 de 7/2/88, (ATLAS, 1994), no item 1.7, da Norma Regulamentadora Nº 1, da Portaria Nº 3.214, das Disposições Gerais, que obriga o empregador a informar aos trabalhadores sobre os riscos existentes nos locais de trabalho, os meios de prevenção existentes e aqueles adotados pela empresa, os resultados dos exames médicos e complementares de diagnóstico a que tenham sido submetidos e os resultados de avaliações ambientais realizadas nos locais de trabalho. Acrescenta, ainda, às obrigações do empregador, a permissão de que representantes dos trabalhadores acompanhem a fiscalização dos preceitos legais e regulamentares sobre segurança e medicina do trabalho.

Apesar de vir acompanhada de uma justificativa técnica e estar amparada na Convenção 148 da OIT, ratificada pelo Brasil em 1986, a Portaria causou impacto entre os empregadores. Um de seus desdobramentos foi a demissão sumária do

Secretário de Segurança e Medicina do Trabalho, Dr. José Luiz Riani Costa, pelo Sr. Ministro. Este, não satisfeito, cassou, através da Portaria Nº 3.048 de 16 de março do mesmo ano, a delegação conferida ao Secretário de alterar as NRs, previsto no artigo 200 da CLT, avocando a si, com exclusividade, essa atribuição.

Entretanto, apesar dos percalços, ficou assegurado aos trabalhadores o **direito à informação**, reivindicação básica e antiga, já incorporado por inúmeros outros países, e mencionado na caracterização da área **Saúde do Trabalhador**.

Tendo substituído o Dr. Almir Pazzianotto Pinto, à frente do MTb, a Profa. Dorothea Werneck restituiu a prerrogativa ao Secretário, na época o Dr. Antonio Alves de Souza, através da Portaria Nº 3.144, em maio de 1989. (ATLAS, 1994).

Outra iniciativa importante, na esfera do MTb, decorreu da Portaria Nº 25, de 27/6/1989, (ATLAS, 1994), que alterou a Norma Regulamentadora Nº 27, pela qual o Ministério abriu mão do controle do exercício profissional dos técnicos especializados na área, remetendo-o aos respectivos Conselhos Profissionais. Lenta, mas firmemente, desvencilhava-se de atribuições que lhe haviam sido impostas no regime autoritário, abrindo espaço para as atividades próprias da inspeção do trabalho.

Nesse sentido, o passo seguinte foi dado pela Portaria Nº 3.311 de 29/11/1989, (ATLAS, 1994), que estabeleceu os princípios norteadores do Sistema Federal de Inspeção do Trabalho: o planejamento das ações buscando sua ampliação e intensificação, com vistas à universalização da cobertura, o controle social e a interiorização das ações.

É interessante observar, a coincidência desses princípios norteadores, nos aspectos da universalização, controle social e da descentralização, com aqueles defendidos para o SÚS, evidenciando uma sintonia com as idéias em discussão naquele momento de elaboração da Lei Orgânica da Saúde Nº 8.080/90.

Em anexo à Portaria foram apresentados o Plano de Ação na rea de Proteção ao Trabalho (Anexo I) e o Plano Geral de Ação na área de Segurança e Saúde do Trabalhador (Anexo II), colocados enquanto instrumentos para a mudança das práticas dos fiscais, a nível das Delegacias Regionais do Trabalho. (BRASIL, MINISTÉRIO DO TRABALHO, 1989).

Esse processo estendeu-se aos níveis regionais, tendo alguns estados se destacado na elaboração de projetos e propostas inovadoras das práticas de fiscalização, como por exemplo, o planejamento das ações utilizando critérios epidemiológicos em Minas Gerais (RIGOTTO, BAUMECKER & SILVA, 1985), ou o incentivo à participação dos trabalhadores, em São Paulo (SANTOS et al., 1987; DINIZ, ROCHA & MARTINS, 1987).

Entre as mudanças ocorridas no âmbito do Trabalho, no período assinalado, podem ser destacadas a alteração da NR N° 4, da Portaria 3.214, referente ao controle da qualificação profissional dos técnicos na área, através da Portaria N° 11 de 17/9/1990, e a Portaria N° 3.751 de 23/11/1990, (ATLAS, 1994), que alterou a N17, sobre Ergonomia, representando uma conquista do movimento sindical, particularmente do setor de processamento de dados, que se empenhou na sua alteração, buscando a melhoria das condições de trabalho, geradoras de doença na categoria.

No setor Saúde, além do movimento pela Reforma Sanitária e de elaboração da Lei Orgânica da Saúde, a marca principal do período foi a implantação do SDUS, passo importante na construção do SUS.

A Previdência Social iniciou a descentralização das estruturas do INAMPS através da assinatura de uma série de convênios e protocolos com os governos estaduais, repassando recursos e atribuições no âmbito da assistência médica, na perspectiva do SUDS.

A Resolução da CIPLAN Nº 23 de 29/12/1989, estabeleceu as normas e sistematizou a descentralização da assistência médica farmacêutica e odontológica ao acidentado do trabalho, transferindo essas atribuições às secretarias estaduais e municipais de saúde.(BRASIL/CIPLAN, 1989).

Esta transferência de atribuições, do modo como foi feita, teve grande impacto sobre a organização dos serviços, sobre a atenção aos trabalhadores e o movimento da Saúde do Trabalhador. Por um lado, a universalização do atendimento e o "desmonte" da estrutura, vinculada ao INAMPS, que apesar das limitações, vinha prestando este serviço aos trabalhadores segurados, gerou um colapso no atendimento, registrando-se episódios dramáticos em que o trabalhador acidentado, com a CAT emitida, rasgava-a ou escondia-a para ter acesso ao serviço de saúde.

Por outro lado, em decorrência desta decisão, as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde começaram a discutir e a se organizarem para a prestação de serviços aos trabalhadores, ainda que restrito ao atendimento dos acidentes do trabalho, conforme ficou demonstrado em alguns dos relatos apresentados anteriormente. O movimento social e os trabalhadores organizados envolveram-se com a questão, que passou a ocupar espaço na mídia, chamando a atenção da sociedade para, pelo menos, uma fração do problema.

No âmbito da Previdência Social, que foi integrada ao Trabalho, em um mesmo Ministério, a partir do Governo Collor, em 1990, também foram adotadas algumas iniciativas no sentido de adaptar as práticas às propostas da Saúde do Trabalhador. Como exemplo podem ser citados a elaboração de uma série de Normas Técnicas para o manejo de situações envolvendo trabalhadores doentes ou lesados, em decorrência da exposição excessiva a ruído, chumbo e benzeno.

Uma ênfase especial, nesse período, foi dada à formação de recursos humanos. Surgiram propostas inovadoras de cursos de preparação de profissionais de saúde

para a rede de serviços, no Rio de Janeiro, sob a coordenação do CESTEH, Rio Grande do Sul, em Minas Gerais, no Rio Grande do Norte, que contaram com o apoio do MS. Também cuidou-se da informação e preparação dos trabalhadores particularmente dos participantes nas CIPAs (LIMA, 1990).

A estratégia da realização de reuniões com o objetivo de facilitar o intercâmbio de experiências entre os Programas, a divulgação das propostas e o acompanhamento das questões de Saúde do Trabalhador, no processo constituinte e posteriormente na discussão da Lei Orgânica da Saúde, foi mantida no período, tanto num âmbito regionalizado, algumas já mencionadas, quanto nacional.

Como exemplos, podem ser lembrados: o Seminário de Saúde do Trabalhador no Vale do Aço, em João Monlevade, Minas Gerais, em novembro de 1989; O Congresso da Rede IDA/Brasil, no Rio de Janeiro, em setembro de 1989; o Seminário Nacional de Saúde & Trabalho (SENAST), promovido pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP, em novembro de 1990.

É interessante destacar que reuniões de outras áreas, como o Congresso Brasileiro de Epidemiologia promovido pela ABRASCO, em Campinas, em 1990, registraram um número expressivo de trabalhos no tema, evidenciando o interesse e o crescimento da área de Saúde do Trabalhador, em suas interfaces com as demais disciplinas.

O Congresso da ANAMT realizado em Florianópolis em 1987, teve como tema central - Da Medicina do Trabalho à Saúde do Trabalhador, e a escolha do tema revela a força do movimento que, naquele momento, foi capaz de se expressar, inclusive, no âmbito da corporação dos Médicos do Trabalho tradicionais.

Na esfera federal, o MPAS promoveu, em São Paulo, em dezembro de 1989, uma "Oficina de Trabalho: Ações de Saúde do Trabalhador", com o objetivo de traçar um

perfil das ações de Saúde do Trabalhador na Unidades Federadas e estabelecer diretrizes e estratégias de atuação para o ano de 1990.

Pela simultaneidade com a Resolução da CIPLAN Nº 03/89, que estabeleceu as normas e sistematizou a descentralização da assistência médica, farmacêutica e odontológica ao acidentado do trabalho, a Oficina serviu, também, para sua divulgação.

Participaram da reunião representantes de 24 Estados (apenas 3 não estiveram presentes) o que permitiu traçar um quadro, ainda que superficial, da situação no país, abrangendo a atuação nas esferas do Trabalho, da Previdência Social e da Saúde, no âmbito estadual e municipais. O Relatório de Conclusões e Propostas registra os trabalhos desenvolvidos e contém, em anexo, o quadro da "Situação apresentada pelas Unidades federadas nos grupos de trabalho". (BRASIL/MPAS, 1989).

Outro avanço foi representado pela criação dos Fóruns e Comissões de Saúde do Trabalhador a nível dos Estados. Com todas as limitações e dificuldades, têm ensejado o exercício de um trabalho interinstitucional e de participação dos trabalhadores na definição e implementação de políticas e atividades de Saúde do Trabalhador.

Para apoio à sua atuação nas questões de saúde & trabalho, a CUT criou o Instituto Nacional de Saúde no Trabalho (INST), em 1991, com a atribuição de assessorar a luta contra os acidentes e doenças do trabalho, as negociações coletivas das condições de trabalho e as ações junto às instituições públicas. (INST/CUT, 1991).

Entretanto, apesar da valorização da questão da saúde pelo movimento sindical, o agravamento da crise econômica e social desviou as atenções ou o foco principal da atuação para problemas mais imediatos, como a garantia de emprego e salário.

A realização das primeiras eleições diretas para presidente da República, em 1989, após os anos de exceção, trouxe à cena brasileira a discussão e polarização em torno de duas propostas e modelos diferentes de país, apresentados pelos candidatos majoritários, que dividiram o eleitorado. A vitória da proposta neo-liberal, defendida pelo presidente eleito, mostraria sua face, de uma maneira particularmente cruel, na esfera da saúde.

Entretanto, apesar das dificuldades, pode-se avaliar positivamente, o saldo do esforço empreendido no período, pelo movimento da Saúde do Trabalhador. No plano macro, ficaram garantidos nos textos legais, na Constituição e na Lei Orgânica da Saúde, a atribuição, ao setor Saúde, da coordenação das ações de atenção à saúde dos trabalhadores. A nível micro, o crescimento e difusão dos Programas de Saúde do Trabalhador, a criação e o funcionamento das Comissões Interinstitucionais de Saúde do Trabalhador, a nível estadual e municipal e a produção de conhecimento sobre o impacto do trabalho sobre a saúde dos trabalhadores, alimentaram as lutas sindicais pela saúde e mudanças nas práticas do setor Saúde e de normas e procedimentos, na esfera do Trabalho e da Previdência Social.

5.3.3 O Terceiro Momento: a implantação da atenção à saúde dos trabalhadores na rede pública de serviços de saúde

À medida que se aproxima do *agora*, a tarefa de resgatar ou contar uma história fica, paradoxalmente, mais difícil. Por um lado, os fatos estão mais presentes, tem-se mais o que dizer ou de onde selecionar os episódios que irão compor a versão. Mas, por outro, são maiores o envolvimento, os vieses, a confusão, a indefinição e a falta do distanciamento histórico se torna mais contundente.

De acordo com a periodização estabelecida, o terceiro momento se inicia com a sanção presidencial da Lei Orgânica da Saúde, em setembro de 1990 e encerra-se,

segundo foi convencionado, em março de 1994, com a realização da II Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador.

A marca ou característica principal da construção da atenção à saúde dos trabalhadores no sistema de saúde, na perspectiva da Saúde do Trabalhador, nesse período, pode ser sintetizada no **fazer acontecer** a prescrição legal, ou parodiando o lema colocado para o SUS, o **desafio de cumprir e fazer cumprir a Lei**. (BRASIL/MS, 1993c).

O roteiro definido para a apresentação desse momento, em que pese a artificialidade de qualquer divisão estanque que se pretenda fazer na realidade, será o de descrever, seqüencialmente: uma visão sintética do contexto ou cenário social onde ele se desenrola; aspectos do quadro jurídico-institucional, ou da organização dos setores e instituições que a nível do Estado têm atribuições importantes na questão; a situação dos trabalhadores vítimas de acidentes e/ou doenças do trabalho, que buscam assistência médica e seus direitos previdenciários, percorrendo o que se tem denominado de *via crucis* do trabalhador, finalizando com uma visão do que foi possível apreender sobre as características da atenção à saúde dos trabalhadores na rede de serviços de saúde.

5.3.3.1 O cenário social e o quadro jurídico-institucional relacionados à saúde dos trabalhadores

No início do período definido como o *terceiro momento*, o país vivencia o governo de um presidente *democraticamente* eleito, comprometido com uma proposta neo-liberal de desenvolvimento e modernização, anunciando a meta de colocar o Brasil no *primeiro mundo*.

Nesse sentido, implementa inúmeras mudanças na orientação das políticas econômicas e sociais e reformas administrativas na máquina do Estado. Porém, a

corrupção e os desmandos levaram ao seu afastamento do cargo, num processo de grande envolvimento nacional, em que, mais uma vez, o povo manifestou-se nas ruas e influenciou na condução da história.

Em setembro de 1992, assumiu o vice-presidente, procurando imprimir sua linha de administração para lidar com os graves problemas estruturais e conjunturais da nação, entre eles a inflação, o desemprego, as crises no setor da Saúde e da Previdência, denúncias e processos de corrupção envolvendo o legislativo.

O impacto das políticas de governo sobre o setor Saúde, nesse período, pode ser analisado em seus diferentes aspectos: das consequências sobre as condições de vida e portanto do adoecer e morrer da população e quanto a atenção às necessidades de saúde.

A implantação do SUS conformado pela idéia de Saúde enquanto direito de cidadania, a ser provido pelo Estado dentro dos princípios da universalidade e equidade, de modo descentralizado e hierarquizado, com atenção integral e sob controle social, preconizado pela Reforma Sanitária e previsto no texto Constitucional e na LOS, foi inviabilizada ou adiada. O acirramento do conflito com a proposta de um Sistema de Saúde sintonizado com o projeto neo-liberal e as dificuldades decorrentes de uma conjuntura de crise econômica e social, materializaram-se na instalação ou agudização do caos no Sistema de Saúde, amplamente denunciado na sociedade. (RADIS, 1994).

Se o contexto desfavorável e as mudanças implementadas trouxeram dificuldades para as práticas tradicionais e reconhecidas como próprias do Sistema de Saúde, pode-se avaliar seu impacto sobre uma prática nova, lidando com o que se costuma chamar de "ferida do capital", que é a atenção à saúde-doença dos trabalhadores, na perspectiva da Saúde do Trabalhador.

Mas, em meio a essas contradições, surgem os espaços da possibilidade, que têm sido aproveitados para a construção da atenção à saúde dos trabalhadores no SUS.

Além das ambigüidades e da ambivalência a nível do Sistema de Saúde, o acirramento das disputas entre as corporações profissionais e entre os setores de governo, responsáveis pela operacionalização da Política de Saúde do Trabalhador, particularmente, os Ministérios do Trabalho, da Previdência Social e da Saúde, aparecem marcantes no período e representam dificuldades adicionais.

Traçando um rápido perfil dos trabalhadores nos anos 90, a partir dos dados fornecidos pelo IBGE (1992), a PEA está constituída por 64.467.981 indivíduos, 41.599.870 homens e 22.868.111 mulheres, contando cerca de 7 milhões de trabalhadores com idade entre 10 e 17 anos (12% da PEA incluída no grupo de trabalho infantil). Refletindo a gravidade do quadro social, observa-se que 20% da PEA recebe até 1 salário-mínimo.

A grave crise econômica, que se instala a nível mundial, no processo de globalização da economia, amplia as desigualdades e diminui os limites entre o primeiro e o terceiro mundo, transformando o planeta em um grande mosaico, onde convivem, de modo cada vez mais tenso, ilhas de opulência e abastança, com a pobreza e miséria absoluta, é reproduzida no Brasil de modo dramático.

OLIVEIRA (1993) e equipe da Fundação IBGE, apresentam um painel da situação brasileira, na denominada "década perdida" abordando as mudanças demográficas, a distribuição da pobreza e das condições básicas de vida (renda, saneamento e educação) tentando balancear os ganhos, particularmente no campo político, com as perdas, desnudando um quadro de desigualdade social crescente.

A diversidade e as desigualdades, em todos os planos, aparecem nítidas no *mundo do trabalho*. Uma análise superficial do setor produtivo no país, nesse período, revela que alguns setores da economia apresentam um desempenho surpreendente, para um período de crise. Através da incorporação tecnológica e da adoção de novas formas de organizar e gerir o trabalho, melhora a qualidade de seus produtos, assegurando-lhes competitividade no mercado interno e internacional, ao passo que outros setores definham, agravando o desemprego e o empobrecimento da população.

A tercerização e a terceirização entram em cena, e além do impacto negativo imediato sobre a saúde dos trabalhadores causam perplexidade e uma certa paralisia no movimento sindical.

Cresce o setor informal. Aumenta o trabalho infantil. Multiplicam-se as denúncias de trabalho forçado. Ao se examinar os indicadores de saúde clássicos, o aumento da mortalidade infantil surpreende aos menos atentos ao cotidiano das classes mais pobres.

As estatísticas oficiais revelam que diminui a ocorrência de acidentes do trabalho e de doenças profissionais na população trabalhadora previdenciária segurada, os índices de acidentes do trabalho decrescem, mas o número de acidentes fatais, proporcionalmente, aumenta, revelando uma situação inaceitável de quase 15 mortes a cada dia de trabalho, ou um óbito a cada duas horas. (LACAZ, 1993 c).

Por outro lado, a ocorrência de doenças profissionais, apesar do flagrante sub-registro, com uma incidência de menos de 2 casos por 10.000 trabalhadores, apresenta um aumento de 1000 (mil) % em alguns estados, fato atribuído, entre outros fatores, à atuação dos Programas de Saúde do Trabalhador. (BUSCHINELLI, 1993; LACAZ, 1994)

No âmbito do movimento dos trabalhadores a crise econômica, política e social desloca as atenções para as questões da sobrevivência imediata, esvaziando a movimentação em torno da questão Saúde.

Mas este quadro dramático tem, efeitos paradoxais de promover e ampliar a reflexão e a solidariedade na sociedade, essenciais à qualquer processo de mudança (SOUZA, 1992).

Apesar do conceito abrangente enunciado sobre as relações Saúde & Trabalho, ao focar as ações implementadas pelo Estado sobre a saúde dos trabalhadores ou de uma Política de Saúde do Trabalhador, a abordagem das responsabilidades e atribuições dos órgãos de governo será centrada naquelas compartilhadas pelo Executivo, nos setores **Saúde, Trabalho e Previdência Social**, em nível federal, estadual e municipal e da atuação do Ministério Público/Curadorias de Acidentes do Trabalho.

Em 1990, muitas das instituições de governo passaram por sucessivas mudanças de organização e estrutura. Em um primeiro momento, o MTb e o MPS foram fundidos, voltando a ser desmembrados em novembro de 1992. A nível do MTb, o setor responsável pela implementação das ações de normatização e fiscalização das condições e ambientes de trabalho, passou por diversas modificações no organograma da Instituição, com profundos reflexos sobre o trabalho realizado, tanto a nível central, quanto regional.

Também no âmbito da Saúde ocorreram inúmeras mudanças em um curto período de tempo (passaram pelo MS, quatro ministros em três anos), dificultando a criação e fortalecimento das estruturas responsáveis pela Saúde do Trabalhador na máquina burocrática. O MS chegou a ter, no nível central, duas unidades cuidando das questões de saúde dos trabalhadores, uma na SNVS e outra na SNAS, com uma dicotomia, inaceitável, entre as ações de prevenção e assistência.

Atualmente, nos termos do Decreto Nº 8.490 de 19/11/92, que dispõe sobre a organização do Poder Executivo, está atribuída ao Ministério da Saúde, a responsabilidade pela saúde ambiental, e as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde individual e coletiva, inclusive a dos trabalhadores; ao Ministério do Trabalho a segurança e saúde no trabalho e ao Ministério da Previdência Social, a gestão do seguro de acidente do trabalho (BRASIL, 1992b).

Para facilitar o entendimento do papel dessas instâncias de governo na atenção à saúde dos trabalhadores, serão apresentadas de forma sumária, as atribuições, a organização e as principais normas legais vigentes referentes a cada uma delas e os esforços que vêm sendo feitos no sentido de articulá-las entre si.

Cumprindo o preceito Constitucional, os três Ministérios contam com órgãos de deliberação colegiada, os Conselhos Nacionais de Saúde, do Trabalho e da Previdência Social, diretamente vinculados aos Ministros, com participação de segmentos sociais envolvidos com a questão, sendo que o Conselho Nacional de Saúde constituiu uma Câmara Técnica, a Comissão Interinstitucional de Saúde do Trabalhador (CIST), onde têm assento representantes dos três Ministérios, dos trabalhadores, empregadores e órgãos técnicos da área.

A organização dos Conselhos e da Câmara Técnica nas respectivas áreas é reproduzida a nível dos Estados e Municípios, buscando garantir o controle social da atuação dos órgãos públicos.

Na tentativa de buscar a articulação entre os 3 setores, evitando a duplicação, o desperdício e racionalizando a utilização dos recursos existentes, foi constituído, em janeiro de 1993, por iniciativa do MPS, o Grupo de Trabalho Interministerial sobre Acidente do Trabalho (GTIAT), através da Portaria MPS Nº 18 de 19/01/1993. Após ausculta dos setores sociais envolvidos com a questão, o GTIAT elaborou um

diagnóstico da situação e sugestões para o encaminhamento dos principais problemas identificados. (BRASIL/MPS, 1993).

Quase que como um desdobramento deste trabalho, em abril do mesmo ano, foi instituída a Comissão Interministerial de Saúde do Trabalhador (CIMST), através da Portaria Interministerial Nº 1 de 20/4/1993, com participação de representantes das áreas do Trabalho, da Previdência Social, Saúde e da Secretaria da Administração Federal e a tarefa de elaborar uma proposta de compatibilização e integração das políticas e práticas setoriais de atenção à saúde do trabalhador. O resultado desse trabalho aponta as diretrizes para a Política Nacional de Saúde do Trabalhador. (BRASIL/CIMST, 1993).

Algumas das recomendações da Comissão já foram transformados pelos respectivos Ministérios, em Portarias e Ordens de Serviço, outras continuam objeto de estudo das equipes de trabalho e/ou foram levadas à discussão na II Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador.

5.3.2.1.1 O Setor Trabalho

A Constituição Federal vigente atribui ao Estado, através do MTb (seguindo a Convenção 41 da OIT, ratificada pelo Brasil em 1987), a inspeção do trabalho em todo o território nacional.

Para o cumprimento dessa atribuição, o MTb apoia-se nos dispositivos legais vigentes, nas Convenções Internacionais ratificadas pelo Brasil, nos Atos de autoridades do MTb e nas cláusulas dos Contratos Coletivos de Trabalho, celebrados entre empregadores e trabalhadores, através de seus representantes.

Em que pese a importância para a saúde dos trabalhadores, de todos os instrumentos que, na legislação trabalhista, em particular na CLT, disciplinam as

relações de trabalho, como por exemplo, o registro do contrato de trabalho, a jornada, a remuneração e as férias, alguns Capítulos tratam, especificamente, da questão. Entre estes, devem ser destacados o Capítulo III (artigos 372 a 400), sobre o trabalho da mulher; o Capítulo IV (artigos 402 a 433), sobre o trabalho do menor, e o Capítulo V, que trata das condições de Segurança e Medicina no Trabalho, com as alterações introduzidas pela Lei Nº 6.514, de 22/12/1977. (OLIVEIRA, 1993).

As prescrições contidas no Capítulo V da CLT são complementadas pelas Normas Regulamentadoras (NRs) aprovadas pela Portaria 3.214/78 e suas modificações posteriores e as Normas Regulamentadoras Rurais (NRRs), (ATLAS, 1994), constituem os instrumentos básicos para a inspeção dos ambientes e condições de trabalho pelo Mtb.

Entre as normas da OIT referentes à saúde dos trabalhadores, ratificadas pelo Brasil, vigentes destacam-se: a Convenção 148 sobre a Proteção dos Trabalhadores contra os Riscos Profissionais devidos à contaminação do ar, ao ruído e outras agressões presentes no local de trabalho, (ratificada pelo Decreto Nº 93.413, de 15/10/86, que possibilitou a alteração da NR Nº 01); a Convenção 152 que trata do trabalho portuário; a Convenção 162 sobre o controle da exposição ao asbesto; a Convenção 139 que disciplina o trabalho com substâncias cancerígenas; a Convenção 155, que trata da Segurança e Saúde dos trabalhadores e o meio ambiente de trabalho (ratificada pelo Decreto Legislativo Nº 2, de 17/3/1992); e a Convenção 161, relativa aos Serviços de Saúde do Trabalho, (ratificada pelo Decreto Nº 127, de 22/5/1991). (ATLAS, 1994).

A normatização e a fiscalização das condições e dos ambientes de trabalho com vistas a garantir a saúde dos trabalhadores são atribuições históricas do MTb, implementadas a partir de 1934, através da Inspetoria de Higiene e Segurança do Trabalho. Na atualidade, estão subordinadas, a nível central, no MTb, à SSST, representada, a nível dos estados, pelas Divisões de Segurança e Saúde do

Trabalhador (DSST) das Delegacias Regionais do Trabalho, às vezes, desdobradas em Sub-Delegacias, nos estados maiores. Sua operacionalização está sob a responsabilidade de um corpo técnico, constituído por médicos e engenheiros.

O MTb conta, ainda, para seu trabalho, com o apoio técnico da FUNDACENTRO, instituída pela Lei Nº 5.161 de 21/10/1966, com a finalidade de realizar estudos e pesquisas sobre as condições do trabalho e do trabalhador visando a identificação das causas de acidentes e doenças do trabalho; propor medidas de prevenção e controle; avaliar sua aplicação e desenvolver programas educacionais e de apoio técnico na área. Está sediada em São Paulo, e dispõe de 13 unidades regionais (BRASIL, 1992 a).

De acordo com o Plano de Trabalho, divulgado em 1993, pela Secretaria de Segurança e Saúde no Trabalho/MTb, entre os objetivos para aquela gestão, estão *a ampliação da participação da cidadania no controle das condições de trabalho e de saúde e nas ações do Ministério, através da melhoria da qualidade e das condições de trabalho com vista a reduzir seu impacto negativo sobre saúde dos trabalhadores e a elevação dos níveis de vida e saúde, pelo aperfeiçoamento da ação articulada e coordenada do Estado sobre as condições de trabalho e de saúde*. Esta orientação política está traduzida em um elenco de ações, com uma ênfase especial no debate sobre as condições e ambientes de trabalho, saúde e segurança nas Negociações Coletivas e no Contrato Coletivo de Trabalho. (BRASIL/MTb, 1993).

A nível dos estados, a atuação do MTb compreende a vistoria e fiscalização dos ambientes e condições de trabalho, desencadeada a partir de um Plano de Trabalho estabelecido com base em critérios que consideram: a) o número de empregados e o ramo de atividade das empresas; b) o perfil epidemiológico dos eventos na região, particularmente a frequência e a gravidade; c) as solicitações formais ou informais das representações sindicais, d) as situações de abertura de obras, no caso da construção civil; e) denúncias divulgadas pelos órgãos de imprensa; e f) solicitações trazidas aos Fóruns e Conselhos Interinstitucionais de Saúde do Trabalhador. Uma atividade,

complementar, refere-se às vistorias para subsidiar os processos de aposentadoria especial, junto ao INSS, auxiliando na solução de situações nas quais as condições insalubres de trabalho não sejam evidentes ou tenham sido modificadas.

A ação dos técnicos do MTb tem se pautado pela detecção e busca da correção de situações de risco, através da interferência nos ambientes de trabalho, no controle médico dos trabalhadores, da divulgação das informações, incentivando e facilitando a participação direta dos trabalhadores e da sociedade organizada, envolvendo questões intra-muros das empresas e questões ambientais importantes para a comunidade. (MARINHO SILVA, 1993).

Apesar das inúmeras dificuldades, tem sido buscada, em algumas regiões do país, uma atuação sistemática e articulada com os Programas de Saúde do Trabalhadores existentes na rede pública de serviços de saúde e a participação nos Fóruns, Câmaras Técnicas e Comissões Interinstitucionais de Saúde do Trabalhador, resultando em avanços na direção de assegurar aos trabalhadores condições de trabalho menos agressivas.

5.3.2.1.2 A Previdência Social

A Previdência Social detém, na atualidade, o monopólio do Seguro do Acidente do Trabalho no Brasil. Assim, quando um trabalhador se torna incapacitado para o trabalho, em decorrência de um acidente ou doença do trabalho, em princípio, tem a garantia de manutenção de condições básicas de vida para si e sua família.

Entretanto, entre os inúmeros aspectos pelos quais estas afirmações poderiam ser analisadas e criticadas, dois devem ser ressaltados: a desigualdade imposta por uma realidade onde menos da metade da força de trabalho usufrui deste direito, ou seja, é contribuinte da Previdência Social e está coberta pelo Seguro de Acidente do Trabalho e a exigüidade das situações cobertas ou incluídas no Seguro.

No que se refere às situações passíveis de serem incluídas no Seguro de Acidente do Trabalho, destaca-se a diferenciação feita entre os danos à saúde dos trabalhadores considerados como doenças profissionais e doenças do trabalho (equiparadas aos Acidentes do Trabalho Típicos) e as chamadas doenças relacionadas ao trabalho, que têm incapacitado um contingente crescente de trabalhadores, sem que se reconheça seu nexos com o trabalho, apesar das evidências e, em certos casos, da comprovação, já existentes.

Assim, para a Previdência Social, os procedimentos legais vigentes dizem respeito apenas aos acidentes do trabalho e às doenças profissionais incluídas no conceito legal e listadas em legislação complementar e referem-se aos trabalhadores registrados, com vínculo empregatício e contribuintes para a Previdência Social.

O movimento pela saúde do trabalhador vem, gradativamente, forçando a extensão do conceito de doença profissional e, ainda que de forma fragmentada, começam a ser estabelecidos nexos entre trabalho e uma série de *novas* patologias, desencadeando ações a nível da Previdência, no âmbito do Trabalho e da Saúde, inimagináveis até então. (ASSUNÇÃO, DIAS & RIGOTTO, 1992)

Os principais instrumentos legais que disciplinam o acesso do trabalhador à Previdência Social são a **Lei Nº 8.212, de 24/07/1991**, que dispõe sobre a organização da Seguridade Social, institui o Plano de Custeio, e dá outras providências e sua regulamentação pelo **Decreto Nº 612, de 21/07/92**, que dá nova redação ao Regulamento da Organização e do Custeio da Seguridade Social, e incorpora as alterações da legislação posterior e a **Lei Nº 8.213, de 24/07/1991**, que dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências, regulamentada pelo **Decreto Nº 611, de 21/07/92**, que dá nova redação ao Regulamento dos Benefícios da Previdência Social, incorporando as alterações da legislação posterior,

contendo no Anexo II, a Lista das Doenças Profissionais ou do Trabalho. (CAMPANHOLE, 1994).

Na Previdência Social, as questões referentes à saúde e segurança dos trabalhadores estão sob a responsabilidade do INSS, organizadas, no nível central, na Coordenação de Serviços Previdenciários, que inclui as áreas de Reabilitação Profissional, Serviço Social e Perícia Médica e a Coordenação Geral de Benefícios, responsável pelo pagamento dos benefícios, a partir dos laudos periciais emitidos pela Perícia Médica.

Esta estrutura se reproduz a nível das Superintendências do INSS, nos Estados e nos Postos de Seguro Social, nos municípios de maior porte, caracterizando-se por ser muito centralizada, com pouca autonomia dos níveis regionais.

A Previdência Social, enquanto Seguradora do Acidente do Trabalho, é responsável pelo pagamento dos chamados *benefícios*, que garantiriam ao trabalhador e à sua família, a satisfação de suas necessidades básicas, durante sua incapacidade para o trabalho. Entretanto, a distância existente entre o propósito e a realidade concreta tem sido objeto de denúncia de trabalhadores, sindicalistas e pesquisadores há anos, entre outros, por POSSAS, (1981) e ARAÚJO, (1992).

A distinção estabelecida entre **Benefício Acidentário** e **Benefício Previdenciário**, envolve diferenças no valor pecuniário e na garantia de emprego. O Benefício Acidentário é concedido ao segurado no caso de incapacidade para o trabalho, temporária ou permanente, decorrente de acidente do trabalho ou doença profissional ou do trabalho. O Benefício Previdenciário é concedido nas incapacidades por **doença comum**. Esta diferenciação colide com o conceito mais ampliado de impacto do trabalho sobre a saúde dos trabalhadores proposto pela Saúde do Trabalhador.

Entre as atribuições do INSS estão, também, os procedimentos de reabilitação profissional, ou seja, o preparo e/ou treinamento de trabalhadores, acidentados e incapacitados para permanecer na sua atividade, visando a sua re-inserção no mercado de trabalho. Em alguns locais são desenvolvidas ações de fisioterapia e reabilitação física, remanescentes do tempo em que cabia à Previdência Social a prestação da assistência médica à população trabalhadora segurada, distorção que o INSS tem buscado resolver, transferindo-as ao SUS.

Quando o trabalhador doente necessita ser afastado do trabalho para o esclarecimento e/ou tratamento de uma doença do trabalho, o pagamento dos primeiros quinze dias de afastamento é de responsabilidade da empresa, mediante atestado médico. A partir do décimo-sexto dia, se o quadro mórbido exige um afastamento mais prolongado, o paciente é encaminhado ao Seguro Social.

Caracterizado o acidente do trabalho, o trabalhador acidentado e os seus dependentes têm direito, independentemente de carência às seguintes prestações: (CAMPANHOLE, 1994:171)

. quanto ao segurado:

- . auxílio-doença - devido ao acidentado, que ficar incapacitado para o seu trabalho por mais de 15 dias consecutivos, transitório, devido durante o período de tratamento, até a alta;
- . aposentadoria por invalidez - vitalícia, devida ao trabalhador que for considerado incapaz para o trabalho e insuscetível da reabilitação para o exercício de atividade que lhe garanta subsistência;
- . auxílio-acidente - será concedido ao segurado quando após a consolidação das lesões decorrentes do acidente do trabalho, resultar sequela que implique na redução da capacidade laborativa exigindo maior esforço ou necessidade de adaptação, para exercer a mesma atividade, ou que impeça o desempenho da atividade exercida à época do acidente. É mensal, vitalício, correspondendo a

um percentual do salário de contribuição, no dia do acidente, variável, entre 30%, 40% e 60% de acordo com a limitação.

- . quanto ao dependente:

- . pensão por morte;

- . quanto ao segurado e dependente:

- . pecúlio por invalidez - devido ao trabalhador aposentado por invalidez, em decorrência de um acidente do trabalho, equivalente a 75% do limite máximo do salário de contribuição, pago em prestação única;
 - . pecúlio por morte - devido aos dependentes do trabalhador vitimado, equivalente a 150% do limite máximo do salário de contribuição, em prestação única.

O estabelecimento do nexo entre o trabalho e a lesão ou doença apresentada pelo trabalhador, para fins da Previdência Social, é atribuição do setor de Perícia Médica do INSS, responsável, também pela definição do período necessário para o tratamento; a reabertura do processo de acidente, nos casos de acidentados que apresentem agravamento do quadro após a alta; a verificação da existência de doença incapacitante superveniente, não relacionada com o acidente; a prorrogação do período de afastamento e antecipação da alta, a pedido do segurado.

Uma novidade introduzida pela Ordem de Serviço Nº 251/93 da DSS/INSS, é a visita aos locais de trabalho, a ser realizada pelos médicos-peritos do INSS, visando uma melhor caracterização técnica do nexo causal em casos de acidentes do trabalho e doenças profissionais, quando se torna obrigatória. (BRASIL/CIMST, 1993).

A par das questões corporativas e outros desdobramentos que possam decorrer de tal decisão, ela pode vir a contribuir, de fato, para um melhor conhecimento da

realidade dos trabalhadores por parte dos médicos-peritos, garantindo melhor qualidade de seu trabalho.

A padronização das condutas na atividade pericial tem sido buscada pelo INSS através da capacitação de recursos humanos, de uma supervisão permanente, da elaboração de um Manual do Médico Perito (BRASIL/MPS, 1993 a), que estabelece os conceitos de incapacidade e os procedimentos administrativos, além da elaboração de Normas Técnicas específicas, como as da LER e o Benzenismo, revistas recentemente.

Outra atuação importante da Previdência Social, prevista no artigo 120 da Lei Nº 8.213/91, potencialmente transformadora das condições e ambientes de trabalho, é a proposição de ação regressiva contra o empregador, nos casos de negligência quanto às normas e padrões de segurança e higiene do trabalho indicados para a proteção individual e coletiva.

Na busca da simplificação dos procedimentos para habilitação dos acidentados do trabalho junto ao INSS, a Ordem de Serviço DSS-INSS Nº 329/93 prevê a agilização do estabelecimento dos nexos e pagamento dos benefícios através de medidas envolvendo a CAT e o fluxo de atendimento ao acidentado e os procedimentos da Perícia Médica. (BRASIL/CIMST, 1993).

Entre as medidas adotadas, destacam-se a extinção da Relação dos acidentes sem perda de tempo (RAST); da Requisição de Exame Médico-Pericial (REMP) e da Ficha de Tratamento do Acidentado (FTA) e o fim da exigência cartorial do autógrafo do médico responsável pelo atendimento do acidentado no Laudo de Exame Médico (LEM), no verso da CAT, uma tentativa de resolver o impasse criado pelo receio que muitos profissionais têm de se envolver nos aspectos burocráticos e legais decorrentes dos acidentes do trabalho, o que os impede de caracterizar a lesão do trabalhador como tal.

A desburocratização dos procedimentos e melhoria da qualidade dos serviços prestados foram colocadas como prioridades no Programa de Ação da Previdência Social para o biênio 93/94, e começam a ser efetivadas pelo INSS, através dos instrumentos referidos acima, o aperfeiçoamento e padronização das condutas e revisão das Normas Técnicas sobre Doenças Profissionais e o desenvolvimento de um programa de capacitação de recursos humanos do setor de Perícia Médica do Acidente do Trabalho. (BRASIL/CIMST, 1993).

Em certos casos, através de um convênio firmado entre o empregador e a Previdência Social (Convênio-Empresa), os procedimentos acima descritos passavam a ser realizados pela própria empresa, o que, se por um lado trazia maior comodidade e rapidez ao processo, por outro, aumentava a possibilidade de controle do empregador sobre o trabalhador.

Com o propósito de evitar situações de abuso e injustiça contra os trabalhadores, objeto de denúncias pelo movimento sindical, foi elaborada nova regulamentação da matéria, sob a forma da Resolução Nº 170, de 30/08/1993 (BRASIL/MPS, 1993 c), que dispõe sobre convênios entre o INSS e empresas, sindicatos e entidades de aposentados, para processamento e pagamento de benefícios previdenciários e acidentários e realização de exames médico periciais. O item 2.2 da Resolução define **ser de competência exclusiva do INSS** a realização de exames médico-periciais, para concessão de benefício acidentário, bem como de avaliação de lesão residual resultante de acidente de trabalho. Posteriormente, a OS Nº 305/93 da DSS reforçou esta decisão. (BRASIL/CIMST, 1993).

Entre as conquistas do movimento dos trabalhadores na recente legislação previdenciária, estão a garantia ao trabalhador de estabilidade no emprego, por um ano, após a alta do auxílio-doença acidentário, assegurada pela Lei Nº 8.212/90, estando as empresas obrigadas a manter um percentual de trabalhadores reabilitados em seu quadro, nos termos da Lei Nº 8.213/90. A normatização e fiscalização destes

direitos, prevista na legislação previdenciária (Decretos 611 e 612/92) está a cargo do MTb. (CAMPANHOLE, 1994).

Outra atividade desenvolvida pela Previdência Social, importante para a atenção à saúde dos trabalhadores, é a coleta, consolidação e divulgação dos dados de ocorrência de acidentes do trabalho e doenças profissionais. Estas informações, ainda que precárias e restritas à população segurada, têm instrumentalizado a luta de algumas categorias de trabalhadores e orientado as ações e o estabelecimento de prioridades a nível dos serviços de saúde.

A gravidade da situação de desinformação criada pela suspensão do processamento das CATs emitidas, pelo órgão responsável pelo processamento, a DATAPREV, tem sido objeto de denúncias por parte dos técnicos dos Serviços e das organizações dos trabalhadores, aguardando-se uma providência visando sua correção.

Na atualidade, um amplo debate divide as opiniões, entre aqueles que desejam tornar a CAT um instrumento mais rigoroso, detalhado e, portanto, mais fidedigno da ocorrência do acidente do trabalho e das doenças profissionais (no sentido estrito/legal), de outra corrente, formada por aqueles que a vêem apenas como uma Comunicação, a partir do qual podem e devem ser desencadeadas ações diferenciadas, a nível da Previdência Social, da Vigilância da Saúde, permitindo traçar o perfil epidemiológico dessas ocorrências para uma dada realidade. (POSSAS, 1987; REBOUÇAS, 1993).

Uma experiência de ampliação do papel do Sistema de Saúde no recolhimento, processamento, divulgação e utilização dessas informações para as ações de vigilância tem sido desenvolvida pela equipe do Programa de Saúde do Trabalhador da Zona Norte da cidade de São Paulo, vinculado à Secretaria Estadual de Saúde daquele

Estado, através do Sistema de Informação em Saúde - SIS-CAT. (SANTOS e cols., 1990; WÜNSCH FILHO *et al.*, 1993).

A experiência, adaptada por inúmeros Serviços e Programas de Saúde do Trabalhador, no país, tem servido de base para a proposta de implantação de um Sistema de Registro Informatizado das CATs e da Conclusão Médico-Pericial de Acidente do Trabalho (CPMAT), nos Postos de Benefício do INSS, denominado Sistema PRISMA-CAT, a ser integrado com o SIS-CAT/SUS.

Finalizando, é importante reafirmar que **o ponto de partida para toda concessão do Benefício Previdenciário é o estabelecimento do nexos causal entre a doença/queixa apresentada pelo trabalhador e o seu trabalho, atual ou pregresso**, feito a nível do Serviço de Saúde, o que reforça a importância de que as relações entre os dois setores fluam e que os possíveis obstáculos e dificuldades sejam superados, tendo em vista suas responsabilidades enquanto executores de uma política do Estado.

5.3.2.1.3 O Setor Saúde

A Lei Nº 8.080/90, além de representar o resgate do papel do Setor Saúde na identificação e no controle de condições de risco para a saúde dos trabalhadores, define seu compromisso no campo da assistência e constitui o instrumento básico norteador da atuação na questão da saúde dos trabalhadores.

O artigo 6º da Lei conceitua a Saúde do Trabalhador como *um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho*. A seguir, descreve o elenco de ações a serem desenvolvidas. (BRASIL, 1990).

Na estrutura organizacional do MS, a nível central, a Saúde do Trabalhador aparece, atualmente, enquanto atribuição formal da Divisão de Saúde do Trabalhador (DISAT), vinculada à Secretaria de Vigilância Sanitária, em articulação com a Secretaria de Assistência à Saúde.

A nível dos estados, a Saúde do Trabalhador aparece organizada em Coordenadorias, Divisões ou Núcleos de Saúde do Trabalhador nas Secretarias Estaduais de Saúde e de algumas Secretarias Municipais e/ou sob a forma de Programas ou de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador na rede de serviços.

Segundo o Plano de Trabalho apresentado pelo MS, em junho de 1991, a atuação do nível central está pautada pelos seguintes compromissos: (BRASIL/MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1991):

- . participar na formulação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e coordená-la;
- . fomentar e apoiar ações dos Estados e Municípios em Saúde do Trabalhador;
- . fomentar e apoiar a participação do movimento sindical e popular e da universidade pública nas ações de saúde do trabalhador;
- . fomentar e apoiar a coordenação intra e interinstitucional em saúde do trabalhador;
- . elaborar, atualizar e propor normas, padrões e critérios atinentes à saúde dos trabalhadores;
- . promover e apoiar o desenvolvimento científico-tecnológico e a formação de recursos humanos em saúde do trabalhador.

Para discussão da proposta e de sua operacionalização o MS, através da SNVS-DIPTRA e da SNAS-SAST, realizou em Brasília, o "Seminário Nacional sobre Saúde do Trabalhador no SUS", que contou com a participação de 95 representantes de instituições vinculadas à questão, a nível federal, estaduais e municipais, além de

convidados especiais, autoridades parlamentares e das agências internacionais, OPAS e OIT. O Relatório da Reunião registra os principais debates e as conclusões dos grupos de trabalho e da Plenária. (BRASIL/MS, 1991).

É interessante destacar que, o Plano de Trabalho e o Relatório do Seminário forma objeto de análise e de um parecer da Coordenadora do Grupo de Referência e Assessoramento Técnico (GRAT) do então MTPS, onde estão bem explicitadas as diferenças de enfoque em relação à questão e ao papel das instituições de governo. Entre as observações está a de que: " *O GRAT e os agentes da Inspeção do Trabalho, em sua expressiva maioria, entendem que o Ministério da Saúde infere-se numa área fora de sua esfera de competência*" e outros argumentos enfatizando a necessidade do MS de se ater ao âmbito da assistência aos trabalhadores acidentados do trabalho e portadores de doenças profissionais e no desenvolvimento de atividades educativas e de conscientização. (BRASIL/MTPS, s.d.)

As divergências e conflitos em torno da atribuição do setor saúde para fiscalizar os ambientes e condições de trabalho, que apresenta uma interface com as ações de vigilância sanitária, são observadas também em países que a introduziram anteriormente. Entre os registros deste tipo de questionamento podem ser lembrados o de PASTORE (1983), a propósito da experiência italiana, após a Reforma Sanitária e de SCHILLING (1981), que de modo mais sutil, também faz objeções às intervenções do setor saúde.

Até a regulamentação do SUS pela Lei Nº 8.080, a assistência médica era compartilhada pelos setores da Saúde e da Previdência, através do INAMPS, responsável pelo atendimento da população segurada, inclusive aos acidentados do trabalho e portadores de doença profissional e doenças do trabalho.

A transferência do INAMPS para o setor Saúde, iniciada pela implantação do SUDS e seguida de sua extinção em 1993, (AROUCA, 1993) representou um avanço,

no plano conceitual, conforme assinala VILAÇA MENDES, (1993), mas deixou um vazio que o SUS tem tido dificuldade para preencher.

Na atualidade, a assistência médica aos acidentados do trabalho, segurados ou não pela Previdência Social, incluindo atendimento clínico, cirúrgico, farmacêutico, odontológico, a reabilitação e o fornecimento de órtese e prótese, são de responsabilidade do SUS, devendo ser executadas através da rede pública, por serviços próprios, contratados, conveniados, ou pelo empregador, na rede ambulatorial ou hospitalar.

Em que pesem as dificuldades decorrentes da burocratização excessiva ou das limitações quanto à resolutividade do sistema de saúde, particularmente da rede pública de serviços, sobressai a importância do **estabelecimento do nexa da doença ou do problema apresentado com o trabalho**, como a base da mudança qualitativa das práticas de atenção aos trabalhadores na perspectiva da Saúde do Trabalhador. Para que se alcance uma mudança, que se pretende sólida e responsável nas práticas de saúde, são imprescindíveis a capacitação dos recursos humanos e o fornecimento de recursos materiais e equipamentos aos serviços.

Por outro lado, para a atenção à saúde dos trabalhadores, tão importante quanto a disponibilidade de assistência médica de boa qualidade, são os procedimentos de promoção e prevenção da saúde. Mas, mesmo estas que são tradicionais no elenco das ações do MS, excetuando o trabalho ensaiado pelos Programas de Saúde do Trabalhador, no âmbito da Vigilância da Saúde ou de Vigilância Sanitária e Epidemiológica, estão distantes das necessidades impostas pela realidade.

Uma questão fundamental para o desenvolvimento da atenção à saúde dos trabalhadores no Setor Saúde é a do **financiamento das ações**, que é compartilhada por todo Sistema.

Por princípio, o financiamento das ações de atenção à saúde dos trabalhadores deve ser parte integrante do orçamento dos Fundos Municipal, Estadual e Nacional de Saúde, não cabendo uma rubrica própria. Entretanto, a especificidade da área de Saúde do Trabalhador e a fase atual de implantação das ações a nível do Sistema de Saúde, na perspectiva da municipalização, obriga que se busquem fontes de financiamento complementares, ainda não disponíveis e a operacionalização de outras já definidas, porém, necessitando de regulamentação.

Nesse sentido, já foram regulamentados, com base nas recomendações feitas pela CIMST, em seu Relatório Final de 1993, alguns pontos importantes, como por exemplo, a Portaria MS/SAS Nº 119 de 9/9/93, incluiu no Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS), o código 044-2 referente ao atendimento específico do Acidente do Trabalho; a Portaria MS/SAS Nº 120 de 9/9/93 fixou os valores da Unidade de Cobertura Ambulatorial (UCA) para o mês de setembro de 1993, estabelecendo o acréscimo de 2,5% dos Recursos de Cobertura Ambulatorial (RCA) para o pagamento de órteses, próteses e bolsas de colostomia fornecidas aos usuários; criou o Fator de Apoio ao Estado (FAE), que consiste no pagamento adicional de 5% da UCA, multiplicado pelo número de habitantes do Estado, em condição de gestão parcial ou semi-plena para pagamento de tratamento fora de domicílio, aquisição de medicamentos especiais e provisão de órtese e próteses e o Fator de Apoio ao Município (FAM) que prevê o repasse de 5% da UCA do Estado, multiplicado pelo número de habitantes do município, para fins de custeio aos municípios enquadrados nas condições de gestão incipiente, parcial e semi-plena, sem especificar rubricas. (BRASIL/MS-DISAT, 1994).

Apesar de muito questionada, a implantação de um pagamento diferenciado por procedimentos referentes à atenção à saúde dos trabalhadores, na rede de serviços do SUS está baseada na idéia de que este estímulo financeiro poderá contribuir para aprimorar o atendimento e o registro dos casos de acidente do trabalho e de doenças profissionais em nosso meio.

Entre as fontes adicionais de financiamento a serem buscadas, foram sugeridas pelo GTST-SUS, a destinação de 50% do Prêmio do Seguro de Acidente do Trabalho, recolhido pelo Previdência Social, ao MS, para ser distribuído 30% para a assistência especializada (diagnóstico, tratamento, recuperação e reabilitação), 30% para a capacitação de recursos humanos e 40% para a implementação das ações de vigilância da saúde dos trabalhadores. (BRASIL/MS-DISAT, 1994).

Atualmente, um percentual de 2% do Prêmio do Seguro de Acidentes do Trabalho é repassado à FUNDACENTRO, destinados ao financiamento das ações de prevenção, à realização de pesquisas e capacitação de recursos humanos na área. Entretanto, os limites colocados pela burocracia da administração federal têm dificultado a sua plena utilização.

Considerando a importância dos acidentes de trânsito, para a categoria dos acidentes de trajeto, foi sugerido, ainda, que o equivalente a 50% do valor do Seguro Obrigatório de Danos Pessoais causados por veículos automotores (DPVAT), sejam destinados às ações de atenção à saúde, acima descritas.

Entre as recomendações do GTST-SUS estão também, a mudança da Tabela SIA-SUS, adequando-a aos procedimentos de atenção à saúde dos trabalhadores, particularmente no que se refere às ações de vigilância e consultas médicas especializadas, incluindo aquelas realizadas nos serviços de referência, os atendimentos individuais e em grupo e a mudança do critério de pagamento por procedimento para o financiamento por critério epidemiológico de frequência e gravidade dos eventos.

A questão do repasse de recursos recolhidos pela Previdência Social, enquanto Seguradora do Acidente do Trabalho, para o setor Saúde fazer face às despesas com a assistência ao acidentado do trabalho e atividades de prevenção é hoje um ponto nevrálgico das relações entre os dois organismos, tanto no plano político quanto para

a operacionalização, de fato, das ações. Em uma demonstração de força no jogo político, o MPS decidiu interromper este repasse, em 1993, contribuindo para o agravamento da crise financeira da Saúde.

5.3.2.1.4 Ministério Público

Vistas as atribuições, os principais instrumentos legais e a organização das instituições que, no âmbito do poder executivo, são responsáveis diretos pela atenção à saúde dos trabalhadores, cabe mencionar o papel desempenhado pelo Ministério Público.

Segundo palavras textuais de CAMPOS (s.d.), o Ministério Público é instituição essencial na defesa da ordem jurídica e dos interesses da sociedade. Tem por finalidade a fiscalização da aplicação das Leis, com atuação independente, integrado pelos Procuradores e Promotores de Justiça.

Acompanhando o processo social em curso no país, o Ministério Público tem se aproximado da comunidade e ampliado o seu campo de atuação, envolvendo-se na defesa do meio ambiente, do patrimônio histórico e cultural, e dos trabalhadores urbanos e rurais acidentados e na prevenção de acidentes do trabalho.

Tem como objetivo a assistência jurídica aos trabalhadores vítimas de acidentes do trabalho e doenças do trabalho e/ou seus dependentes, a fiscalização e acompanhamento de denúncias de possíveis descumprimentos das normas de segurança e medicina do trabalho, propondo, se for o caso, medidas judiciais cíveis, acidentárias e penais. (MINAS GERAIS/MINISTÉRIO PÚBLICO, 1992).

O Ministério Público é o titular da ação penal pública e tem a atribuição de propor a ação civil pública "ex delicto", nos termos do artigo 68 do Código de Processo Penal Brasileiro.

Segundo CAMPOS (1989) o artigo 132 do Código Penal Brasileiro prevê o "*crime de perigo*" - *expor a vida ou a saúde de outrem a perigo direto e iminente*. A exposição de motivos, no Código Penal de 1940, já esclarecia que este dispositivo visava prevenir os inúmeros acidentes que ocorriam na construção civil. Este artigo tem sido acionado, em casos de ocorrência de dano (acidente do trabalho ou doença profissional), respondendo o empregador e seus prepostos, por homicídio culposo ou lesão corporal culposa, sujeitos à condenação criminal, com penas variáveis, de detenção, e ou pecuniárias, de dias-multa, gerando um impacto positivo sobre a prevenção.

Apoiado no artigo 68 do Código de Processo Penal Brasileiro, independente do desfecho da ação penal, ou mesmo no caso de arquivamento do inquérito policial, o Ministério Público tem ingressado com ações de reparação de dano, contra o empregador, ou prepostos ou contra terceiros, em favor dos trabalhadores vitimados.

Outro aspecto interessante diz respeito à independência entre as ações de natureza civil das de natureza penal e de acidentes do trabalho, sendo que a ação de acidente do trabalho, de natureza alimentar é compensatória e a de responsabilidade civil é indenizatória, visando restabelecer a situação existente e anterior ao dano. A responsabilidade civil envolve a empresa, o patrão ou seus prepostos. Nos termos do artigo 159 do Código Civil Brasileiro, *aquele que, por ação ou omissão voluntária, negligência ou imprudência, violar direito ou causar prejuízo a outrem, fica obrigado a reparar o dano*. Este artigo é complementado pelos artigos 1518, 1521 e 1522, que tratam das responsabilidades na reparação do dano causado. (NEGRÃO, 1991).

O valor da indenização por ato ilícito, previsto nos artigos 1059, 1537, 1538 do Código Civil é vultoso, englobando o que o indivíduo perdeu e o que ele deixou de lucrar, e nos casos de ferimentos ou danos à saúde, o pagamento das despesas de tratamento e dos lucros cessantes até a recuperação, ou uma pensão correspondente à importância do trabalho, nos casos de incapacidade definitiva. Em caso de dano

estético ou morfológico, muito freqüente em decorrência de acidentes do trabalho e doenças profissionais, e muitas vezes, independente do comprometimento da capacidade para o trabalho, a vítima fará jus a uma indenização em separado daquela devida pela sua impossibilidade para trabalhar. (SÃO PAULO/MINISTÉRIO PÚBLICO, s.d.)

O Ministério Público vem atuando na prevenção e na reparação dos danos causados aos trabalhadores urbanos e rurais, vítimas de acidentes do trabalho, pela negligência ou descumprimento, por parte das empresas, das normas de segurança indicadas, considerando o trabalhador, como a parte mais fraca na relação jurídica.

Em alguns estados, como São Paulo, o Ministério Público conta com uma Coordenação Geral de Acidentes do Trabalho, que se desdobra em Coordenadorias Regionais em cada Circunscrição Judiciária do Estado, contando com a atuação dos Promotores de Justiça e dos Curadores de Acidentes. Esta estrutura tem se reproduzido em outros estados, cumprindo um papel de maior relevância social, na área da Saúde do Trabalhador. Entretanto, também tem sido alvo de pressão por parte de setores sociais descontentes com a sua atuação. Em Minas Gerais, por exemplo, a Curadoria Especializada em Acidentes do Trabalho foi extinta em 1993.

Outra contribuição importante do Ministério Público tem se dado na interpretação e elaboração de pareceres técnicos que respaldam as atividades de atenção à saúde dos trabalhadores, particularmente da vigilância à saúde realizadas pelo SUS. Pelo nível e propriedade com que têm sido elaborados, estes documentos contribuem para encaminhar satisfatoriamente os conflitos surgidos da superposição de atribuições com as de inspeção e fiscalização dos ambientes de trabalho pelo MTb. (SÃO PAULO/MINISTÉRIO PÚBLICO, 1992).

5.3.3.2 A *via crucis* do trabalhador, segurado pela Previdência Social, vítima de acidente do trabalho

A organização administrativa, a burocracia e o desempenho das instituições públicas responsáveis pela atenção à saúde dos trabalhadores transformam a ocorrência de um acidente do trabalho ou de uma doença profissional ou do trabalho, situação por si penosa, em uma *via crucis* que o trabalhador necessita percorrer para receber assistência adequada e ter acesso ao Seguro de Acidente do Trabalho.

A inclusão da descrição dessa trajetória justifica-se na perspectiva de contribuir para a divulgação de uma realidade e de buscar alternativas de superação, a partir da identificação dos principais entraves ou nós, particularmente aqueles localizados a nível do sistema de saúde.

Ocorrido o acidente e emitida a CAT pelo empregador, o trabalhador segurado, de posse das duas primeiras vias, deve dirigir-se ao serviço de saúde mais próximo do local de trabalho, ou do acidente, ou de sua residência, que prestará o primeiro atendimento, fará o diagnóstico e preencherá o verso da CAT, o LEM, enviando-a diretamente, ou através do segurado, para registro no Posto de Benefícios do INSS, no máximo três dias após o atendimento. No caso de recusa do médico de preencher o LEM, cabe ao INSS acionar o SUS, de modo a evitar maior prejuízo ao segurado.

Têm ocorrido, com frequência, situações em que o trabalhador acidentado procura o serviço de saúde com a CAT emitida pelo empregador e o Pronto-Socorro ou Pronto Atendimento não o atende, encaminhando-o ao Posto de Benefício do INSS ou à Chefia do Serviço de Saúde do Trabalhador remanescente do INAMPS, no SUS.

Em alguns casos, o profissional do Pronto Socorro presta o atendimento mas se recusa a preencher o LEM (verso da CAT), dificultando o acesso do trabalhador ao Seguro Social. Também ocorrem situações em que o trabalhador acidentado procura

o serviço de saúde, ainda sem a CAT, é atendido, porém ao retornar solicitando o preenchimento do LEM, este é recusado, seja por ignorância ou má vontade do profissional ou pela ausência de registros no prontuário, inviabilizando ou dificultando que o segurado receba os Benefícios a que tem direito.

O seguimento médico do trabalhador acidentado, a nível ambulatorial ou hospitalar, é atribuição do Sistema de Saúde, assim como o envio ao INSS das informações que viabilizarão o registro da ocorrência e o pagamento dos benefícios, sob a forma de Relatórios e Fichas, entre eles, o preenchimento do LEM; da Requisição de Exames e Tratamento (RET); do Cartão de Consulta do Acidentado (CCA); da Comunicação de Alta Médica (CAM) e a comunicação de recusa ou abandono de tratamento. (Os impressos FTA e REMP foram extintos pela Ordem de Serviço INSS/DSS Nº 329, de 26/10/1993).

Dependendo da evolução do caso, se a alta de tratamento ocorrer dentro dos 15 primeiros dias após o afastamento do trabalho, esta deverá ser comunicada pelo serviço de saúde ou pelo profissional responsável, através de Relatório/Atestado Médico em três vias, sendo a primeira para a empresa, enviada através do trabalhador, a segunda, para o Setor de Acidente do Trabalho do INSS, (sob a forma de um consolidado dos atendimentos feitos no mês, acompanhada das notificações de abandono de tratamento, se for o caso), e uma terceira, para o setor de Vigilância do SUS.

Se o afastamento se prolonga, por mais de 15 dias, o paciente continua a ser cuidado na rede de serviços de saúde do SUS até a alta médica, mas deverá ser encaminhado ao Seguro de Acidente do Trabalho, para receber os *benefícios* a que tem direito. Este encaminhamento é feito através do preenchimento da REMP, enviado à Perícia de Acidente do Trabalho do INSS.

Se ao ocorrer o acidente, o segurado procura diretamente o Serviço de Pronto Atendimento ou Ambulatório da rede de saúde, ele deve receber o atendimento adequado e só após, será solicitada a emissão da CAT ao empregador.

O empregador tem a obrigação legal de comunicar a ocorrência de todos os acidentes do trabalho à Previdência Social, através da CAT, haja ou não afastamento do trabalho, até o primeiro dia útil, seguinte à ocorrência, sob pena de multa variável, calculada com base no salário de contribuição, aumentada nos casos de reincidência. Em caso de morte do trabalhador a comunicação deve ser imediata. A emissão da CAT é também obrigatória em todos os casos de doenças profissionais e relacionadas ao trabalho, com ou sem necessidade de afastamento, nos termos do artigo 2º da Lei Nº 8.213/91, até o primeiro dia útil após a data do início da incapacidade ou do afastamento do trabalho, ou da data em que for feito o diagnóstico.

Se a empresa se nega a emitir a CAT, a Lei prevê que o próprio segurado ou um familiar, o médico assistente no serviço de saúde, a entidade sindical, ou uma autoridade pública possam fazê-lo, independentemente dos prazos acima referidos, cabendo ao Posto de Benefício comunicar o fato ao setor de Fiscalização do INSS, para a execução da multa devida.

A CAT deve ser preenchida em seis vias, destinadas, ao INSS, ao segurado ou dependente, ao sindicato dos trabalhadores, à empresa, ao SUS e à DRT/MTb, de acordo com a O.S. INSS/DSS Nº 329/93. (BRASIL/CIMST, 1993). Esta exigência tem sido questionada quanto à sua efetividade, desde o fato das últimas cópias serem legíveis, quanto aos seus desdobramentos de fato.

De posse da CAT, o trabalhador-segurado ou seu representante deve voltar ao serviço médico onde foi realizado o atendimento, para o preenchimento do LEM e demais encaminhamentos descritos acima. Assim, é necessário que os serviços médicos de atendimento mantenham a documentação do acidentado arquivada tanto

para o acompanhamento da evolução, quanto para o fornecimento de laudos e relatórios para a Previdência Social, quando solicitados.

A nível do INSS, após o registro da CAT, o trabalhador deve ser submetido à Perícia Médica, que decidirá sobre a concessão dos benefícios, tendo por base o laudo do médico que atendeu o segurado e a realização, a critério do perito, de novos exames para comprovação diagnóstica.

Não é difícil prever a ocorrência de conflitos entre o setor da Perícia Médica e os serviços de saúde responsáveis pelo atendimento do paciente e com o próprio segurado. Esforços no sentido de lidar melhor com essas questões têm sido feitos, tanto a nível federal, quanto nos Estados e municípios.

Enquanto o trabalhador segurado está em tratamento médico, ele permanece sob o controle da Perícia Médica. Ao receber alta de tratamento no serviço de saúde, ele volta à Perícia Médica do INSS e se não houver nenhuma seqüela, retorna ao trabalho, cessando o pagamento do Benefício. Se há incapacidade total e permanente para todas as atividades, ele é aposentado por invalidez por acidente do trabalho; se há seqüela com incapacidade parcial e permanente, ele retorna ao trabalho e recebe o auxílio acidente, referente ao grau da incapacidade, ouvido o setor de Reabilitação Profissional do INSS.

A possibilidade de afastamento do trabalho, para investigação do nexo, nos casos de doença profissional, recebendo Benefício do INSS é recente, tendo surgido por pressão do movimento pela Saúde do Trabalhador, no sentido de resguardar um direito do trabalhador e facilitar o trabalho dos serviços de saúde.

Assim, em caso de suspeita de uma Doença Profissional o trabalhador deverá ter uma CAT emitida pelo empregador, pelo Sindicato, pelo trabalhador ou pelo próprio médico do SUS responsável pelo atendimento, que preencherá também o anverso, o

LEM e encaminhará ao Posto de Benefício de Acidente do Trabalho do INSS para o registro. Confirmado o nexo com o trabalho pelo serviço de Saúde e avaliada a (in)capacidade para o trabalho, pela Perícia Médica do INSS, a ocorrência é registrada, seguindo o mesmo fluxo anteriormente descrito. Se não se confirmar, o benefício é suspenso e trabalhador retorna ao trabalho.

Nos casos em que o trabalhador doente já está afastado do trabalho e recebendo o Benefício Previdenciário (por *doença comum*), na ocasião do estabelecimento do nexo, caracterizando uma doença profissional ou do trabalho, o Benefício deve ser transformado em Acidentário.

Outra possibilidade é a de que o trabalhador com Benefício já cessado, tenha uma recorrência ou agravamento do quadro. Neste caso o serviço de saúde que o atende deve solicitar a *reabertura do Acidente* no Posto de Acidente do Trabalho, com emissão de nova CAT que, recebe o mesmo número da anterior. A partir daí, o trabalhador é submetido à Perícia Médica que encaminha os procedimentos cabíveis.

A experiência de muitos trabalhadores que passam por este processo tem sido relatada como penosa, burocratizada e demorada. Alguns pacientes do Ambulatório de Doenças Profissionais do Hospital da Clínicas da UFMG têm demorado até seis meses para começar a receber o *Benefício*, acarretando grandes transtornos para sua sobrevivência e de sua família, inviabilizando, muitas vezes, a continuação do afastamento ao trabalho, pois o paciente solicita *alta* do tratamento por absoluta falta de condições de se manter. (DIAS, 1992 b).

Na perspectiva de melhorar o atendimento ao trabalhador nas capitais e cidades polo-regionais foi apresentada pela Comissão Interministerial de Saúde do Trabalhador a proposta da organização de Centros Integrados de Atenção à Saúde do Trabalhador (CIAST), visando integrar num mesmo espaço de trabalho os Ambulatórios de Referência em Saúde do Trabalhador; a Reabilitação Física; a Reabilitação Profissional;

o Sistema Nacional de Emprego (SINE); o Posto de Benefício e a Perícia Médica do INSS; o Serviço Social e a Fiscalização em Saúde no Trabalho.

Vista sob a óptica do trabalhador segurado pela Previdência Social, a possibilidade de facilitar o acesso a todos os serviços correlatos em um único local ou locais próximos, ou de forçar os organismos e serviços de governo a atuar de forma integrada, com qualidade e resolutividade, parece muito interessante. Entretanto, sob a óptica dos princípios do SUS, particularmente da universalidade e equidade, e de experiências anteriores de impor a integração de serviços ou setores muito diferentes, portadores de uma cultura institucional própria, a questão necessita ser melhor trabalhada para que venha a significar de fato uma mudança e não um mero arranjo espacial ou racionalizador.

Dada a gravidade da situação de atendimento dos trabalhadores acidentados do trabalho e portadores de doenças profissionais pelo SUS, vários estudos e reuniões, em nível local, regional e nacional têm sido realizados, buscando resolver ou encontrar alternativas para o problema.

Além das atividades desenvolvidas pelo MPS e pela CIMST, o MS promoveu em fevereiro de 1991, em Brasília, uma Reunião Técnica sobre Saúde do Trabalhador/Acidente do Trabalho e uma Oficina de Trabalho, com a participação de técnicos dos níveis estadual e federal que identificaram como os principais problemas a serem enfrentados a questão da prevenção dos AT, a assistência ao acidentado, a reabilitação profissional e a padronização de critérios para a concessão de benefícios. (BRASIL/MS, 1991 b, c).

Entre as reuniões regionais realizadas sobre o tema destaca-se a Plenária Intermunicipal de Atenção ao Acidentado do Trabalho, para discussão da experiência do município de Santo André, implementada através do Programa de Saúde do Trabalhador, da Secretaria Municipal de Saúde. O documento final da reunião traz uma

síntese do diagnóstico da situação no município, uma descrição das atividades realizadas no sentido de enfrentar o problema e as perspectivas vislumbradas para o ano de 1991.(SANTO ANDRÉ/PST, 1991).

Entre as contribuições da equipe técnica do PSTrabalhador da Zona Norte no Município de São Paulo, (SES-SP /SUDS -6, para a reflexão e a produção do conhecimento na área da Saúde do Trabalhador, destaca-se, nesse período, a proposição de um fluxo para o atendimento ao acidentado no trabalho nos serviços. (SÃO PAULO/SES/PST-ZONA NORTE, 1993).

Um amplo estudo da questão, no âmbito do Estado do Amazonas, foi realizado pela equipe do Serviço de Saúde do Trabalhador da SES daquele Estado. O Relatório, intitulado *O Acidente do Trabalho no SUS*, apresenta um registro da situação local, que pode ser extrapolado para quase todo o país, e apresenta propostas para agilizar o fluxo do atendimento. (COSTA & SIGNORINI, 1992).

Na mesma linha, podem ser citados os trabalhos de COSTA, (1993), no qual o autor faz uma análise abrangente do problema no país, defendendo uma ampliação da reabilitação, a cargo da Previdência Social e o estudo que está sendo desenvolvido pelo Núcleo de Investigação em Saúde e Epidemiologia (NISE), vinculado ao Departamento de Medicina Preventiva e Social da UFMG, em colaboração com a SES-MG, sobre o problema no Estado de Minas. (MINAS GERAIS/NISE-UFMG, 1993).

5.3.3.3 A situação da atenção à saúde dos trabalhadores na rede pública de serviços de saúde

Completando a descrição do *terceiro momento*, no processo de construção da atenção à saúde dos trabalhadores na rede pública de serviços de saúde, cabe destacar alguns aspectos julgados mais interessantes.

A artificialidade da divisão dos tempos ou dos momentos reaparece evidente aqui, uma vez que, ao fixar o ato da promulgação da LOS Nº 8.080, em 19/09/1990 como divisor dos períodos, apenas delimitou-se um evento jurídico, sem dúvida importante para a institucionalização da atenção à saúde dos trabalhadores no Sistema de Saúde, mas cujo impacto imediato sobre o processo social em curso ainda está por ser melhor avaliado.

Em princípio, o que se observa é a continuação das atividades e o surgimento de novas iniciativas ou o início das discussões no âmbito de algumas SES, como foi mencionado anteriormente a propósito da descrição dos achados na elaboração do Cadastro das Atividades, em 1992 ou ainda, a desativação total ou parcial de outras. Nesse sentido, as reuniões para divulgação da proposta e de intercâmbio de experiências continuaram cumprindo um papel importante.

A nível do MS, além do Seminário "Diretrizes para a Saúde do Trabalhador no SUS", realizado em junho de 1991 para apresentação de discussão da proposta de trabalho elaborada pelo Ministério e da "Oficina de Trabalho sobre Acidentado do Trabalho no SUS", já mencionadas, a SNAS, através do Departamento de Programas de Saúde/Coordenação de Atenção a Grupos Especiais, Serviço de Atenção à Saúde do Trabalhador (SNAS/DPS/CAGE/SAST) promoveu uma série de Seminários Macro Regionais, no ano de 1992, com o propósito de fazer um reconhecimento das atividades em desenvolvimento e facilitar o intercâmbio das experiências. Os relatórios dessas atividades auxiliam a composição de um quadro da situação naquele momento, a nível das instituições públicas (BRASIL/MS/SNAS-SAST, 1992).

Na mesma linha, o MS, através da SNAS, SNVS e do CENEPI, promoveu em São Paulo, em dezembro de 1992, o "Encontro Nacional de Saúde do Trabalhador: ações interinstitucionais 1992/93", buscando aprofundar as discussões e alternativas para a compatibilização das ações dos serviços públicos na formação de pessoal e integração da promoção e recuperação da saúde dos trabalhadores.

Um fato importante, nesse período, foi a constituição da Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador (CIST), enquanto uma Câmara Técnica assessora do Conselho Nacional de Saúde. Criada pela Lei Nº 8.080/90 (art. 12) e normatizada pelo Decreto Nº 99.438 de 7/8/1990, a CIST iniciou suas atividades em 03/06/1992. Reune representantes do governo (MS, MTb, MPS, FUNDACENTRO), dos trabalhadores (CUT, CGT, FORÇA SINDICAL e DIESAT), empregadores (CNI), da Universidade (FSPUSP) e de Associações Profissionais (AMB/ANAMT).

Segundo o Relatório de Atividades (PAULO & GOMES, 1994), entre as principais atividades implementadas pela CIST, nesses dois anos, estão:

- . a participação na organização da II CNST;
- . estudo da Normatização de conduta frente a LER e da Norma Técnica sobre o Benzeno, preparadas pela SES-SP;
- . apoio e incentivo à formação do Grupo de Estudos Interministerial de Saúde do Trabalhador (GEISAT), que sucedeu a Comissão Interministerial de Saúde do Trabalhador;
- . estudo e recomendações sobre as ações de Saúde do Trabalhador no âmbito do MS;
- . estudo e recomendações sobre a assistência médica aos acidentados do trabalho;
- . estudo e manifestação sobre o Relatório Final da IX CNS;
- . recomendações visando as ações de prevenção e atendimento de trabalhadores do serviço público contaminados pelo HIV.

A programação da IX Conferência Nacional de Saúde, realizada em Brasília, em agosto de 1992, incluiu uma Mesa-Redonda sobre a atenção à saúde dos trabalhadores no SUS. Naquela oportunidade, o representante do setor privado hospitalar defendeu o retorno do pagamento diferenciado pelo atendimento do trabalhador acidentado no trabalho, como alternativa para a melhoria dos serviços, conforme assinala LACAZ, (1994). Ao referendar a estratégia da municipalização

como base para a operacionalização do SUS, a IX CNS reforçou a proposta dos Programas de Saúde do Trabalhador. (BRASIL/MS/IX CNS, 1992).

Outro evento importante, pelo tema tratado, foi a "Reunião Técnica sobre implantação do Sistema de Informação em Saúde do Trabalhador", promovida pelo MS, através da SNVS/DIPSAT e do CENEPI, em setembro de 1992, com o objetivo de discutir a estruturação de um Sistema de Informação em Saúde do Trabalhador para o SUS. Na oportunidade, foi enfatizada a importância da iniciativa e a necessidade de sua implementação a curto prazo, ampliando o enfoque que tradicionalmente tem sido dado à questão, restrita, geralmente ao processamento dados de morbi-mortalidade obtidos da CAT. (BRASIL/MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1992)

A disponibilidade de informação ágil, acessível, correta e rigorosa, decodificada é considerada, hoje, essencial para a continuidade do processo de implantação da atenção à saúde dos trabalhadores no SUS.

O tema Saúde do Trabalhador também esteve presente, de modo significativo, no temário do Congresso da ABRASCO realizado em Porto Alegre, em 1991. No II Congresso Brasileiro de Epidemiologia, em Belo Horizonte, em julho de 1992, apareceu sob a forma de um curso sobre Vigilância da Saúde do Trabalhador, 2 mesas de Comunicações Coordenadas e 48 trabalhos apresentados como temas-livres (em um total de 455 inscritos). Aproveitando o expressivo número de participantes vinculados à área, foi realizada uma reunião para discussão de temas gerais de interesse e articulação com vistas à participação na IX Conferência Nacional de Saúde. (ABRASCO, 1992).

No mesmo período, realizou-se em São Paulo, durante a XVIV Reunião Anual da SBPC, o Encontro Saúde e Trabalho, promovido pela Associação de Docentes da USP (ADUSP), no qual foram discutidas e aprovadas propostas de encaminhamento sobre

a legislação e a ampliação da participação do movimento social no SUS, para serem levadas à IX CNS. (MEDRADO FARIA, 1992).

Em um âmbito mais restrito, geográfico ou temático, mas de igual importância, podem ser citados os Seminários de Avaliação de Programas Estaduais e Municipais, como por exemplo o "Seminário do Programa de Saúde do Trabalhador de São Paulo: avaliação e perspectivas", realizado em 4/12/92; o Seminário Nacional de Saúde do Trabalhador realizado em Santos-SP, em dezembro de 1991. (COSTA *et al.*, 1991); a "Jornada Sul Brasileira de Saúde do Trabalhador", promovida pela SES do Paraná, em Curitiba, em abril de 1993; o "Seminário de Saúde do Trabalhador da cidade de Porto Alegre"; o "Seminário sobre Vigilância da Saúde do Trabalhador" realizado em Salvador, promovido pelo CESAT, em agosto de 1993, com o apoio da DISAT/SVS/MS (BAHIA/SES-CESAT & MS, 1993).

Entre as inúmeras atividades desenvolvidas na área sindical de luta pela saúde, algumas se deram em parceria ou contaram com o apoio das equipes de PST e da rede de serviços de saúde, como por exemplo as Campanhas, de âmbito nacional, promovidas pelo INST/CUT em torno da silicose, benzeno e LER (INST, 1992 a,b).

A produção do conhecimento, também foi implementada no período, alimentando o processo de constituição da área. Um indicador, dessa atuação é o aumento do número de Teses, Dissertações de Mestrado e Monografias de Conclusão de Cursos de Especialização sobre o tema, que tem sido objeto de um registro sistemático por MENDES & DIAS (1994). Em abril de 1993 foi realizado o Seminário "Pesquisa Saúde do Trabalhador", sob a coordenação da equipe da Coordenadoria de Vigilância Sanitária da Secretaria de Saúde Pública do Estado do Rio Grande do Norte, com o apoio da DITRA/SVS/MS. (RIO GRANDE DO NORTE/SSP, 1993).

A ênfase na preparação de recursos humanos especializados na área constitui um indicador do crescimento das atividades. Pode-se dizer que, em todo país,

multiplicaram-se os cursos e treinamentos a nível de especialização, aperfeiçoamento e atualização para pessoal de serviço, implementados através das Universidades (UFMG, UFRGS, UNICAMP, UNB, UFRGN) e do CESTEH/FIOCRUZ.

Além de apoiar e viabilizar inúmeras reuniões, o MS auxiliou financeiramente a realização de cursos e a criação de Centros de Estudo e Pesquisa em Saúde do Trabalhador, na UNB, a ABRASCO e Cursos de Aperfeiçoamento em Saúde do Trabalhador em Minas Gerais e Mato Grosso do Sul, o CISTRA em Roraima, Natal, Acre e Manaus, e visitas e assessoria técnica especializada a inúmeros Programas e Centros de Referência em Saúde do Trabalhador em implantação no país. (BRASIL/MS/SVS-DISAT, 1993)

Nessa linha de atuação, merece registro, o crescimento, ainda que discreto, do número de profissionais da área que tiveram acesso a programas de pós-graduação e qualificação profissional, no país e no exterior.

Entretanto, em que pesem as atividades desenvolvidas, a preparação de recursos humanos na área, pela sua importância estratégica, reconhecida unanimemente pelos Coordenadores de Serviços e Programas contactados, está a merecer tratamento especial, para que se possa conhecer melhor as necessidades, o perfil da clientela e o que tem sido realizado, tanto no que refere às inovações de conteúdo na programação, os aspectos metodológicos, permitindo seu apoio e ampliação.

No que se refere ao desenvolvimento dos Programas e Centros de Referência em Saúde do Trabalhador na rede de serviços de saúde, o quadro geral foi descrito anteriormente, a propósito dos resultados do Cadastro de Atividades de Saúde do Trabalhador, na rede pública de serviços de Saúde.

Entre as iniciativas surgidas nesse período, merece destaque a proposta elaborada para implantação da atenção à saúde dos trabalhadores na rede de serviços

do Distrito Federal, apresentada inicialmente, enquanto Monografia de conclusão do Curso de Atualização em Saúde do Trabalhador da UNB, por um grupo de alunos do curso, sob a orientação do Dr. Antonio Alves de Souza, em uma demonstração da articulação Universidade & Serviço. (OSÓRIO et al., 1992).

Em outras localidades, propostas que vinham sendo discutidas sob a forma de projetos preliminares foram institucionalizadas e começaram a ser implantadas, como por exemplo a Política de Saúde do Trabalhador para a cidade de Porto Alegre (PORTO ALEGRE/PREF. MUNICIPAL, 1992); o Programa Municipal de Saúde do Trabalhador de Maringá, (MARINGÁ/AMBULATÓRIO DE SAÚDE DO TRABALHADOR, 1994) e o Programa de Saúde do Trabalhador para o Estado do Paraná. (ARAÚJO et al., 1991; PARANÁ/SES/INSTITUTO DE SAÚDE, 1993).

Em Minas Gerais, as propostas de um Programa de Saúde do Trabalhador para o município de Belo Horizonte (LADEIRA, 1991; WERNECK & RESENDE, 1992; SANTOS FILHO, 1993; BELO HORIZONTE/ SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, s. d.) começaram a ser implementadas. Em Montes Claros, o Conselho Gestor de Saúde do Trabalhador, instituído enquanto uma Câmara Técnica do Conselho Municipal de Saúde, elaborou em um exercício participativo, um Plano Municipal de Saúde do Trabalhador. (MONTES CLAROS/SECRETARIA MUNICIPAL, 1994).

Na Bahia, a proposta de trabalho do CESAT foi estendida a outras regiões do Estado, através da instalação de Unidades de Saúde do Trabalhador (USAT) em Jacobina e Barreiras, na perspectiva de atender necessidades regionais, além do Programa de Atenção à Saúde do Trabalhador do Distrito Sanitário de Camaçari.

É interessante mencionar aqui o Informe produzido pelo Dr. Abelardo Elias Rahal sobre a situação e as perspectivas para a área da saúde dos trabalhadores no Brasil, fruto de uma Consultoria realizada através da OPAS/OMS, em 1992. Apesar de pouco

divulgado, deve ser conhecido, por representar um olhar alienígena da questão. (RAHAL, 1992).

Todo esse processo social vai convergindo na direção da II Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, convocada pela Portaria Nº 1.430 de 26/11/93, do Sr. Ministro da Saúde, como desdobramento da IX CNS, com a finalidade aprofundar a reflexão e o debate e propor diretrizes para a construção da Política de Saúde do Trabalhador.

O Tema-central da Conferência: *Construindo uma Política de Saúde do Trabalhador*, foi desdobrado nos subtemas: *Desenvolvimento, Meio Ambiente e Saúde; Cenário da Saúde do Trabalhador de 1986 a 1993 e Perspectivas e Estratégias de avanço na Construção da Política Nacional de Saúde do Trabalhador*, apresentados e debatidos sob a forma de conferências, painéis, mesas-redondas e trabalhos em grupo, culminando na realização da Plenária Final.

O público da Conferência foi constituído por 563 delegados, sendo 366 representantes de trabalhadores, 16 de empregadores, 171 do governo e 323 observadores, totalizando 886 participantes.

Uma etapa importante nesse processo foi a realização das Conferências municipais e regionais, em todo país, ensejando discussões setorializadas dos temas oficiais e a escolha dos delegados. Os relatórios dessas atividades foram consolidados e apresentados como subsídio para os trabalhos da Conferência (BRASIL/MS/CNST, 1994).

A fase preparatória da Conferência Nacional desenrolou-se em um período particularmente conturbado da vida nacional, mencionado ao se descrever o cenário, no início deste capítulo. Entre os fatores de aumento das tensões estava a perspectiva da Revisão Constitucional, prevista pela Constituição de 1988.

Entre os itens polêmicos em discussão, que se referem mais diretamente ao campo da Saúde do Trabalhador, estava no capítulo da Seguridade Social, a proposta da privatização do Seguro do Acidente do Trabalho. Diversos e divergentes posicionamentos foram colocados em discussão, como os de CAMPOS (1992); BALERA (1993); FADEL de VASCONCELLOS, BRANDÃO de OLIVEIRA & BARROS de OLIVEIRA (1993).

Como atividades preparatórias para a II Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, foram realizadas 5 Oficinas de Trabalho: "Saúde do Trabalhador no SUS: construindo a vigilância", em outubro de 1993, em Belo Horizonte; "Legislação em Saúde do Trabalhador", em Brasília, em janeiro de 1993; "Vigilância à saúde do trabalhador rural"; "Contrato Coletivo, Conflitos e Gestão dos riscos em Saúde e Trabalho" e "Financiamento das ações de Saúde do Trabalhador no SUS" realizadas em fevereiro de 1994, em Brasília. Os relatórios dos trabalhos foram reunidos em um Caderno e apresentados como subsídio às discussões na Conferência. (Brasil/MS, 1994)

Outra atividade que antecedeu a II CNST foi o Encontro sobre a **"A Saúde do Trabalhador na atual conjuntura sanitária brasileira"** realizado em dezembro de 1993, em Brasília, com o apoio da DSAT/MS e da SSST/MTb. Contou com a participação de profissionais vinculados às instituições de ensino e pesquisa, serviços de saúde, políticos e sindicalistas que apresentaram e discutiram teses e propostas para serem levadas à Conferência.

É interessante destacar a abrangência dos temas tratados na reunião, cobrindo um amplo espectro da questão da saúde dos trabalhadores na atualidade, entre outros, a integralidade na atenção à saúde dos trabalhadores (CAMPOS, 1993); a Saúde do Trabalhador na revisão Constitucional (BARROS de OLIVEIRA, 1993b); a Saúde do Trabalhador no Contrato Coletivo de Trabalho (BONCIANI, 1993; RIGOTTO, 1993); a Saúde do Trabalhador nos programas de Qualidade nas empresas (BRITO,

1993); as propostas da CUT, para as Conferências de Saúde do Trabalhador (CUT, 1993); a situação atual e as perspectivas da atenção à saúde dos trabalhadores no SUS (DIAS, 1993b; GUTIERREZ, 1993; REGO, 1993); a Previdência Social na perspectiva do neoliberalismo (FALEIROS, 1993); aspectos da vigilância em Saúde do Trabalhador (MACHADO & BARCELLOS, 1993; CARNEIRO, 1993) e aspectos éticos e perspectivas da questão da saúde dos trabalhadores (TAMBELLINI, 1993). Estes documentos foram encaminhados como subsídio para as discussões da II CNST.

A Comissão Organizadora da Conferência solicitou a alguns profissionais e aos participantes das Mesas e Painéis o envio dos documentos escritos para servir de base para as discussões. Entre os textos divulgados, estão o de WÜNSCH FILHO, SETTIMI & CARMO, 1992, no qual os autores se posicionam sobre a questão da vigilância em saúde dos trabalhadores; o de MONTEIRO, (1994), abordando aspectos legais da Saúde do Trabalhador; o texto preparado por RIBEIRO, (1994), abordando aspectos da Política Nacional de Saúde do Trabalhador; e o documento de LACAZ, (1994) no qual o autor faz uma retrospectiva da Saúde do Trabalhador no período compreendido entre as duas Conferências, entre 1986 e 1994.

O desenrolar da II CNST refletiu o momento de incerteza, as indefinições e os conflitos, presentes na sociedade brasileira, que têm no âmbito da Saúde uma expressão particular e o Relatório Final, ainda em uma versão preliminar, expressa-o bem.

Na Plenária Final, realizada em 16 de março, com quase dez horas de duração, alguns pontos foram objeto de grande polêmica, entre eles a questão da coordenação das ações de saúde dos trabalhadores no âmbito das instituições públicas.

Vários fatores da conjuntura política imediata contribuíram para que a discussão que vinha se fazendo de modo subterrâneo e desorganizado se transformasse em um dos momentos de maior tensão da Conferência: o conflito das atribuições, das concepções de mundo, particularmente de trabalhador, de finalidade e compromisso

do Estado, de instrumental de intervenção, da natureza e direcionamento das ações, de cultura institucional, particularmente entre as esferas da Saúde e do Trabalho, que se referem à Saúde dos Trabalhadores. A votação das propostas apresentadas referendou o texto legal, ou seja a responsabilidade centralizada do setor Saúde.

De acordo com o Relatório Final da II CNST *a construção e consolidação do SUS deve contemplar a totalidade das ações de saúde dos trabalhadores, propondo que seja constituída uma Comissão composta por representantes dos Ministérios do Trabalho, Saúde e Previdência, das Centrais Sindicais e do CONASS e CONASEMS, a qual deverá ser dado um prazo de um ano para concluir as ações operacionais, durante o qual as ações deverão ser desenvolvidas sob a coordenação do SUS, integrando os diversos órgãos nas esferas municipais, estaduais e federal.* (BRASIL/MINISTÉRIO DA SAÚDE-IICNST, 1994).

A realização da II CNST encerra o período considerado como o terceiro momento na construção da atenção à saúde dos trabalhadores no Sistema de Saúde.

A constatação da existência de iniciativas de atenção à saúde dos trabalhadores, sob a denominação de Serviços, Programas e Centros de Referência em Saúde do Trabalhador, disseminadas na rede de serviços, em todas as unidades da Federação, ainda que numericamente insignificantes, marginais, instáveis, na periferia do Sistema de Saúde, sugere que além da institucionalização a partir da Constituição Federal de 1988 e da LOS, de 1990, começa a se instituir **de fato**, a atenção à saúde dos trabalhadores, na rede de serviços de saúde.

5.3.4 O quarto momento: o devir, ou as possibilidades

A tentativa de registrar o processo de construção da atenção à saúde dos trabalhadores no SUS foi colocada ao início deste estudo como uma contribuição para

sua *memória*, não como um apego ao passado, mas enquanto um exercício prospectivo de construção.

A se cumprirem as tendências que se esboçam em um plano mais macro da sociedade ocidental, na qual o Brasil está incluído, parece que se caminha, a curto prazo, para a adoção de modelos de atenção em saúde e num sentido mais amplo de seguridade social, conseqüentes ou orientados pela proposta neo-liberal.

Mas, além dessa tendência forte e indiscutível, o que mais acontece? Por que as iniciativas e tentativas de inserir um cuidado diferenciado à atenção à saúde dos trabalhadores nos serviços de saúde, na rede pública de serviços de saúde persistem periféricas, marginais, pontuais?

Indiscutivelmente algumas mudanças, além de muito trabalho e estudo serão necessários para adaptar a proposta ao mundo real dos novos tempos que se transformam em alta velocidade, acirrando os contrastes. Mas isto não significa mudá-la na sua essência, ou nos seus pressupostos básicos.

Na direção do prosseguimento e aperfeiçoamento desse processo e reconhecendo a complexidade do tema, é que se buscará estabelecer as características da prática da atenção à saúde dos trabalhadores na perspectiva da Saúde do Trabalhador e identificar pontos comuns na sua organização, que possam contribuir para a construção de um modelo assistencial.

Se o Devir está em aberto, esta é uma contribuição para sua construção, em nosso país, na direção da Saúde do Trabalhador.

6. UMA TENTATIVA DE ANÁLISE: Afinal, que tesouro é esse?

Encontrado o tesouro, fica o desafio de entendê-lo ou de pelo menos tentar caracterizá-lo melhor, no sentido de contribuir para o prosseguimento da caminhada da Saúde do Trabalhador.

Que novidades traz, o que tem sido acrescentado de *novo* pelos Programas, Serviços, Centros de Referência denominados de Saúde do Trabalhador, na atenção às necessidades de saúde dos trabalhadores? Se faz, como faz ou contempla o adoecer e morrer diferenciado ou *específico* dos trabalhadores, decorrentes de sua inserção particular no processo produtivo?

Neste ponto é interessante retomar a hipótese que norteou a realização deste trabalho: **a atenção à saúde dos trabalhadores vem se instituindo na rede pública de serviços de saúde - SUS, em um processo multiforme, conformando uma prática de saúde ou prática sanitária particular, sujeita às contradições próprias do campo das relações saúde & trabalho e à crise do setor saúde na atualidade.**

É importante destacar, de início, a distinção que se faz entre a instituição e a institucionalização dessa prática.

A institucionalização se deu, nesse processo, através da Lei Orgânica da Saúde Nº 8.080/90, que incluiu entre as atribuições do SUS, a atenção integral a saúde dos trabalhadores. Já o processo de institucionalização é mais complexo, envolve aspectos e dimensões ainda pouco claros, que necessitam ser melhor estudados. Porém ao se observar a trajetória dos Programas e Serviços de Saúde do Trabalhador, sua distribuição geográfica por todo país, ainda que com as dificuldades e vulnerabilidades apontadas anteriormente, é possível identificar evidências de que vem se instituindo na rede pública de serviços de saúde, SUS, no Brasil, uma prática de saúde

diferenciada, que tenta contemplar a especificidade do adoecer e morrer dos trabalhadores, decorrente de sua inserção particular no processo produtivo.

No cotidiano dos Programas e Serviços de Saúde do Trabalhador está sendo construída uma prática que busca desvendar os determinantes do processo saúde-doença e estabelecer o nexo trabalho & saúde, que podem resultar tanto de necessidades sentidas de saúde ou de problemas de saúde definidos pelos diversos atores sociais, incluindo os profissionais dos serviços de saúde.

Assim, essa prática ultrapassa a dimensão biológica e alcança a estrutura social nas esferas da produção e do consumo, das representações elaboradas nas relações entre indivíduos e classes sociais, passam da atuação de evitar a morte e prolongar a vida para vigiar, intervir e controlar fatores, áreas, grupos, situações e condições de risco, buscando mais qualidade de vida.

Ainda que se reconheça a marginalidade dessa prática nos serviços de saúde, pois é, numericamente pouco significativa, tanto em termos da população atendida, quanto no que se refere aos parâmetros tradicionais utilizados para medir o desempenho de um serviço de saúde, não se pode negar: ela existe!

Por outro lado, ao se focar o quadro da (des)assistência dos trabalhadores, mesmo aquela restrita ao atendimento dos acidentados do trabalho típicos, e percorrer a *via crucis* do trabalhador, ainda que segurado pela Previdência Social, chega-se ao outro extremo e à conclusão: não existe! Ou, se existe, não faz a mínima diferença.

Porém, ao se perceber a rede de relações que se contrói entre os Serviços, Programas e Centros de Referência em Saúde do Trabalhador e o movimento social, particularmente o movimento de trabalhadores, sua contribuição para a mudança das práticas sindicais, as conquistas que lentamente vêm sendo incorporadas nos acordos coletivos de trabalho e na legislação, em direção da saúde dos trabalhadores, o

impacto sobre as estatísticas oficiais da ocorrência das doenças profissionais, o desvelamento da situação das doenças relacionadas ao trabalho, ainda que muito subestimadas, ou na forma de alguns setores do empresariado lidar com a questão saúde, é possível concluir: existe!

Com certeza, não na medida das necessidades dos trabalhadores, ou do desejo daqueles que se empenham nesta mudança, mas, ainda assim, constituindo uma *nova* prática de saúde.

Nesse ponto, talvez seja interessante tentar resgatar algumas das características dessa prática que se pretende inovadora.

Sem afirmações taxativas ou dogmáticas, mas apenas tentando sistematizar os achados e as observações realizadas, com vistas a contribuir para a evolução do processo e levantar pontos para discussão e investigações futuras, podem ser apontadas como características das ações desenvolvidas pelos Programas de Saúde do Trabalhador: a complexidade, a diversidade, sua natureza contraditória, conflituosa, imprevisível, exigindo uma abordagem transdisciplinar, interinstitucional, que considera o trabalhador sujeito-parceiro das ações de saúde.

A **complexidade** da atenção à saúde dos trabalhadores pode ser enfocada em seus aspectos quantitativos e qualitativos. Quanto ao **aspecto quantitativo**, ao se tomar como referência a situação brasileira, destaca-se a população que deve ser atendida em suas necessidades de saúde ou quem são os trabalhadores?

Tradicionalmente, apenas os trabalhadores inseridos no setor formal de trabalho, registrados, com *carteira assinada* tinham direito a um atendimento diferenciado, através da Previdência Social. Com a proposta da universalização do atendimento através do SUS, todos os trabalhadores passaram a ter, pelo menos perante a Lei, direitos iguais.

É importante notar que isto significa, no Brasil, lidar com números tão distintos, quanto 64 milhões de trabalhadores, que integram a População Economicamente Ativa (PEA), segundo os dados fornecidos pela Pesquisa Nacional por Amostra Domiciliar (PNAD), para 1990, ou uma população de cerca de 23 milhões, constituída pelos trabalhadores empregados com carteira profissional, contribuintes para a Previdência Social, no mesmo ano.

É fácil identificar os desdobramentos dos distintos enfoques para o planejamento e implementação dos serviços de saúde!

Por trás dos números ou dos denominadores, está uma diferença radical de valores e de conceitos. Propor a atenção à saúde para todos os trabalhadores, pressupõe uma visão de saúde enquanto direito de cidadania. Cuidar apenas de uma parcela dos trabalhadores, aqueles diretamente envolvidos no setor formal de produção, significa atribuir-lhes um valor diferenciado enquanto força de trabalho e ter a saúde apenas enquanto um fator de produção ou uma questão de relações de trabalho.

Quanto ao **aspecto qualitativo**, a situação não é menos complexa. Na realidade multiforme do país, pensar a atenção à saúde dos trabalhadores significa contemplar inserções distintas em processos de trabalho muito diferentes, inclusive dentro de um mesmo ramo de atividade. É comum encontrar dentro de uma mesma empresa processos de trabalho artesanais, mecanizados e robotizados, métodos de organização *tayloristas*, *fordistas* e flexíveis convivendo, cada um deles apresentando impactos diferenciados sobre a saúde dos trabalhadores.

A essa simultaneidade, soma-se a dinamicidade das mudanças nos processos produtivos, particularmente acelerada em alguns setores, como na indústria química, com as milhares de substâncias sintetizadas a cada ano, ou no setor de serviços, onde novas formas de organizar ou gerir o trabalho, expõem os trabalhadores a riscos

pouco ou nada conhecidos em seus efeitos sobre a saúde humana e o meio ambiente.

Outro ponto importante aparece ao se considerar a atenção à saúde dos trabalhadores pelo Sistema de Saúde como um processo social de mudança das práticas sanitárias, que apresenta dimensões técnicas, políticas e ideológicas (PAIM, 1993). A ingenuidade de ignorar ou desqualificar estas dimensões pode colocar em risco toda a proposta.

A **dimensão técnica**, pressupõe a **competência** para a utilização dos conhecimentos e tecnologias disponíveis, os mais adequados, eficazes e coerentes com as necessidades e os objetivos definidos, na busca da **resolutividade**, entendida como a capacidade do Serviço (ou do Sistema) de dar respostas eficazes aos problemas, assegurando a credibilidade dos trabalhadores.

A **dimensão política** transforma o serviço de saúde em um micro espaço de luta política, entre os interesses e projetos dos distintos atores sociais, que procuram construir a viabilidade de seu projeto.

A **dimensão ideológica**, implica no embate das idéias e saberes e de valores culturais que conformam um determinado paradigma assistencial.

Considerar os trabalhadores, enquanto sujeitos-parceiros das ações de saúde significa considerá-los capazes de contribuir, com seu conhecimento, para o avanço da compreensão do impacto do trabalho sobre o processo saúde-doença e de intervir politicamente para transformar esta realidade. Esta concepção transportada para a prática dos serviços de saúde implica em uma profunda mudança cultural, que necessita ser melhor conhecida para que sejam aproveitadas suas potencialidades e superados os riscos de um reducionismo ou mesmo de retrocessos.

Nesse sentido, é importante lembrar que os trabalhadores não são um grupo homogêneo, uma vez que os distintos modos de inserção no processo produtivo e na vida social determinam diferentes graus de consciência sanitária e se refletem nas formas de luta que empreendem por melhores condições de vida e de trabalho.

A clareza dessa diferença define o papel dos serviços de saúde no trato dos problemas de saúde do trabalhador, contribuindo para superar um dilema que muitas vezes tem imobilizado os profissionais acerca do procedimento mais adequado: provocar ou iniciar uma atividade ou aguardar que os trabalhadores demandem o serviço para iniciá-la?

Ao considerar essa heterogeneidade fica mais fácil decidir que em alguns casos, particularmente ao se tratar de trabalhadores de elevado nível de consciência e organização, o Serviço pode aguardar pela demanda, mas em outros, tem que adotar uma atitude pró-ativa, mobilizadora, para que o processo deslanche ou avance.

A **integralidade** das ações de saúde, na perspectiva da Saúde do Trabalhador, ultrapassa a visão tradicional de compatibilização ou conciliação das atividades preventivas de promoção e proteção da saúde e curativas de recuperação e reabilitação da saúde, a nível individual e coletivo. Além destes aspectos, sem dúvida importantes e inovadores diante da lógica da organização da assistência vigente, busca-se integrar outras dimensões consideradas, por vezes, inconciliáveis entre si, como por exemplo, entre o biológico & o social; o técnico & o político.

Como consequência a organização da assistência deve conciliar o atendimento da demanda, dos acidentados do trabalho e dos trabalhadores doentes, as urgências, com as intervenções orientadas pelo critério epidemiológico, visando maior impacto do Serviço sobre as condições de saúde da população assistida, o que confere a atenção à saúde dos trabalhadores aspectos contraditórios e conflituosos, porém uma indiscutível riqueza de possibilidades.

Outra característica interessante é a **imprevisibilidade** do processo iniciado a partir de um diagnóstico de uma doença do trabalho, quanto às suas repercussões para o próprio trabalhador, o coletivo de trabalhadores, o empregador, os profissionais dos serviços, a Previdência Social.

A experiência dos Programas/Serviços de Saúde do Trabalhador registra situações interessantes quanto aos desdobramentos e conflitos decorrentes do nexo de uma doença com o trabalho, cujo manejo tem se constituído em um aprendizado, e constitui um fator de resistência à sua implantação ou continuidade por parte de setores mais conservadores dos serviços e a nível patronal.

Tão importante quanto a atuação interinstitucional na atenção à saúde dos trabalhadores é a **abordagem transdisciplinar** da questão. A natureza do objeto de trabalho - o processo saúde doença dos grupos humanos em sua relação com o trabalho - pela sua complexidade exige, para sua apreensão e intervenção, instrumentos e estratégias de abordagem distintos dos tradicionais.

A criação destes instrumentos, na perspectiva da transdisciplinaridade, tem ocupado os profissionais de saúde vinculados aos Programas e Serviços de Saúde do Trabalhador, ainda que de modo assistemático, intuitivo, necessitando ser melhor elaborado.

Na **abordagem transdisciplinar**, os saberes e instrumentos desenvolvidos ao longo do tempo pelas diversas áreas do conhecimento devem passar por um processo de re-elaboração, constituindo um *novo saber* e *novos instrumentos*, distintos daqueles que lhe deram origem. Tenta-se, de certa forma, superar o enfoque da multidisciplinaridade, que apenas coloca junto olhando e intervindo sobre o mesmo objeto, os saberes e instrumentos, resultando em uma visão fragmentada em que o cerne ou a essência não são apreendidos; ou aquele buscado pela

interdisciplinaridade, no qual o objeto ou o problema é dissecado, ou segmentado por múltiplas abordagens, setorizadas, resultando em uma visão e intervenção parcializada apenas justaposta.

Ao acompanhar o processo de construção da área da Saúde do Trabalhador é possível observar o desvelamento da natureza histórica e social dos problemas de saúde dos trabalhadores, que as práticas tradicionais dos serviços de saúde, da Medicina do Trabalho e da Saúde Ocupacional não conseguem apreender, que exigem a redefinição de conceitos e metodologias de estudo e novas formas de organizar a assistência, em níveis coletivos.

Sumarizando, é possível dizer que, ainda de modo incipiente, os Programas de Saúde do Trabalhador têm estabelecido como objeto de trabalho, necessidades sociais identificadas ou reconhecidas como problemas de saúde, propondo-se a participar de sua solução ou encaminhamento.

Quanto aos instrumentos de trabalho, utiliza saberes, técnicas, instrumentos e equipamentos para a compreensão e a intervenção sobre os problemas, originados de diferentes áreas do conhecimento, reciclados e colocados a serviços de abordagens e intervenções sobre a realidade, alinhadas com os interesses dos trabalhadores.

Assim, a medicina do trabalho, a saúde ocupacional, a clínica médica, a saúde pública e a saúde coletiva e outras áreas do conhecimento, como por exemplo, a toxicologia, a higiene, a ergonomia; das ciências sociais, a sociologia, a antropologia, as ciências políticas, a economia e a administração; das ciências exatas, a engenharia, a informática têm contribuído com suas teorias, instrumentos e metodologias, exigindo dos profissionais dos serviços, uma dose suplementar de entusiasmo, criatividade e disponibilidade para encontrar alternativas e superar as dificuldades.

Quanto à segunda parte do enunciado: ... **sujeita às contradições próprias do campo das relações saúde & trabalho e à crise do setor saúde na atualidade**, pode-se dizer que, de um certo modo, as mesmas *evidências* anteriormente apresentadas sustentam sua comprovação.

As contradições no campo das relações saúde & trabalho são intrínsecas ao conflito Capital x Trabalho e foram enunciadas ao se abordar os marcos referenciais que sustentam este exercício. Podem ser identificadas ou evidenciadas a partir da emergência da área temática Saúde do Trabalhador, no processo contínuo de rupturas e superação, que passa pela Medicina do Trabalho, pela Saúde Ocupacional, pela tentativa de construção de uma prática de saúde integradora da atenção do indivíduo & do coletivo, da abordagem do biológica & do social; da dimensão técnica & da socio-política, voltada para todos os trabalhadores e não apenas para aqueles considerados mais importantes ou mais valiosos em determinada sociedade.

Essa prática de saúde, que decorre de uma Política de Saúde proposta e executada pelo Estado, traz embutida no seu interior, as ambigüidades e contradições presentes no próprio Estado.

Na sua origem, estão presentes distintas formas de entender a questão da saúde dos trabalhadores, que podem ser resumidas, por um lado, na visão da Saúde enquanto Direito de cidadania e um Bem Social a ser preservado e provido pelo Estado, para todos os trabalhadores-cidadãos. De outro, aparece reduzida a um simples fator de produção, sendo dessa forma valorizado e tratado de modo diferenciado: cuida-se e protege-se os mais importantes ou considerados produtivos e marginaliza-se os demais.

Outro aspecto que confere uma particularidade à atenção à saúde dos trabalhadores no setor saúde diz respeito à crise pela qual passa o setor saúde na atualidade. Procurou-se demonstrá-la, tanto nos seus aspectos mais gerais, referentes

à forma como são concebidas e organizadas as ações de saúde colocadas à disposição da população conformando o modelo assistencial hegemônico, quanto os aspectos que traduzem ou espelham as dificuldades e carências presentes no cotidiano dos serviços de saúde, do qual a *via crucis* do trabalhador é um retrato fiel.

A crise no setor saúde é agravada pelas condições de vida no país, que transformam a demanda por serviços de saúde em situações dramáticas que requerem uma intervenção rápida, ou "tudo é urgência" (SCHRAIBER, 1990), pressionando os serviços e interferindo no planejamento e programação das ações.

Os Serviços e Programas de Saúde do Trabalhador, por sua situação de marginalidade, absorvem este impacto de vários modos.

Constitui uma observação freqüente nas histórias dos Serviços, a necessidade de um certo tempo até que estes comecem a receber uma demanda significativa de trabalhadores em busca de atendimento. O Ambulatório de Doenças Profissionais do Hospital da Clínicas da UFMG, por exemplo, nos seus primeiros seis meses de atendimento recebeu apenas nove pacientes. Representa uma dificuldade adicional, uma vez que, geralmente as equipes fazem um grande esforço para implantar os Programas, vencem dificuldades de natureza diversa e quando efetivamente começam a funcionar e os pacientes não aparecem, isto provoca uma frustração para a equipe e problemas e cobranças nas relações dentro das instituições.

Por outro lado, vencida a primeira fase, a demanda pelo serviço começa a crescer muito acima da sua capacidade de absorção. Este momento também é assustador, uma vez que a partir daí coloca-se clara a necessidade de uma rede hierarquizada de serviços.

A marginalidade dos Programas de Saúde do Trabalhador resulta no paradoxo da possibilidade de que, livres da pressão da demanda, podem se dar ao luxo de exercitar

um modelo de organização da atenção em bases epidemiológicas, o que confere outra qualidade ao trabalho desenvolvido.

Assim, aspectos que aparentemente desqualificariam os Serviços, fazendo com que viessem a ser rotulados de ineficazes ou inexistentes, permitem, por outro lado, desenvolver uma intervenção distinta da modalidade assistencial orgânica ao complexo médico-industrial.

Em que pese estes e outros possíveis avanços que podem ser identificados nas práticas dos Serviços e Programas de Saúde do Trabalhador, não se está minimizando as dificuldades encontradas solucionar questões básicas e conflitos, ainda não resolvidos, como a baixa cobertura x universalização; a discriminação x equidade; a assistência x vigilância e integralidade; o descompromisso e o desrespeito para com os trabalhadores (muitas vezes o paciente-trabalhador que traz seu problema e inicia o reconhecimento de um **problema** permanece esquecido ou desassistido, em decorrência do desvio das atenções para os outros aspectos da questão); a confusão que muitas vezes se estabelece com a militância político-partidária dos profissionais de saúde, além de outras dificuldades mencionadas a propósito da caracterização da área da Saúde do Trabalhador.

Estes aspectos quer recebam uma valorização positiva ou negativa, dependendo de quem faz o julgamento, são parte do mesmo processo, faces da mesma moeda e assim devem ser considerados, identificados e melhor conhecidos para permitir o avanço.

O esforço teórico e prático que tem sustentado o trabalho está contido em uma luta política e cultural, entre concepções e saberes, visões de mundo, apropriação e uso de tecnologias, para que e para quem?, de organização do trabalho em bases tecno-burocráticas, racionalizadas, autoritárias ou democráticas, de exercício de poder individual e de grupos, que fazem parte indissociável da vida, mas que precisam ser

conhecidas e transformadas, se a pretensão é avançar rumo a uma outra forma de organização social e da saúde.

Finalizando, é possível dizer que, no processo de construção da atenção à saúde dos trabalhadores no SUS, a II Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, particularmente a decisão da Plenária Final da Conferência definiu ou referendou um Norte, uma direção. Permanece, agora, a responsabilidade de continuar buscando alternativas que a viabilize, de preservar os avanços e conquistas e aperfeiçoar o processo.

À primeira vista este é um momento de impasse neste trabalho. Por um lado, procurou-se apresentar ou descrever uma realidade percebida que parece apontar para uma situação onde, como nas estórias infantis (já que se falou em encontrar um tesouro), em que uma idéia surge, toma corpo, transforma-se em proposta, é divulgada, ganha adeptos e adesões no movimento social, instala-se e transforma-se em norma.

Por outro lado, ao se descrever, ainda que superficialmente, o quadro de desassistência e as dificuldades dos trabalhadores, mesmo os *privilegiados*, inseridos no setor formal e com uma situação trabalhista regularizada, contribuintes e segurados pela Previdência Social, para terem atendidas suas necessidades de saúde decorrentes de sua inserção particular nos processos de trabalho, estabelece-se a contradição e cabe perguntar: E daí, é possível?

Este trabalho não se propunha a ter respostas para esta questão. Seu limite estava colocado na proposta de procurar conhecer um pouco melhor da realidade das práticas sociais que estão sendo construídas sob a denominação de Saúde do Trabalhador.

Deixa, assim, para reflexão quatro outras questões:

- . Diante do quadro atual, é possível considerar que a saúde dos trabalhadores constitui um "problema de saúde pública" e como tal deve ser tratada?
- . Na esfera de governo, cabe ao setor saúde a responsabilidade de prestar atenção integral e com equidade aos trabalhadores, atendendo aos princípios da **Universalidade, Integralidade, Descentralização e com Participação dos trabalhadores?**
- . Os Programas de Saúde do Trabalhador na rede pública de serviços de saúde, apesar de todas as suas limitações, ensejaram a construção de práticas sanitárias inovadoras, que integram o preventivo e o curativo, e contemplam as dimensões do biológico e do sócio-político do processo saúde-doença?
- . Onde foi possível "fazer acontecer" a atenção à saúde do trabalhador no SUS, houve mudança no trato das questões de saúde relacionadas ao trabalho pelos atores sociais envolvidos: empregadores, trabalhadores, órgãos de governo?

Se as respostas a todos ou a alguns desses quesitos são afirmativas, por que, então o desânimo, o incômodo, a decepção ou o sentimento de derrota? Será que não estamos muito apressados ou desanimado antes do tempo?

Como ingredientes ou insumos para a tarefa de avaliar o caminho percorrido e redefinir ou corrigir os rumos, poderiam ser pontuados alguns elementos a serem considerados ao se pensar a atenção à saúde dos trabalhadores no, ou pelo Sistema de Saúde, particularmente a nível local ou regional, dentro da proposta de municipalização das ações, que ficam como sugestão de temas a serem melhor estudados:

- . A valorização da atuação a nível micropontual, dentro da linha de se "pensar globalmente e agir localmente", respeitando as especificidades locais, na perspectiva da diversidade de caminhos e alternativas;

- . A necessidade de se partir do mais urgente, de dar respostas mínimas, porém eficazes para os problemas mais graves ou os que atingem um maior número de trabalhadores;
- . A importância de se partir de possibilidades reais - o sistema de saúde que está aí e não o que se idealiza - este é o que se quer construir;
- . O reconhecimento e redimensionamento do papel do Estado e portanto dos órgãos de governo, no planejamento e execução das ações de forma não competitiva, articuladas, em rede;
- . A clareza quanto aos elementos favorecedores ou da atenção à saúde dos trabalhadores presentes, de fato, ou potencialmente no sistema de saúde, destacando-se, entre eles:
 - . o caráter instituinte da atenção à saúde dos trabalhadores conformando "novas" práticas sanitárias caracterizadas pela diversidade, integralidade, transdisciplinaridade e atuação interinstitucional;
 - . a capacidade de "palpar", de perceber a concretude das relações Capital/Trabalho no que ela tem de lesivo ou danoso à saúde e portanto à vida dos trabalhadores, que, enseja a possibilidade de construir práticas mais democráticas, comprometidas com a justiça social, em sintonia com a evolução dos processos produtivos;
 - . a característica do setor saúde, de ser um espaço social de resposta à dor e ao sofrimento dos trabalhadores e de enfrentamento e mudança, abrangendo toda a força de trabalho e não apenas frações dela, mais "valiosas" ou organizadas;
 - . a "capilaridade" do sistema de saúde, que representa, talvez, a maior vantagem e portanto o maior compromisso do sistema de saúde em relação à atenção a saúde dos trabalhadores. Apesar do sucateamento e da ineficiência da rede de serviços de saúde, ela existe, distribuída espacialmente, incorpora tecnologia avançada, é um bem público sendo uma irresponsabilidade desconsiderá-la ou jogá-la fora ou "jogá-lo pela janela";

- . as conquistas já realizadas: - a saúde inscrita na Constituição Federal como um direito de cidadania, com um conceito abrangente e a saúde dos trabalhadores incluída entre as atribuições do SUS, frutos de muita luta e mobilização social;
- . a possibilidade da expressão concreta da solidariedade dos trabalhadores da saúde, dos profissionais de saúde para com o conjunto dos trabalhadores;
- . o potencial de desenvolvimento de processos educativos e de difusão de informação, numa perspectiva libertadora e geradora de mudanças das condições de vida e saúde dos trabalhadores;
- . a presença ou exercício, ainda que incipiente, do controle social, através dos Conselhos Gestores de Saúde do Trabalhador, Câmaras Técnicas dos Conselhos de Saúde ou fóruns similares.

Estes são alguns pontos que a observação realizada permite apontar como contribuição à construção da identidade da atenção à saúde dos trabalhadores, na perspectiva da Saúde do Trabalhador, no setor saúde.

Talvez ainda seja cedo para se falar de um tesouro. Talvez, seja mais adequado considerar esta apenas mais uma etapa da caminhada em que paramos para avaliar o trecho percorrido, avaliar as possibilidades, reabastecer as forças e as provisões para prosseguir. E desde que sabemos bem onde queremos chegar, ficam valendo os versos do poeta:

"caminheiro, não existe caminho,
o caminho se faz ao caminhar."
(Antonio Machado)

7. COMENTÁRIOS FINAIS À GUIA DE CONCLUSÃO

É impossível, se não contraditório falar em conclusão, após as colocações feitas a propósito do Devir. Entretanto, seguindo a tradição dos roteiros de um *trabalho científico*, aproveita-se a oportunidade para tecer algumas considerações sobre o que foi possível aprender.

Como primeiro ponto, pode ser destacada a percepção de que, apesar da importância do marco teórico fornecido pelo *modelo da determinação social do processo saúde-doença* para a constituição da área da Saúde do Trabalhador, não é possível desconhecer a influência recebida da Clínica, da Medicina do Trabalho, da Saúde Ocupacional, da Saúde Pública, e mais recentemente do enfoque ambientalista.

E, se não se pode afirmar, ainda, que existe um *novo paradigma* para a atenção à saúde, distinto dos anteriores, pode-se dizer, concordando com PAIM, (1993), que as práticas de atenção à saúde dos trabalhadores que vêm sendo gestadas nos Serviços e Programas de Saúde do Trabalhador têm estimulado a produção de um conhecimento *novo* e de tecnologias de abordagens, que articulados a nível das instituições de saúde *propiciam um conjunto de saberes que dá suporte às práticas de distintas categorias e setores sociais ante as questões da saúde/doença e da organização da assistência, com efeitos relevantes na implementação de políticas de saúde.*

Conhecer melhor esse processo significa conquistar a liberdade que permite a criatividade para construir, aperfeiçoar e dar coerência e consistência interna à proposta. Tentar aprisioná-la na *camisa de força* de um determinado marco teórico, significa tentar detê-lo, atrasá-lo, empobrecê-lo e de um certo modo, "fazer o jogo" daqueles que apostam em sua inviabilidade.

Outro aspecto importante é que, apesar da *novidade* da proposta da atenção à saúde dos trabalhadores no Sistema de Saúde, é possível (pre)ver que a delimitação colocada pela área de Saúde do Trabalhador é algo que se justifica por um período, que vem cumprir um papel em um dado momento, contribuir para definir ou conformar um tipo de prática em saúde, com as características inovadoras descritas, mas que ao cumprir integralmente seu papel, será absorvida na atenção à saúde da população.

Esta é uma (ante)visão, com certeza assustadora, particularmente, para aqueles que despertam para a importância ou a necessidade de se criar ou estabelecer uma alternativa de cuidado diferenciado para os trabalhadores no âmbito do Sistema de Saúde, que contemple as especificidades assinaladas anteriormente.

Entretanto, num exercício da natureza deste, não se pode deixar de apontá-la, na medida que, conforme mencionado ao recortar o objeto de trabalho, é cada vez mais difícil falar de um "mundo do trabalho", que pertence à esfera da produção e um mundo fora do trabalho. O mundo é um só e os trabalhadores existem, neste mundo, transformando e sendo transformados por ele, com um "modo de viver" determinado historicamente, definido socialmente e diferenciado em classes sociais, que se expressa no seu adoecer e morrer.

Nesta perspectiva, perde o sentido separar a atenção à saúde dos trabalhadores daquela oferecida ao conjunto da população. Isto só se justifica, neste momento, na crença de que tal procedimento constitui uma etapa de um processo de geração ou de produção de um modo de **entender e de fazer ações de saúde**, numa perspectiva inovadora e com capacidade de resposta mais adequada às essas necessidades.

Caberia agora perguntar em que medida isto é verdade? Em que medida é conscientemente assumido pelos Serviços/Centros de Referência em Saúde do Trabalhador?

E responder que os limites do trabalho aqui exposto não permitem avançar mais nem responder à pergunta, que fica como uma provocação e um estímulo para o prosseguimento das discussões.

Vivemos tempos de mudanças.

Mudança de paradigmas, de valores, de passagem da sociedade industrial para a pós-industrial, da civilização do trabalho para a do não-trabalho. Mudanças drásticas na forma de produzir determinadas pelas novas tecnologias e novas relações de trabalho, que implicam em novos riscos para a saúde, sem que os antigos tenha sido eliminados.

Tempos de guerra - uma guerra diferente menos explícita, mas não menos violenta, de "apartheid" social, em que o genocídio se faz presente de múltiplas formas.

E as dimensões e as diferenças regionais no Brasil tornam este quadro ainda mais dramático, mais complexo!

O convite/desafio é para se tirar partido do caos, da crise e nela se encontrar as forças para prosseguir, avançando, sem mágicas, ou truques.

A experiência acumulada pelos homens e registrada na história ensina que guerras são vencidas, especialmente as guerras entre adversários muito desiguais, com paciência, determinação, astúcia, esperança, solidariedade, alianças e o heroísmo anônimo dos pequenos atos, que gestam o amanhã.

Para isto é necessário conhecer e valorizar a própria força, e usá-la de forma suave, mas determinada. O equilíbrio e a paciência contra a força bruta, como ensina

o Tai Chi. A suavidade contra a dureza, o movimento como defesa, a criatividade e a alegria alimentando a convivência com a incerteza.

É necessário, também, ter também a consciência dos limites: não se pretende fazer a Revolução pela Saúde, apenas contribuir para que o trabalho não seja causa de sofrimento, dor ou morte, mas, de fato, meio de vida e de realização, de construção de uma sociedade justa e fraterna.

E o ponto de partida é a ousadia do sonho, da crença na possibilidade e na responsabilidade, no compromisso social e ético do setor saúde, hoje o SUS, para com o resgate ou a construção da cidadania, de inclusão dos excluídos, a partir de uma ação que se quer universal e com equidade, sobre um bem essencial que é a saúde. Lembrando que, por essa forma de ver o processo, na medida que a área da Saúde do Trabalhador se institui e institucionaliza-se, mais se aproxima de sua diluição, ou da fusão com outras áreas maiores, tanto no plano conceitual, quanto no operacional, a nível dos serviços ou da atenção à saúde, mas paradoxalmente, mais fica reforçada naquilo que constitui sua *especificidade* ou sua *identidade*.

Entender este duplo movimento, através do estudo, da investigação, da reflexão e do debate é de fundamental importância pois, permite uma inserção consciente no processo e evita que não se incorra em raciocínios e conclusões apressadas, ou conflitos desnecessários, que podem levar ao desânimo diante de aparentes fracassos e inconsistências.

Finalizando, como resposta à pergunta inicialmente formulada: a atenção à saúde dos trabalhadores no SUS é uma realidade, uma fantasia ou uma utopia? vale a pena lembrar de uma passagem da história do povo hebreu, registrada no Livro de Números, 13,14 que se aplica à situação.

Libertados da escravidão e opressão a que estavam submetidos no Egito e acreditando na promessa de encontrar uma terra onde pudessem viver bem, *onde correria leite e mel*, segundo a linguagem figurada da Bíblia, os judeus venceram inúmeras dificuldades na jornada pelo deserto, sustentados pela esperança e pela crença.

Cerca de dois meses após o início da caminhada, já se encontravam nas proximidades da terra que lhes havia sido prometida. Assim, enviaram alguns homens em uma expedição exploratória, para verificar as condições do local e as possibilidades de virem efetivamente, a ocupá-la.

Ao retornar da exploração, os espias fizeram seus relatos que, unanimemente, confirmaram as maravilhas do lugar, onde "um cacho de uva era tão grande que necessitava de dois homens para ser transportado". Mas, divergiram sobre as possibilidades reais da ocupação, uma vez que, para a maioria dos relatores, a terra era habitada por homens gigantes, que não poderiam ser enfrentados. Sentiram-se desiguais e inferiorizados: gafanhotos contra gigantes. Apenas dois dos relatores divergiram dos demais, pois apesar de reconhecerem a desigualdade de forças e a superioridade dos opositores, conclamaram o povo a prosseguir e ocupar a terra.

Entretanto, vencido, talvez, pelo cansaço e pelo medo o povo preferiu lamentar a situação perdida, saudoso da situação de escravidão onde tinham algumas garantias imediatas de sobrevivência.

E por isso, passaram mais quarenta anos vagando pelo deserto.

8. ANEXOS

8.1 - ATIVIDADES DE SAÚDE DO TRABALHADOR NO SUS - Cadastro de Programas/Centros de Referência em Saúde do Trabalhador no Brasil

8.1.1 - Modelo do questionário utilizado

AÇÕES DE SAÚDE DO TRABALHADOR DESENVOLVIDAS PELA REDE PÚBLICA		
1. IDENTIFICAÇÃO		
Nome do Programa/Projeto:	Instituição:	
Endereço:	Telefone:	Fax:
Responsável:		
2. CARACTERIZAÇÃO DA ATIVIDADE		
Ações desenvolvidas:		Início:
☐ Atenção médica	☐ Ações de vigilância da saúde do trabalhador	
☐ Acesso do trabalhador ao Seguro Social	☐ Capacitação/treinamento de recursos humanos	
☐ Produção/difusão de conhecimento	☐ Assessoria técnica ao movimento social/mov. trabalhadores	
☐ outras (especificar)		
Abrangência da intervenção:		
nível local ☐ distrital ☐ municipal ☐ regional ☐ estadual ☐ nacional ☐		
Clientela atendida:		
3. RECURSOS DISPONÍVEIS		
equipe de trabalho (número e qualificação profissional) / instalações físicas		
4. ARTICULAÇÃO INTERINSTITUCIONAL		
☐ outros níveis de atenção da Rede de Serviços de Saúde		
☐ referência ☐ contra referência		
☐ Vigilância Sanitária do SUS		
☐ Vigilância Epidemiológica do SUS		
☐ Delegacia Regional do Trabalho/Ministério do Trabalho		
☐ FUNDACENTRO		
☐ INSS		
☐ setor de acidentes do trabalho ☐ reabilitação profissional		
☐ SESMT das empresas da região		
☐ Sindicatos de trabalhadores		
☐ Outras formas de organização do movimento social		
☐ Promotoria Pública de Justiça		
Responsável pelo preenchimento do Questionário		
Nome:		
Telefone:	Fax:	
Descreva, sucintamente, sua opinião sobre O QUE É e QUAL O PAPEL de um Centro de Referência em Saúde do Trabalhador		

8.1.2 - Modelo da correspondência enviada

Belo Horizonte, 25/11/92

Prezado coordenador,

Volto à sua presença, solicitando a colaboração no preenchimento do questionário anexo, contendo algumas informações sobre o Projeto desenvolvido sob sua responsabilidade.

Elas são de grande importância para a investigação que estamos desenvolvendo com o objetivo de identificar os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador em atividade no país, na perspectiva de priorizar esta estratégia para a inserção e o desenvolvimento da atenção à Saúde do Trabalhador no sistema Único de Saúde.

Conhecer o que vem sendo feito - apesar das limitações da rede pública e do contexto desfavorável para a saúde dos trabalhadores -, reunir e divulgar as experiências em desenvolvimento pode significar um impulso na direção do "fazer acontecer" a Saúde do Trabalhador no SUS, conquistada nos recentes textos legais.

Coloco-me ao inteiro dispor para quaisquer outras informações julgadas necessárias.

Agradeço a atenção e envio

Cordiais saudações.

FAVOR DEVOLVER ATÉ DIA 3/12/92 PARA:

Elizabeth Costa Dias
Área de Saúde do Trabalhador
Departamento de Medicina Preventiva e Social
Faculdade de Medicina / UFMG
Av. Alfredo Balena, 190 - 10º andar
30.130-100 - Belo Horizonte
FONE: 031 - 222-5242 e 226-5744
FAX : 031 - 222-0300

8.1.3 – Relação dos profissionais dos Serviços/Programas de Saúde do Trabalhador que responderam ao questionário

Aminadab Rodrigues Rodarte
Divisão de Proteção à Saúde do Trabalhador
Superintendência Vigilância Sanitária/SES-Goiás
Goiânia-GO

Ana Júlia Calazans Duarte
Coordenadoria de Vigilância Sanitária
Secretaria da Saúde Pública-Rio Grande do Norte
Natal-RN

Alneri T. Pires
Programa de Saúde do Trabalhador
Instituto de Saúde do Paraná (4ª RS)
Itati-PR

Anibal Limeira e Jorge Alberto Molina Rodrigues
Núcleo Saúde do Trabalhador/SVS/SES-Paraíba
João Pessoa/PB

Aurora Fumie Doi e Cláudio Roberto Santos
Programa de Saúde do Trabalhador
18ª Regional de Saúde/SES-Paraná e EMATER
Cornélio Procopio-PR

Carlos Alberto Frias Júnior
Programa Saúde do Trabalhador/SES-Maranhão
São Luís-MA

Cristina Miranda Carneiro
Núcleo de Referência em Doenças Ocupacionais
(NUSAT)/INSS-MG
Belo Horizonte-MG

Denise Rozindo Bourguignon
Programa de Saúde do Trabalhador
Secretaria Municipal de Saúde de Vitória
Vitória-ES

Eduardo Pires de Souza
Programa de Saúde do Trabalhador
Diretoria de Assistência à Saúde
SES-Pernambuco
Olinda-PE

Edgar Gondim Pereira
Programa Estadual de Saúde do Trabalhador
Departamento de Vigilância Sanitária/SES-Pará
Belém-PA

Edivaldo Eustáquio da Paz e Maria Aparecida Moraes
Centro de Referência de Saúde do Trabalhador
Sindicato Metalúrgicos de Ouro Branco/SUS-MG
Ouro Branco-MG

Eduardo Sanches
Diretoria Regional de Saúde de Uberlândia
SES-Minas Gerais
Uberlândia-MG

Elzira Vilela e Gilberto T. Natalini
Programa de Saúde do Trabalhador
Distrito de Saúde de Campo Limpo
São Paulo-SP

Ezio José Zaghetto
Programa de Saúde do Trabalhador de São José dos Campos
São José dos Campos-SP

Fátima Cristina Rangel Sant'Anna e Volcler Rangel Fernandes
Programa de Saúde do Trabalhador
Secretaria Municipal de Saúde de Angra dos Reis
Angra dos Reis-RJ

Fernando José Neves
Serviço de Saúde do Trabalhador, Higiene e Meio Ambiente/Secretaria Municipal de Saúde
Nova Iguaçu-RJ

Francisco Alberto Frazão Costa
Serviço de Saúde do Trabalhador/SES-Amazonas
Manaus-AM

Francisco Antônio de Castro Lacaz e Maria do Socorro e Melo
Vigilância Sanitária de Acidentes e Doenças Relacionadas com o Trabalho
Centro de Vigilância Sanitária/SES-São Paulo
São Paulo-SP

Frederico de Souza Amaro
Divisão de Fiscalização do Meio Ambiente, Higiene e Segurança do Trabalho
Secretaria de Vigilância Sanitária do Amapá
Macapá-AP

Gerci Rodrigues e Leila Mara Faccio
Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
Secretaria Municipal de Saúde e Serviço Social
de Porto Alegre
Porto Alegre-RS

Hélio Neves, Elizabeth Alcení Nakagama e Lilian
Yami Simotiso
Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
da Moóca
Prefeitura Municipal de São Paulo
São Paulo-SP

Hildevaldo Monteiro Fortes
Projeto Saúde do Trabalhador/SES-Mato Grosso
Cuiabá-MT

Isaías Pereira
Núcleo de Saúde do Trabalhador (NUSAT)
SES-Minas Gerais
Governador Valadares-MG

Ivana Maria Benjamim Rodrigues e Célia Resende
Silveira
Área de Segurança e Saúde do Trabalhador
Dir.de Relações do Trabalho/SETAS-Minas Gerais
Belo Horizonte-MG

José dos Passos Neto
Seção de Ação sobre o Meio/ 21ª Reg. de Saúde
SES-Paraná
Telêmaco Borba-PR

José Luiz Rodrigues
Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
Prefeitura Municipal de João Monlevade
João Monlevade-MG

José Paravidino de Macedo Soares
Ambulatório de Saúde Ocupacional
Hospital Universitário Antônio Pedro-UFF
Niterói-RJ

José Roque Guimarães e Maria Inês Reinert
Azambuja
Centro Integrado de Assistência à Saúde do
Trabalhador (CIAST)
SESMA-Rio Grande do Sul
Porto Alegre-RS

Joselina Magalhães Cardieri e Ivani de Castro
Marins
Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
da Freguesia do Ó
Prefeitura Municipal de São Paulo
São Paulo-SP

Koshiro Otani
Sub-grupo de Atenção à Saúde do Trabalhador
SES-São Paulo
São Paulo-SP

Leiliane Coelho André Amorim
Coordenadoria de Saúde do Trabalhador
SES-Minas Gerais
Belo Horizonte-MG

Leticia Coelho da Costa Nobre e Vital Sampaio
Neto
Programa de Atenção à Saúde do Trabalhador do
Distrito Sanitário de Camaçari (USAT)
FUSANC/SES-Bahia
Camaçari-BA

Lício Rivadávia Guimarães Oliveira Portes e
Marlene C. Ribeiro
Ações de Saúde do Trabalhador
Diretoria de Serviços de Saúde/SES-Paraná
Curitiba-PR

Lilian Vieira Magalhães
Núcleo de Saúde-Subárea de Saúde e Trabalho
PUCCAMP
Campinas-SP

Lucely de Oliveira Gonçalves
Divisão de Saúde do Trabalhador/Departamento
de Vigilância Sanitária/SES-Roraima
Boa Vista-RR

Luiz Augusto Facchini
Departamento de Medicina Social
Universidade Federal de Pelotas
Pelotas-RS

Luiz Edmundo Ribeiro Grossi e Rogério Cruzeiro
de Barros
Ambulatório Integrado de Doenças Ocupacionais-
INAMPS (SUS)
Prefeitura Municipal de Juiz de Fora
Juiz de Fora-MG

Luiz Gonzaga Bulhões
Programa de Implantação do Serviço de
Vigilância à Saúde do Trabalhador para o Estado
do Rio Grande do Norte/SES-RN
Natal-RN

Luiz Roberto Tenório
Programa de Ensino, Pesquisa e Atenção à
Saúde do Trabalhador (PROSAT) UERJ
Rio de Janeiro-RJ

Magda Andreotti
Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
da Lapa
Prefeitura Municipal de São Paulo
São Paulo-SP

Magda Lúcia Félix de Oliveira, Adaelson Alves da
Silva, Ana Maria Itinose, Miguel Machinski
Junior e Paula Nishiyama
Ambulatório Toxicologia e Saúde do Trabalhador
Hospital Universitário Regional de Maringá (UEM)
Maringá-PR

Manildo Fávero
Ambulatório de Medicina do Trabalho
Hospital das Clínicas da UNICAMP
Campinas-SP

Marco Segre e Vera Lúcia Zaher
Serviço de Saúde Ocupacional
Hospital das Clínicas da USP
São Paulo-SP

Marcos Custódio Varejão
Programa de Saúde do Trabalhador-Santo André
Prefeitura Municipal de Santo André
Santo André-SP

Maria Aparecida de A. Carvalho
Programa de Atenção à Saúde do Trabalhador
Departamento de Ações e Serviços de Saúde
SES-Rondônia
Porto Velho-RD

Maria Aparecida Vargas, Júlia Masako Kito,
Paulo R. Vargas e Tokito Dodo
Depto de Saneamento e Vigilância Sanitária
Secretaria Municipal de Saúde
Assis Chateaubriand-PR

Maria Cecília Pereira Binder
Programa de Saúde do Trabalhador de Botucatu
Hospital das Clínicas da UNESP/SUDS R-24
Botucatu-SP

Maria Dionísia do Amaral Dias
Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
(CEREST)/Secretaria de Higiene e Saúde do
Município de Santos
Santos-SP

Maria Ivonete E. Wagner
Central Comunicação de Acidente do Trabalho
5ª Regional de Saúde/SES-Paraná
Guarapuava-PR

Maria Maeno Settimi e José Carlos do Carmo
Programa de Saúde do Trabalhador da Zona
Norte/Mandaqui/SUDS R-6
São Paulo-SP

Maria Odilma Gonçalves Pinto, Helena Carmem
Pinheiro e Selma Simões Guerino
Serviço de Higiene e Segurança do Trabalho
Divisão de Meio Ambiente, Higiene e Saúde do
Trabalhador/SES-Ceará
Fortaleza-CE

Mário Cesar Matos Meira Bastos
Coordenação de Saúde do Trabalhador
SES e Serviço Social (INAMPS)-Alagoas
Maceió-AL

Mário Flávio Pezenato Diniz
Programa de Saúde do Trabalhador de Bauru
Prefeitura Municipal de Bauru
Bauru-SP

Maurício de Rosis Filho
Prevenção da Intoxicação por Agrotóxicos na
Cultura de Algodão
18ª Reg. de Saúde Cornélio Procópio
SES-Paraná e EMATER
Cornélio Procópio-PR

Maurício Monteiro Alves
Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
da Freguesia do Ó
Prefeitura Municipal de São Paulo
São Paulo-SP

Mauro Azevedo de Moura
Programa de Saúde do Trabalhador
Secretaria da Saúde e Meio Ambiente do Estado
do Rio Grande do Sul
Porto Alegre-RS

Miriam Bigio
Programa de Saúde do Trabalhador
Secretaria Municipal de Arraial do Cabo
Arraial do Cabo-RJ

Mirna Eloí Suzano
Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
de Itaquerá
Prefeitura Municipal de São Paulo
São Paulo-SP

Neide Mattar de Oliveira
Ambulatório de Saúde Ocupacional
Hospital das Clínicas da UFUB
Uberlândia-MG

Neiry Primo Alessio
Serviço de Saúde do Trabalhador
Centro de Saúde-Escola/Hospital das Clínicas da
Faculdade de Medicina/USP
Ribeirão Preto-SP

Oriando Wagner Puzone
Centro de Referência para a Saúde do
Trabalhador do ABCD
Prefeituras Municipais de Santo André e São
Bernardo e SES-São Paulo
São Bernardo do Campo-SP

Oswaldo Alberto Filho
Programa de Saúde do Trabalhador
Secretaria Municipal de Saúde de Petrópolis
Petrópolis-RJ

Paulette Cavalcanti de Albuquerque, Sônia
Lacerda e Aparecida S. Castorina
Programa de Saúde do Trabalhador
Secretaria Municipal de Saúde de Cabo Frio
Cabo Frio-RJ

Paulo Antônio Barros de Oliveira
Centro de Documentação, Formação e Pesquisa
em Saúde do Trabalho -
CEDOP/FAMED/DMS/UFRGS
Porto Alegre-RS

Paulo Roberto Donádio
Centro de Controle de Intoxicações
15ª Regional de Saúde/SES-Paraná
Maringá-PR

Paulo Roberto Gutierrez
Serviço de Atenção à Saúde do Trabalhador
Ambulatório de Doenças Ocupacionais
Hospital Universitário Reg. do Norte do Paraná
Londrina-PR

Pedro Paulo de Lemos
Programa de Saúde do Trabalhador
Secretaria Municipal de Saúde de Petrópolis
Petrópolis-RJ

Raquel Maria Rigotto e Jandira Maciel Silva
Serviço de Saúde do Trabalhador
Ambulatório de Doenças Profissionais
Hospital das Clínicas-UFMG
Belo Horizonte-MG

Regina Celi Ximenes
Programa de Saúde do Trabalhador/SES-Sergipe
Aracaju-SE

Rita de Cássia Gomes de Azevedo
Seção de Saúde do Trabalhador/SES-Tocantins
Palmas-TO

Roberto Marini Ladeira, Cristina Werneck e June
Passos Rezende
Ações de Saúde do Trabalhador
Prefeitura Municipal de Belo Horizonte
Belo Horizonte-MG

Samuel Spener
Diretoria de Planejamento/SES-Amapá
Macapá-AP

Sandra Obracska
Programa de Saúde do Trabalhador
Secretaria Municipal de Arraial do Cabo
Arraial do Cabo-RJ

Silvia Souza Escobar Ribeiro
Programa Saúde do Trabalhador
SES-Mato Grosso do Sul
Campo Grande-MS

Sônia Ferrari Peron
Programa de Saúde do Trabalhador de
Sorocaba/ERSA-59/SES-São Paulo
Sorocaba-SP

Túlio Zulato Neto
Coordenadoria de Atenção à Saúde do
Trabalhador
Secretaria Municipal de Saúde de Contagem
Contagem-MG

Vânia Mota Caldas
Serviço de Saúde do Trabalhador
Divisão de Normas Técnicas/Departamento de
Vigilância Sanitária/SES-Roraima
Boa Vista-RR

Vera Helena de Oliveira e Manoel N. Rocha
Programa de Saúde do Trabalhador
SES-Espírito Santo
Vitória-ES

Vera Marques, Ana Paula Arias, Cristina Poli e
Telma Gil
Programa de Saúde do Trabalhador de Campinas
Campinas-SP

Walter de Andrade Mota e Maria de Fátima A.
Falcão
CESAT/SES-Bahia
Salvador-BA

Zeno Morrone Júnior
Ambulatório de Acidentes do Trabalho
SUDS-R 13/SES-São Paulo
Mogi das Cruzes-SP

8.1.4 Relação dos profissionais que colaboraram na confecção do Cadastro de Programas/Centros de Referência em Saúde do Trabalhador no SUS, no Brasil

Ana Lúcia Starling
NUSAT/INSS - MG

Carlos Minayo
CESTEH/FIOCRUZ - RJ

Eliana de Matos Lacerda
ADP/HC UFMG - MG

Ederaldo Silva Teles
CVS/SES - PR

Francisco Antonio de Castro Lacaz
DVST/CVS/SES - SP

Gertrudes Cleide Mendes Rocha
DIPSAT/SNVS/MS - DF

João Reus
SINDIPOLO - RGS

Jorge Mesquita Machado
PST/SES - RJ

José Carlos do Carmo
PST da Zona Norte - SP

Marco Antonio Vasconcelos Rego
CESAT/SES-BA

Maria Umbelina Dumont Veronesi
SNAS/MS - DF

Paulo Antonio Barros de Oliveira
CEDOP/UFRGS - RGS

Raquel Maria Rigotto
ADP/HC UFMG - MG

René Mendes
DMPS/UFMG - MG

Ricardo Kuchenbecker
FM/UFRGS - RS

Sonia Alves
DIPSAT/SNVS/MS - DF

Tarcísio Marcio Magalhães Pinheiro
ADP/HC UFMG - MG

8.2 OS HOSPITAIS DE ENSINO E A SAÚDE DO TRABALHADOR

8.2.1 - Modelo da carta e do questionário utilizados

Belo Horizonte,

Senhor Diretor,

Os Hospitais Universitários enquanto Centros de Referência para o Sistema de Saúde têm desempenhado um importante papel no movimento da Saúde do Trabalhador.

Através do desenvolvimento de Serviços Especializados pela atenção médica, pela preparação de recursos humanos de diferentes níveis e perfis profissionais, pela geração e divulgação de conhecimento e assessoria técnica às instituições públicas e privadas envolvidas com a questão e ao movimento de trabalhadores contribuem para o resgate a responsabilidade do setor saúde de cuidar deste grupo da população.

Nesta perspectiva foi proposta uma reunião, durante o XXX Congresso Brasileiro de Educação Médica, a realizar-se em novembro próximo em Londrina, para o intercâmbio das experiências em curso e o fomento de novas.

Como contribuição aos trabalhos da reunião, estamos realizando um mapeamento da situação atual dos serviço/Centros de Referência em Saúde do Trabalhador, para o que solicitamos a contribuição de V.Sa., preenchendo o questionário em anexo e devolvendo-o até o próximo dia 13 de outubro. As informações recolhidas subsidiarão a preparação de um documento preliminar, base para as discussões.

Agradecendo a atenção e a colaboração de V.Sa., aguardamos sua resposta comprometendo-nos a enviar, brevemente, a programação da reunião.

Cordialmente,

Elizabeth Costa Dias
Serviço de S.Trabalhador
H. Clínicas / UFMG

José Maurício de C. Lemos
Diretor
Hospital das Clínicas/UFMG

QUESTIONÁRIO

Situação atual dos Serviços/Centros de Referência em Saúde do Trabalhador nos Hospitais Universitários, no Brasil, 1992.

1. Identificação da Instituição:

Nome: _____ Diretor: _____

Endereço: _____ Telefone: _____ Fax: _____

2. O Hospital mantém um Serviço Especializado em Saúde do Trabalhador? SIM _____ NÃO _____

3. Se afirmativo, especifique a natureza do Serviço:

_____ atende apenas os funcionários do Hospital

_____ atende apenas os funcionários da Universidade

_____ atende trabalhadores

_____ é um Centro de Referência para o SUS

4. Ano de criação/instalação do Serviço _____

5. Responsável pelo Serviço:

Nome: _____

Endereço: _____ Telefone: _____ Fax: _____

Favor devolver até o dia 13 de outubro para:

Profa. Elizabeth Costa Dias - DMPS/FM-UFMG

Av. Alfredo Balena, 190 - 10º andar -

30130-100 Belo Horizonte-MG fax: 031 222-0300

8.2.2 Quadro I - Distribuição dos Serviços de atenção à saúde dos trabalhadores em Hospitais de Ensino no Brasil, 1992.

INSTITUIÇÃO	UF	NATUREZA DO SERVIÇO		
		NÃO	APENAS FUNCIONÁRIOS	ARTICULADO AO SUS
H.U./ UFFES	ES			X
H.U./ UFMT	MT	X		
H.C./ UFPE	PE	X		
H.C./ UNICAMP	SP			X
H.C./ UFGO	GO	X		
H.C./ UFSM	RS	X		
H.C./ UFPA	PA	X		
H.U./ UFRJ	RJ			X
H.U./ UFAL	AL	X		
H.C./ UFPB	PB		X	
H.U./ UELONDRINA	PR			X
H.U./ USP	SP		X	
H.C./ USP	SP			X
H.E./ UFPELOTAS	RS	X		
H.U./ UFMS	MS	X		
H.C./ UFRS	RS			X
H.Sao Paulo/EPM	SP		X	
H.U./UFF	RJ			X
H.U./UFRJ	RJ		X	
H.E./FMTM(Uberaba)	MG	X		
H.C./UFUberlândia	MG		X	
H.U./UFBA	BA	X		
H.C./PUCCAMPINAS	SP	X		
H.C./USP-R.PRETO	SP		X	
H.U./UFSC	SC		X	
H.H./UFCE	CE	X		
H.U./UFAM	AM		X	
H.U./UNIRIO	RJ			X
HC./UFMG	MG			

8.2.3 Quadro II - Relação dos Serviços/Centros de Referência em Saúde do Trabalhador nos Hospitais de Ensino identificados em 1992

1. Hospital Universitário CASSIANO ANTONIO MORAES - UFES
Ambulatório de Doenças Profissionais (convênio Fundacentro) Início:1990
Rua Marechal Campos S/N - Maruípe
29040 Vitória ES
Fone: (027) 225 70 68 FAX: (027) 225 15 26
Coordenador: Dr. Manoel Nascimento Rocha
2. Hospital das Clínicas UNICAMP
Ambulatório de Medicina do Trabalho Início:1977
Cidade Universitária Zeferino Vaz
Barão Geraldo - Campinas SP
Fone : (0192) 39 77 55 Fax: (0192) 39 31 85
Coordenador: Prof. Dr. Manildo Fávero
3. Hospital Universitário Pedro Ernesto da UERJ
Programa de Ensino, Pesquisa e Atenção à Saúde do Trabalhador
Rua São Francisco Xavier, s/n - Maracanã
20551 - Rio de Janeiro RJ
Fone: (021) 284 83 22 (SR3)
Coordenador: Dr. Luiz Roberto Tenório
4. Hospital Universitário Regional do Norte do Paraná
Ambulatório de Doenças Ocupacionais Início:1991
R. Robert Koch s/n - Bairro Cervejaria
Londrina - PR
Fone: (0432) 21 20 01 R.274/254 Fax: (0432) 37 74 95
Coordenador: Dr. Paulo Roberto Gutierrez - Res. (0432) 37 66 12
5. Hospital das Clínicas Universidade de São Paulo
Ambulatório de Saúde Ocupacional Início:1990
Rua Teodoro Sampaio, 115 - Térreo - São Paulo SP
Fone: (011) 853 25 11 (FAX também)
Coordenador: Prof. Dr. Marco Segre e/ou Dra. Vera Lúcia Zahar
6. Hospital das Clínicas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Ambulatório de Doenças do Trabalho Início:1988
Rua Ramiro Barcelos, 2350
Porto Alegre - RS
Fone: (051) 331 66 99 - r. 2222 FAX : (051) 332 83 24
Coordenador: Dr. Damasio Macedo Trindade
7. Hospital Universitário Antonio Pedro Universidade Federal Fluminense
Departamento de Saúde da Comunidade Início:1990
Rua Marques do Paraná 303
24033-900 Niterói - RJ
Fone: (021) 719 28 28 R. 163 - Fax: (021) 717 44 59
Coordenador: Dr. Jose Paravidino de Macedo Soares

8. Hospital das Clínicas Universidade Federal de Minas Gerais
Serviço de Saúde do Trabalhador
Av. Alfredo Balena, s/n - Prédio da Dermatologia
30130 Belo Horizonte MG
Fone : (031) 239 74 12 - Fax: (031) 222 03 00
Coordenadora: Dra. Jandira Maciel Silva
Início:1984
9. Hospital das Clínicas Universidade Federal de Uberlândia
Ambulatório de Saúde Ocupacional
Av. Pará 1720 - Campus Umuarama
38405-382 - Uberlândia MG
Fone: (034) 212 21 11 - R. 246
Coordenadora: Profa. Dra. Neide Mattar de Oliveira
10. Hospital Universitário Regional de Maringá
Ambulatório de Toxicologia e Saúde do Trabalhador
Av. Mandacarú 1590
87020-900 Maringá - PR
Fone: (0442) 24 85 85 R. CCI - FAX: (0442) 22 27 54
Coordenadora: Profa. Ana Maria Itinose
11. Hospital das Clínicas Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto
Serviço de Saúde do Trabalhador/ Centro de Saúde Escola
Av. Bandeirantes, 3900 - Campus Universitário Monte Alegre
14040-030 - Ribeirão Preto - SP
Fone: (016) 633 10 00 R. 2330 e 633 13 86
FAX: (016) 633 11 44
Coordenadora: Profa. Neiry Primo Alesso
12. UNESP/BOTUCATU- Depto de Saúde Pública/Faculdade de Medicina
Programa de Saúde do Trabalhador
Campus Rubião Junior, s/n - Rubião Junior
18600-400 Botucatu - São Paulo
Fone: (0149) - 22 05 55 - FAX: (0149) - 22 04 21
Coordenadora: Profa. Dra. Maria Cecília Binder
13. Pontifícia Universidade Católica de Campinas - PUCCAMP
Núcleo de Saúde - Subárea de Saúde do Trabalhador
Hospital das Clínicas Celso Piero - Campinas
Fone: (0192) 520 89 97 - FAX: (0192) 47 31 56
Coordenadora: Profa. Lilian Vieira Magalhaes
14. Hospital São Paulo Escola Paulista de Medicina
Ambulatório de Doenças Relacionadas ao Trabalho
Rua Napoleão de Barros, 714 - São Paulo
Fone: (011) 571 69 34 - Fax: (011) 549 21 27
Coordenador: Prof. Antonio Francisco Lacaz

8.3 LISTA DOS SERVIÇOS VISITADOS E/OU ENTREVISTAS REALIZADAS PERÍODO: MARÇO A JUNHO DE 1993

BAHIA

Centro de Saúde do Trabalhador - CESAT/SES- Bahia

- . Dr. Marco Antonio Rego
- . Dra. Graciela Borges

ESPÍRITO SANTO

Programa de Saúde do Trabalhador do Município de Vitória

- . Denise Rosindo Bourguignon - Assessora Técnica

Programa de Saúde do Trabalhador da SES-ES

- . Vera Helena

Ambulatório de Doenças Ocupacionais/ Hospital (UCAM)/UFES

- . Dr. Manoel Nascimento Rocha - Coordenador

PARANÁ

Programa de Saúde do Trabalhador/CVS/SES-Paraná

- . Dr. Ederaldo Silva Telles
- . Dra. Marisia Gnatta Dalcuche

RIO GRANDE DO SUL

Ambulatório de Doenças do Trabalho/Hospital das Clínicas/UFRGS

- . Dr. Damásio Macedo Trindade - Cordenador do Ambulatório
- . Dra. Dvora Joveleviths
- . Dr. Carlos Tietboehl Filho
- . Dra. Maria da Graça Hoefel
- . Dr. Henrique Nardi (Médico-Residente)
- . Dr. Fernando Carlos Scalotski (Médico-Residente)
- . Luis Henrique Moll (aluno do Curso Médico - monitor)
- . Jarbas Vieira - aluno do Curso Médico

Centro de Documentação, Pesquisa e Formação em Saúde e Trabalho/DMS/FM/UFRGS

- . Dr. Paulo Barros de Oliveira

Centro Integrado de Atenção à Saúde do Trabalhador/SESMA-Rio Grande do Sul

- . Dra. Maria Ines Azambuja
- . Dr. Jose Roque Guimarães
- . Denise Flores

Centro de Referência em Saúde do Trabalhador/Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre

- . Enf. Gerci Salete Rodrigues
- . Leila Mara Faccio

Sindicato dos Trabalhadores no Polo Petroquímico de Rio Grande

- . João Reus do Nascimento - Sindicalista
- . Ricardo Kuchenbecker - assessor técnico

SÃO PAULO

Programa de Saúde do Trabalhador da Zona Norte/SES-São Paulo

- . Dra. Maria Maeno Settimi - Coordenadora

Secretaria Municipal do Meio Ambiente de Santos

- . Dra. Lia Giraldo Silva Augusto

. Prof. Vicente Navarro - The Johns Hopkins University - Baltimore, USA

. Dr. Cesar Augusto de Barros Vieira - OPS - Washington, USA

. Dr. Gregório Barembliitt - Belo Horizonte, Brasil

SUMMARY

The purpose of this study was to improve the understanding of how the process of providing Workers' Health in the network of State health services - under a perspective of Worker's Health - has been constructed in Brazil. So, the study starts by recovering the history of this approach in the country; analyzes the influence and impact of the social and political framework; and explores the position of this process within the movement occurred in the field of health policies and practices in Brazil, since 1978.

The core part of the study, is an attempt of identifying, collecting, organizing and registering the cumulated experience of Worker's Health Programs and Centers that have been set up in the network of State health services, in order to share this information, and to promote and strengthen this approach in Brazil.

Ultimately, the study aims at the reinforcement, support, and promotion of the understanding that all workers, independently of their position within the productive system of the country, be attended their health needs by the National Health System (SUS), based on the assumption of health as a basic citizenship right.

10. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS *

- ABRASCO.** Política Nacional de Saúde do Trabalhador: análises e perspectivas. Rio de Janeiro, CESTEH-FIOCRUZ, 1986,85p.
- ABRASCO.** Saúde e Trabalho: desafios para uma política. Rio de Janeiro, ABRASCO, 1990,72p.
- ABRASCO.** Programa do II Congresso Brasileiro de Epidemiologia. Belo Horizonte, ABRASCO, 1992,190p.
- ABRASCO.** Saúde Ocupacional em pequenas e médias empresas. Relatório final da Reunião. São Paulo, ABRASCO/BT-SAÚDE & TRAB., 1982,7p.,mimeo.
- ALESSI, N.P. et al.** Proposta de Programa de Saúde do Trabalhador no Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde na Região de Ribeirão Preto.In: **ALESSI, N.P. et al.** Saúde e Trabalho no Sistema Único de Saúde. São Paulo. HUCITEC. +1994, p.13-36 a.
- ALESSI, N.P. et al.** O serviço de Saúde do Trabalhador no Centro de Saúde Escola.In: **ALESSI, N.P. et al.** Saúde e Trabalho no Sistema Único de Saúde. São Paulo. HUCITEC. +1994, p.37-50 b.
- ALESSI, N.P. et al.** Saúde e Trabalho no Sistema Único de Saúde. São Paulo, HUCITEC, 1994,167p.
- ALMEIDA FILHO, N.** Epidemiologia sem números: Uma introdução crítica à ciência epidemiológica. Rio de Janeiro, Campus, 1989,p.71-98.
- ALMEIDA FILHO, N. & ROUQUAYROL, M.Z.** Introdução à Epidemiologia Moderna. 2 ed.Belo Horizonte, COOPMED/APCE, 1992,p.7-17.
- ALVES, R..** O que é religião. 5 ed.São Paulo, Brasiliense, 1981,p.72-9.

(*) Sistema Blio 3.0 da BIOSOFT Informática Ltda., baseado na NB-66 (ABNT)

- ANTUNES, R. A rebeldia do trabalho: o confronto operário no ABC paulista, as greves de 1978/80. Sao Paulo, Ensaio, 1988, 221p.
- ARAÚJO, C.R. et al. Proposta de Implantação de Ações de Saúde do Trabalhador. Curitiba, (mimeo), 1991,16p.
- ARAÚJO, J.P. Previdência Social: uma tragédia brasileira. 2 ed.Belo Horizonte, ed. do autor, 1992,80p.
- ARCURI, A.S.A. & CARDOSO, L.M.N. Limites de tolerância. Rev. bras. Saúde Ocup. 74(19):99-106, 1991.
- ARENDT, H. A condição Humana. 3 ed.Rio de Janeiro, Forense, 1987,338p.
- AROUCA, A.S. O Dilema Preventivista: Contribuição para a compreensão e crítica da Medicina Preventiva. [Tese de Doutorado/UNICAMP]. Campinas, UNICAMP, 1975,.
- AROUCA, A.S. Projeto de Lei No. 3.716, de 1993. Saúde em Debate. 39:5-20, 1993.
- ASSENATO, G. & NAVARRO, V. Worker's participation and control in Italy: the case of occupational medicine. Int. J. Hlth. Serv. 10(2):217-21, 1980.
- ASSUNÇÃO, A.A. A situação atual e perspectivas da Saúde dos Trabalhadores em Minas Gerais: a implantação de um sistema hierarquizado de atenção. Belo Horizonte, (mimeo), 1986,22p.
- ASSUNÇÃO, A.A. & ROCHA, L.E. "Agora... até namorar fica difícil":uma história lesões por esforços repetitivos.In: ROCHA, L.E.; RIGOTTO, R.M. & BUSCHINELLI, J.T.P. (Orgs.). Isto é trabalho de Gente?: vida, doença e trabalho no Brasil. Petrópolis. Vozes. +1993, p.461-93.

- ASSUNÇÃO, A.A.; DIAS, E.C. & RIGOTTO, R.M. Doenças e Trabalho. In: PEDROSO, E.P.; ROCHA, M.O.C. & SILVA, O.A. CLINICA MEDICA: Os princípios da prática ambulatorial. São Paulo. . +1992, p.198-202.
- ATHERLEY, G. Human rights versus occupational medicine. *Intern. J. of Health Services*. 13(2):265-275, 1983.
- ATLAS. Segurança e Medicina do Trabalho. 26 ed. São Paulo, ATLAS, 1994, 455p.
- AUGUSTO, L.G.S. Meio Ambiente e Saúde do Trabalhador: perspectivas de uma nova aliança - II Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador. Brasília, (mimeo), 1994, 18p.
- AUGUSTO, L.G.S. Benzolismo em uma Siderúrgica. *Rev. SOS*. 10: 153-87, 1985.
- AUGUSTO, L.G.S. A necessidade de definição da estratégia Sindical na luta por melhores condições de saúde - o caso do Sindicato dos Metalúrgicos de Santos. Brasília, MS/CNST, 1986, 18p.
- AUGUSTO, L.G.S. et al. Vigilância epidemiológica de doenças ocupacionais. *Rev. Bras. Saúde Ocup.* 54(14):32-64, 1986.
- BACHMANN, W. Strategy for primary and secondary prevention of occupational diseases in German Democratic Republic. *Scand.J.Work Environ.Health*. 14:273-9, 1988.
- BAGNARA, S.; BIOCCA, M. & MAZZONIS, D.G. Trends in Occupational Health and Safety Policy in Italy. *Intern. Journal of Health Serv.* 11(3):431-50, 1981.
- BAHIA-SES/COOPERAZIONE ITALIANA (AISPO). Programa de Medicina do Trabalho. Salvador, (mimeo), 1989, 5p.

BAHIA/SES-CESAT/MS-DITRA. Seminário de Vigilância em Saúde do Trabalhador: Relatório Final. Salvador, (mimeo), 1993, 26p.

BAHIA/SES/CESAT. Proposta para um plano de ação do CESAT como contribuição à elaboração do Programa de Atenção à Saúde do Trabalhador no Estado. Salvador, (mimeo), 1989, 12p.

BALDIM-MG. Lei 242, de 26/6/85: Proíbe o uso indiscriminado de agrotóxicos no município de Baldim/MG. Baldim, (mimeo), 1985, 2p.

BALERA, W. A Seguridade Social na Revisão Constitucional. Rio de Janeiro. *Previdência em Dados*. 8(3):5-10, 1993.

BARATA, R.C.B. A historicidade do conceito de causa. São Paulo, (mimeo), 1978, 13p.

BAREMBLITT, G. Compêndio de Análise Institucional e outras correntes: teoria e prática. 2 ed. Rio de Janeiro, Rosa dos Tempos, 1994, 204p.

BARONDESS, J. Disease and Illness - a crucial distinction. *Am. Journal of Medicine*. 66:375-6, 1979.

BARROS DE OLIVEIRA, M.H. Análise da política de Saúde do Trabalhador nos anos 80 - uma contribuição para a área [Projeto de Tese de Doutorado]. Rio de Janeiro, ENSP-FIOCRUZ (mimeo), 1991, .

BARROS DE OLIVEIRA, M.H. A Revisão Constitucional e a Saúde do Trabalhador. Rio de Janeiro, (mimeo), 1993, 11p. (b).

BARROS DE OLIVEIRA, M.H. Legislação Comparada em Saúde do Trabalhador nas Constituições Estaduais. Rio de Janeiro, (mimeo), 1993, (a).

- BARROS DE OLIVEIRA, M.H. & FADEL DE VASCONCELLOS, L.C.** Política de Saúde do Trabalhador no Brasil: muitas questões sem resposta. *Cadernos de Saúde Pública*. 8(2):150-6, 1992.
- BATTAGLIA, F.** Work.In: **WIENER, P.P.** Dictionary of the History of Ideas. New York. Charles Scribner's Sons. +1973, p.530-5.
- BATTISTA, G..** Prospettive di organizzazione delle attività di Medicina di Lavoro.In: **SARTORELLI, E.** Tratado di Medicina del Lavoro. Padova. Piccinm. +1981, p.59-100.
- BELO HORIZONTE/SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE.** Articulação de uma Política de Saúde do Trabalhador para o Município. Belo Horizonte, PMBH/SMS, (mimeo), ,7p. s.d.
- BENATTI, M.C.C.** Os serviços de saúde nas empresas brasileiras. *Rev. Bras. Saúde Ocup.* 18(70):53-8, 1990.
- BENJAMIN, W.** Obras escolhidas: Magia e Técnica, Arte e Política (Tradução de Sérgio Paulo Rouanet). 4 ed.Rio de Janeiro, Brasiliense, 1985,253p.
- BERLINGUER, G.** A saúde nas fábricas. Sao Paulo, HUCITEC, 1978,212p.
- BERLINGUER, G.** Por um Serviço Sanitário Nacional: Análise e Proposta.In: **BERLINGUER, G.** Reforma Sanitária Itália e Brasil. Sao Paulo. HUCITEC/CEBES. +1988, p.1-79.
- BERLINGUER, G. & BIOCCA, M.** Recent developments in occupational health policy in Italy. *Int. Journal of Health Services*. 17(3):455-75, 1987.
- BERLINGUER, G.; FLEURY-TEIXEIRA, S.M.; CAMPOS, G.W.** Reforma Sanitária Itália e Brasil. Sao Paulo, HUCITEC/CEBES, 1988, 207p.

- BEYREUTHER, W. República Democrática Alemana: Higiene, seguridad y condiciones de trabajo. *Actualidad Sociolaboral*. 1:14-8, 1989.
- BEZERRA, G.S.F. & CARVALHO FILHO, L.A. Programa de Implantação de um Sistema de Atenção à Saúde do Trabalhador, no âmbito da Secretaria de Saúde no Estado de Pernambuco. Recife, (mimeo), 1989,16p.
- BODSTEIN, R.C. Ciências Sociais e Saúde Coletiva: Novas questões, novas abordagens. *Cad. Saúde Publ.*, Rio de Janeiro. 8(2):140-9, 1992.
- BONCIANI, M. Contrato Coletivo e saúde dos trabalhadores. s. l., (mimeo), 1993,12p.
- BORJA, C. Brasil.In: OPAS. El Derecho a la salud en las Americas. Washington. OPAS. +1989, p.110-126.
- BOTTOMORE, T. (Ed.). Dicionário de Pensamento Marxista (Antonio Monteiro Guimarães Org. da Ed. Brasileira). Rio de Janeiro, Jorge Zahar Editor, 1988,454p.
- BOURGUIGNON, D.R. Programa de Saúde do Trabalhador para o município de Vitória-ES. Vitória, (mimeo), 1992,.
- BRAGA, J.C.S. & GOES de PAULA, S. Saúde e Previdência: estudos de Política Social. Sao Paulo, CEBES/HUCITEC, 1981, 224p.
- BRANDAO DE OLIVEIRA, L.S. A intervenção do Estado nos ambientes de trabalho: origens, evolução no Brasil e análise crítica da prática da Delegacia Regional do Rio de Janeiro, na década de 1980. Rio de Janeiro, [D.Mestrado ENSP/FIOCRUZ], 1994,238p.
- BRASIL. Decreto 8.490/92: Dispõe sobre a organização da Presidência da República e dos Ministérios e dá outras providências. , DOU, 19/11/92 No.222-A, b, 1992,p.16061-4.

BRASIL. Decreto 466, de 28 de fevereiro de 1992: Aprova o Estatuto da Fundação Jorge Duprat Figueiredo de Segurança e Medicina do Trabalho - FUNDACENTRO e dá outras providências. , DOU, 4/3/92 Seção I, 1992,2.771p.,a.

BRASIL. Lei 6.229, 17 de julho de 1975 - dispõe sobre a organização do Sistema Nacional de Saúde. Brasília, (mimeo), 1975,.

BRASIL. Portaria No. 3237, de 27/7/72. Serviços especializados em Segurança, Higiene e Medicina do Trabalho. DOU. 10(146):6877-9, 1972.

BRASIL. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990 - dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Brasília, Ministério da Saúde, 1990,31p.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil.In: OLIVEIRA, J. (org). Constituição da República Federativa do Brasil. São Paulo. Saraiva. 2 ed.+1989, 168p.

BRASIL/COMISSÃO INTERMINISTERIAL DE PLANEJAMENTO E COORDENAÇÃO. Resolução CIPLAN No. 3, de 29 de dezembro de 1989. Brasília, DOU,2 janeiro 90, Seção I, 1990,p.32.

BRASIL/COMISSÃO INTERMINISTERIAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR (CIMST). Relatório Final. Brasília, CIMST, 1993,88p.

BRASIL/MINISTÉRIO DA SAÚDE. Cadernos da Nona Conferência Nacional de Saúde: Descentralizando e Democratizando o conhecimento. Brasília, MS/IXCNS, 1992,2v.

BRASIL/MINISTÉRIO DA SAÚDE. Relatório Final da I Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador. Brasília, CESTEH-FIOCRUZ, 1987,4p.

BRASIL/MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL. I Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador: A participação do INAMPS. , MPAS-INAMPS, (mimeo), 1986,s.l..

BRASIL/MINISTERIO DA PREVIDENCIA E ASSISTENCIA SOCIAL. Oficina de Trabalho de Ações de Saúde do Trabalhador: Relatório de Conclusões e Propostas. Brasília, MPAS, (mimeo), 1989, 23p.

BRASIL/MINISTERIO DA PREVIDENCIA E ASSISTENCIA SOCIAL INAMPS. Saúde do Trabalhador: Diretrizes de Ação. Secretaria de Planejamento Departamento de Planejamento de Saúde-Coordenadoria de Programas Especiais. , MPAS-INAMPS (Mimeo), 1985, 25p., s.l.

BRASIL/MINISTERIO DA PREVIDENCIA SOCIAL. Resolução No. 170, de 30 de agosto de 1993 - CONVENIO EMPRESA. Brasília, INPS/INSS, (mimeo), 1993,.

BRASIL/MINISTERIO DA PREVIDENCIA SOCIAL. Relatório Final do Grupo de Trabalho (Interministerial) sobre Acidente do Trabalho (e Saúde do Trabalhador). Brasília, MPS-GTIAT, (mimeo), 1993, 56p.

BRASIL/MINISTERIO DA PREVIDENCIA SOCIAL. Manual do Médico Perito de Previdência Social. 3 ed. Brasília, MPS/INSS, 1993, 93p.

BRASIL/MINISTERIO DA SAUDE. Norma operacional básica: Descentralização das Ações e Serviços de Saúde. NOB-SUS 01. Brasília, MS-SUS, 1993, 68p. (c).

BRASIL/MINISTERIO DA SAUDE. Cadernos das Oficinas de Trabalho. Brasília, MS/CNS/IICNST, (mimeo), 1994,.

BRASIL/MINISTERIO DA SAUDE. Síntese das propostas das Conferências Estaduais de Saúde do Trabalhador. Brasília, MS/CNS/IICNST, (mimeo), 1994, 50p.

BRASIL/MINISTERIO DA SAUDE. Proposta de uma Norma Operacional para a Saúde do Trabalhador no SUS. Brasília, MS/SVS/DIPSAT, (mimeo), 1994, 21p.

BRASIL/MINISTERIO DA SAUDE. Relatório final (Preliminar) da II Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador. Brasília, MS/CNS/CNST, (mimeo), 1994,42p.

BRASIL/MINISTERIO DA SAUDE. Saúde do Trabalhador/Acidente do Trabalho: Reuniao Técnica. Brasília, (mimeo), 1991,4p.

BRASIL/MINISTERIO DA SAUDE. Oficina de Trabalho sobre Acidentado do Trabalho no SUS: Relatório. Brasília, (mimeo), 1991,17p.

BRASIL/MINISTERIO DA SAUDE. Saúde do Trabalhador: Diretrizes de Ação para o SUS. Brasília, MS/SNVS/SNAS, (mimeo), 1991,35p.

BRASIL/MINISTERIO DA SAUDE. Situação atual dos Programas de atenção à Saúde do Trabalhador no SUS. Brasília, MS/SNAS/SAST, (mimeo), 1992,33p.

BRASIL/MINISTERIO DA SAUDE. II Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde: Textos apresentados. Brasília, Ministério da Saúde, 1993,85p. (b).

BRASIL/MINISTERIO DA SAUDE. Relatório Final da IX Conferência Nacional de Saúde. Brasília, MS/CNS, 1993,46p.

BRASIL/MINISTERIO DA SAUDE. Relatório Final da VIII Conferência Nacional de Saúde. Brasília, MS/MPAS, (mimeo), 1986,6p., (a).

BRASIL/MINISTERIO DA SAUDE. Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador - Relatório Final. Brasília, CESTEH/FIOCRUZ, 1986,4p., (d).

BRASIL/MINISTERIO DA SAUDE. Encontro Nacional sobre Saúde do Trabalhador: Relatório Preliminar. Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde/Divisao Nacional de Ecologia Humana e Saúde Ambiental. Brasília, (mimeo), 1986,(b).

BRASIL/MINISTERIO DA SAUDE. Relatório Final da VIII Conferência Nacional de Saúde. Brasília, MS-MPAS, 1986,6p., (a).

BRASIL/MINISTERIO DA SAUDE. Relatórios das Pré-Conferências Estaduais de Saúde do Trabalhador: Documento Síntese. Brasília, Ministério da Saúde, CNST, 1986,s.l. (c).

BRASIL/MINISTERIO DA SAUDE-DIPSAT. Reuniao Técnica sobre implantação do Sistema de Informação em Saúde do Trabalhador. Brasília, (mimeo), 1992,15p.

BRASIL/MINISTERIO DA SAUDE-DTN-DISAT. Relatório das Atividades de Saúde do Trabalhador (1993). Brasília, (mimeo), 1993,3p.

BRASIL/MINISTERIO DO TRABALHO. Plano geral de acao do Ministerio do Trabalho na area de Seguranca e Saude do Trabalhador. Brasília, MTb/SSMT, (mimeo), 1989,70.

BRASIL/MINISTERIO DO TRABALHO. Prestando Contas. Relatório de Gestao - nov/92 a abr/94. Brasília, MTb/SSST, (mimeo), 1994,64p.

BRASIL/MINISTERIO DO TRABALHO E PREVIDENCIA SOCIAL. Parecer sobre o Documento "Saúde do Trabalhador Diretrizes de Ação para o SUS-1991 Brasília". MTPS/Grupo de Referência e Assessoramento Técnico. Brasília, , ,4p., s.d.

BRAVERMAN, H. Trabalho e Capital Monopolista: a degradação do trabalho no século XX. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan SA, 1987,379p.

BREILH, J. Epidemiologia - Economia, Política e Saúde. Sao Paulo, UNESP/HUCITEC, (mimeo), 1991,276p.

BREILH, J. & GANDRA, E. Saúde na Sociedade. Sao Paulo, ABRASCO, 1986,35-51/215.

- BRESLOW, L. The future of Public Health: Prospects in the United States for the 1990s. *Annu. Rev. Public. Health.* 11: 1-28, 1990.
- BRITO, I.F. Reestruturação produtiva, saúde dos trabalhadores e os Programas de Qualidade. Brasília, (mimeo), 1993, 11p.
- BUSCHINELLI, J.T.P. Epidemiologia das doenças profissionais registradas no Brasil na década de 80. [Dissertação de Mestrado, Faculdade de Saúde Pública da USP]. São Paulo, , 1993, 139p.
- BUSS, P.M. Refletindo sobre uma prática pedagógica. In: ABRASCO. Estudos de Saúde Coletiva. Rio de Janeiro. ABRASCO. +1988, p.5-9.
- CALDERÓN-GUTIERREZ, F. Os movimentos sociais frente à crise. In: SHERER-WARREN, I & KRISCHKE, P.J. (orgs.). Uma revolução no cotidiano?-os novos movim.soc.na Am.do Sul. São Paulo. Brasiliense. +1987, p.191-213.
- CALDERÓN-GUTIERREZ, F. & JELIN, E. Classes Sociais e movimentos sociais na América Latina: perspectivas e realidades. *Rev. Bras. Ciências Sociais.* 5(2):67-85, 1987.
- CAMARA, V.M. Estudo comparativo dos efeitos tardios dos fungicidas organo-mercuriais no município de Campos-RJ. [Tese de Doutorado, Escola Nacional de Saúde Pública, FIOCRUZ]. Rio de Janeiro, , 1985, 283p.
- CAMPANHOLE, (Org.). Legislação da Previdência Social: Leis complementares. 4 ed. São Paulo, Atlas, 1994, 521p.
- CAMPINAS. O Programa de Saúde do Trabalhador do Município de Campinas. Campinas, (mimeo), 1991, 23p.
- CAMPOS, F.E. et al. Produção e Saúde: Relatório de Pesquisa. Belo Horizonte, FUNDEP, (mimeo), 1982, 319p.

- CAMPOS, G.W.S.** Modelos Assistenciais e Unidades Básicas de Saúde: elementos para debate. In: **CAMPOS, G.W.S.; MERHY, E.E. & NUNES, E.D.** Planejamento sem normas. São Paulo. HUCITEC. +1989, p.53-60.
- CAMPOS, G.W.S.** Reforma da Reforma: repensando a saúde. São Paulo, HUCITEC, 1992, 220p.
- CAMPOS, G.W.S.; MERHY, E.E. & NUNES, E.N.** Planejamento sem normas. São Paulo, HUCITEC, 1989, 134p.
- CAMPOS, J.L.D.** O acidente do Trabalho na Constituição. *Proteção*. 1(5):72-80, 1989.
- CAMPOS, J.L.D.** Responsabilidade Civil e Criminal decorrente do Acidente do Trabalho. São Paulo, MPSP, (mimeo), 31p., s. d.
- CAMPOS, R.** Você é favorável à Privatização da Previdência Social?. *Conjuntura Social, Brasília*. 3(1):15-6, 1992.
- CAMPOS, R.L.B.** Integralidade na atenção à Saúde do Trabalhador: notas para discussão. Brasília, (mimeo), 1993, 5p.
- CANADA - GOUVERNEMENT DU QUEBEC.** Le systeme de santé et des Services sociaux du Québec - un aperçu. Québec, (mimeo), 1989, 94p.
- CAPISTRANO FILHO, D.** Apresentação. In: **ODDONE, I. et al.** Ambiente de Trabalho: a luta dos trabalhadores pela saúde. São Paulo. HUCITEC. +1986, p.7-9.
- CARNEIRO, S.A.M.** A Saúde do Trabalhador e a vigilância nos ambientes de trabalho. São Paulo, (mimeo), 1993, 7p.
- CARNEIRO, S.A.M.** Programa de Saúde do Trabalhador: relato de uma experiência. São Paulo, (mimeo), 1992, 11p.

CARTA DE OTTAWA. . *Bol. of Sanit. Panam.* 103(1):76-81, 1987.

CARVALHO, G. O caos no financiamento da saúde... no fundo do poço. In: **MINISTÉRIO DA SAÚDE.** Cadernos da Nona - Vol.1. Brasília. Ministério da Saúde. +1992, p.61-72.

CARVALHO, R.Q. Projeto de Primeiro Mundo com conhecimento e trabalho do terceiro?. *Estudos Avançados.* 7(17):35-79, 1993.

CASSOU, B. & PISSARO, B. Workers' participation and occupational health: the French experience. *Intern. Journal of Health Serv.* 18(1):139-52(1), 1988.

CASTELLANOS, P.L. Sobre el concepto de salud-enfermedad. Descripción y explicación de la situación de salud. *Bol. Epidemiológico OPAS.* 10(4):1-7, 1990.

CASTELLANOS, P.L. Avances metodológicos en Epidemiologia. Mesa Redonda no Congresso Brasileiro de Epidemiologia. Campinas, (In: Anais), 1990, p.210-6.

CASTLEMAN, B. & NAVARRO, V. International mobility of hazardous products, industries and wastes. *Intern. J. Health Services.* 17:617-33, 1987.

CASTLEMAN, B.I. The export of hazardous factories to developing nations. *Int. J. Hlth. Serv.* 9:569-606, 1979.

CASTLEMAN, B.I. & ZIEM, G.E. Corporate influence on threshold limit values. *Am. J. Ind. Med.* 13:531-59, 1988.

CASTRO, N.A. & GUIMARAES, A.S.A. Além de Braverman, depois de Burawoy: vertentes analíticas na sociologia do trabalho. *Rev. Bras. Ciências Sociais.* 17(6):44-52, 1991.

- CATANI, A.M. & GENNARI, A.M. O que é Capitalismo. Sao Paulo, Brasiliense, 1980,117p.
- CEARA. II Conferência Estadual de Saúde do Trabalhador: Relatório Final. Fortaleza, (mimeo), 1989,10p., (c).
- CEARA/SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE. Proposta para implantação da atenção à saúde do trabalhador no âmbito do SUDS, no Estado do Ceará. Fortaleza, (mimeo), 1989,7p., (a).
- CEARA/SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE. Saúde do Trabalhador: Plano para 1990. Fortaleza, SES-CE/CESTMA, (mimeo), 1989,3p., (b).
- CEARA/SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE-CESTMA. Saúde do Trabalhador: Resumo de Atividades. Fortaleza, SES-CE/CESTMA, 1990,5p.
- CENTRAL ÚNICA DOS TRABALHADORES (CUT). Sindicalismo, Desenvolvimento e Meio Ambiente. Sao Paulo. . 1(1):3, 1993.
- CENTRO DE DOCUMENTAÇÃO/PARES/ENSP/FIOCRUZ. Bibliografia Comentada da Produção Brasileira sobre SILOS. Rio de Janeiro, CEDOC/PARES/ENSP/FIOCRUZ, 1992,46p.
- CENTRO DE ESTUDOS DA SAÚDE DO TRABALHADOR E ECOLOGIA HUMANA (CESTEH). Relatório de Atividades - ano 1991. Rio de Janeiro, CESTEHE/FIOCRUZ, ,41p., s.d.
- CENTRO PAN-AMERICANO DE ECOLOGIA HUMANA E SAÚDE (ECO). Saúde e desenvolvimento industrial na America Latina e Caribe. Saúde e trab. 1(3):146-52, 1987.
- CGIL-CISL-UIL. Fabbrica e salute - Atti della Conferenza nazionale. Rimini, 27-30 marzo 1972.. Roma, Edizioni Seusi, 1972,.

- CLARK, E.G. & LEAVELL, H.R. Níveis de Aplicação das Medidas Preventivas. In: LEAVELL, H.R. & CLARK, E.G.. Medicina Preventiva. Sao Paulo. McGraw-Hill. +1976, p.11-36.
- CLARKE, R.D. Participación de los trabajadores en la seguridad e higiene del trabajo en el Canada. *Rev. Intern. del Trabajo*. 101(3):391-8, 1982.
- COHN, A. Previdência Social e Processo Político no Brasil. Sao Paulo, Moderna, 1981,.
- COHN, A. & MARSIGLIA, R.G. Processo e Organização do Trabalho. In: ROCHA, L.E.; RIGOTTO, R.M. & BUSCHINELLI, J.T. (Orgs.). Isto é trabalho de gente? vida, doença e trabalho no Brasil. Petrópolis. Vozes. +1993, p.178-86.
- COHN, A. et al. Acidentes do Trabalho: uma forma de violência. Sao Paulo, Brasiliense, 1985,158p.
- COMISSAO NACIONAL DE REFORMA SANITARIA (CNRS). Saúde do Trabalhador. In: CNRS. Documentos III. Brasília. MS/VIII CNS. +1987, p.131-44.
- CORDEIRO, H. A indústria da saúde no Brasil. Rio de Janeiro, Graal/CEBES, 1980,230p.
- COSTA, D.F. et al. Seminário Nacional de Saúde do Trabalhador: Relatório. Santos, (mimeo), 1991,7p.
- COSTA, D.F. et al. Programa de Saúde dos Trabalhadores - a experiência da zona norte: uma alternativa em Saúde Pública. Sao Paulo, Oboré, 1989,382p.
- COSTA, F.A.F. & SIGNORINI, I.A.A. O acidente do trabalho no SUS. Manaus, (mimeo), 1992,18p.

- COSTA, N.R. Lutas urbanas e controle sanitário: origens das políticas de saúde no Brasil. Petrópolis, Vozes, 1986, 121p.
- COSTA, N.R. Acidentes do Trabalho. In: IBASE. Saúde e Trabalho no Brasil. Petrópolis. Vozes. +1982, p.50-4.
- COSTA, S.V. Impacto dos acidentes do trabalho: Benefícios Acidentários, um breve estudo. *Previdência em Dados*, R. Janeiro. 8(3):21-33, 1993.
- COUTINHO, C.N. Representação de interesses, formulação de políticas e hegemonia. In: TEIXEIRA, S.M.F. Reforma Sanitária: em busca de uma teoria. São Paulo. Cortez. +1989, p.47-60.
- CRANMER, J.M. & GOLDBERG, L. Neurobehavioral effects of solvents. *Neurotoxicology*. 7:11-95, 1986.
- CRAWFORD, R. You are dangerous to your health: the ideology and politics of victim blaming. *Intern. Journal of Health Serv.* 7(4):663-80, 1977.
- CUNHA, R.E. Avançando para a municipalização plena da saúde: o que cabe ao município. Belo Horizonte, (mimeo), 1993, 32p.
- CURY, G.C. Intoxicação por agrotóxicos em trabalhadores rurais no Município de Baldin, Minas Gerais, 1985. [Dissertação de Mestrado, Escola de Veterinária]. Belo Horizonte, EV/UFMG, 1986,.
- DAB, W. & WHITE-GUAY, B. Les DSC et la loi sur la santé et la sécurité au travail. *Union Médicale du Canada*. 110: 373-6, 1981.
- DECLARAÇÃO DE QUITO. Reunião Andina sobre o Desenvolvimento da Teoria e da Prática da Saúde Pública, Quito, setembro de 1993. in: ABRASCO - BOLETIM DA ABRASCO. . 51(9):12, 1993.

- DEJOURS, C. Por um novo conceito de saúde. *Rev. bras. saúde ocup.* 54(14):7-11, 1986.
- DEPPE, H.U. State and Health. *Soc. Sci. Med.* 100:1-6, 1988.
- DEUTSCH, S. Workplace democracy and worker health: strategies for implementation. *Intern. Journal of Hlth Servs.* 18(4):647-59, 1988.
- DIAS, E.C. Evolução e Aspectos Atuais da Saúde do Trabalhador no Brasil. *Boletim de la Oficina San.Panam.* 115(3):202-214 a, 1993.
- DIAS, E.C. Pontos para uma reflexao sobre a atençao à saúde dos trabalhadores no Sistema de Saúde no Brasil. Belo Horizonte, (mimeo), 1993,11p. (c).
- DIAS, E.C. Aspectos Atuais da Saúde do Trabalhador no Brasil. In: ROCHA, L.E.; RIGOTTO, R.M. & BUSCHINELLI, J.T.P. (Orgs.). *Isto é Trabalho de Gente?: vida, doença e trabalho no Brasil.* Petrópolis. Vozes. +1993, b.
- DIAS, E.C. O Hospital de ensino e a saúde do trabalhador. Encontro Brasileiro de Serviços de Saúde do Trabalhador em Hospitais Universitários. (II Congresso Rede IDA-Brasil, Sao Paulo, junho 1993). Belo Horizonte, (mimeo), 1993,17p., (a).
- DIAS, E.C. O Ambulatório de Doenças Profissionais do Hospital das Clínicas de Belo Horizonte e a Saúde do Trabalhador em Minas Gerais. *Rev. Med. Minas Gerais.* 2(3): 149-52(b), 1992.
- DIAS, E.C. Visita a Centros de Saúde do Trabalhador em Hospitais de Ensino, nos EUA - Notas de Viagem. Belo Horizonte, (mimeo), 1992,5p. (c).

DIAS, E.C. Atividades de Saúde do Trabalhador no SUS: Cadastro de Programas/Centros de Referência em Saúde do Trabalhador no Brasil-Relatório Técnico. Belo Horizonte, , 1992,30p. (a).

DIAS, E.C. Contribuição para a identificação de estratégias visando a operacionalização das ações de Saúde do Trabalhador no âmbito do SUS-Projeto de trabalho. Belo Horizonte, (mimeo), 1991,10p.

DIAS-LAUAR, E. et al. Relatório Final da I Reunião sobre Ensino e pesquisa em Saúde Ocupacional. Campos do Jordão.In: ABRASCO. Ensino de Saúde Pública. Medicina Prev.e Social no Brasil. Rio de Janeiro. ABRASCO. +1984, p.207-2,b.

DIAS-LAUAR, E.C. A Saúde e Segurança dos trabalhadores e seus determinantes. Brasília, MS/CNST, (mimeo), 1986,20p.

DIAS-LAUAR, E.C. et al. Introdução de programas de saúde e segurança dos trabalhadores na rede pública de serviços de saúde, no Estado de Minas Gerais. Relatório Final de Pesquisa. Brasília, MTb/UFGM/FUNDEP, (mimeo), 1988,85p.

DIAS-LAUAR, E.C. et al. Implantação de programa de Saúde Ocupacional no Ambulatório do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais. Rev. bras. saúde ocup. 12(48):71-4, 1984.

DIAS-LAUAR, E.C. et al. O papel do Hospital de Ensino na luta pela Saúde do Trabalhador - uma reflexão sobre o trabalho nos ambulatórios especializados no atendimento da doença ocupacional. Belo Horizonte, (mimeo), 1985,12p.

DIESAT. Insalubridade: Morte lenta no trabalho. São Paulo, Oboré, 1989,224p.

DIESAT. Programa de Saúde do Trabalhador de Santos espera melhores resultados em 1990. Trabalho & Saúde. 10(27):6-7, (b), 1990.

- DIESAT. Centro de Referência em Saúde do Trabalhador do ABCD tem trabalho extra com o novo governo. *Saúde e Trabalho*. 10(28):3 (a), 1990.
- DINIZ, C.A.; ROCHA, L.E. & MARTINS, M.C. Da Medicina do Trabalho à Saúde dos trabalhadores: a inspeção do trabalho e a participação dos trabalhadores. V Congresso da Associação Nacional de Medicina do Trabalho. Florianópolis, Anais, ANAMT, 1987,p.331-44.
- DOLL, R. Health and the Environment in the 1990s. *American Journ.of Public Health*. 82(7):993-41, 1992.
- DONNANGELO, M.C. A pesquisa na área de Saúde Coletiva no Brasil - a década de 70.In: ABRASCO. Ensino de Saúde Pública, Medicina Preventiva e Soc.no Brasil. Rio de Janeiro. ABRASCO. +1983, 19-35p.
- DONNANGELO, M.C. & PEREIRA, L. Saúde e Sociedade. 2 ed.Sao Paulo, Duas Cidades, 1979,124p.
- DRAIBE, S.M. O "WELFARE STATE" no Brasil: Características e Perspectivas. Campinas, (mimeo), 1990,25p. (b).
- DRAIBE, S.M. As políticas sociais brasileiras: diagnóstico e perspectivas.In: IPEAS/IPLAN. Para a década de 90: prioridades e perspectivas de pols.púbs. Brasília. IPEAS. +1990, (a).
- DRAIBE, S.M.; VIANA, A.L. & SILVA, P.L.B. Desenvolvimento de políticas de Saúde nos anos 80 - o caso brasileiro. Campinas, NEPP (mimeo), 1990,50p.
- DURAO, A. & BARRERA, C. Aspectos conceptuales de introducción a la salud de los trabajadores, su importancia como derecho social y su contribución al progreso economico y al desarrollo social e bienestar. Washington, (OPAS-H[E/WH 7207), 1992,15p.

ECHTERNACHT, E.H.O. Com quantos paus se faz uma canoa? ou com quantas mortes se faz um navio? Sobre o modo de trabalhar, adoecer e morrer dos trabalhadores jatistas em estaleiros do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, [Dis.Mestrado, COPPE/UFRJ], 1991,.

ECHTERNACHT, E.H.O & AGUIRRE DE SOUZA, M.A. Programa de Atenção à Saúde dos Trabalhadores. Juiz de Fora, (mimeo), 1986, 20p.

EL BATAWI, M.A. & HUSBUMRER, C. Epidemiological approach to planning and development of occupational health services at national level. *Intern. Journal of Epidemiology*. 16(2): 288-92, 1987.

ELLING, R. Cross-national study of health systems - political, economics and health care. New Brunswick, Transaction books, 1980, 253p.

ELLING, R.H. The struggle for workers' health - a study of six industrialized countries. New York, Baywood Publis. Comp. Inc, 1986, 500p.

ENGELS, F. A situação da classe trabalhadora na Inglaterra. , Porto, Afrontamento, 1975,.

ESCOREL, S. A reviravolta na saúde: origem e articulação do Movimento Sanitário. [Dissertação de Mestrado - Escola Nacional de Saúde Pública da FIOCRUZ]. Rio de Janeiro, , 1987,.

ESPIRITO SANTO/SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE. Programa de Atendimento e Prevenção à Saúde do Trabalhador. Vitória, (mimeo), , 18p., s.d.

EUROPEAN COMMUNITIES. Council Directive 89/391/EEC on the introduction of measures to encourage improvements in the safety and health of workers at work. *Official Journal of the Eur.Com.* L(183):1-8, 1989.

- FACCHINI, L.A.** Processo de trabajo, cambio tecnológico y desgaste obrero. [UAM-Xochimilco, Maestria en Medicina Social]. México, [Dissertação de Mestrado], 1986,.
- FACCHINI, L.A.** Uma contribuição da Epidemiologia: o modelo da determinação social aplicado à saúde do trabalhador. In: **ROCHA, L.E.; RIGOTTO, R.M. & BUSCHINELLI, J.T. (ORGS.).** Isto é trabalho de gente? vida, doença e trabalho no Brasil. São Paulo. Vozes. +1993, p.178-86b.
- FACCHINI, L.A.** Por que a doença? A inferência causal e os marcos teóricos de análise. In: **ROCHA, L.E.; RIGOTTO, R.M. & BUSCHINELLI, J.T. (Orgs.).** Isto é trabalho de gente? vida, doença e trabalho no Brasil. São Paulo. Vozes. +1993, p. 33-55(a).
- FACCHINI, L.A.** Centro de Referência em Saúde do Trabalhador de Pelotas. Pelotas, (mimeo), 1992,1p.
- FADEL DE VASCONCELLOS, L.C.** Municipalização em Saúde do Trabalhador. Por que? Pra que?. Rio de Janeiro, (mimeo), 1993,8p.
- FADEL DE VASCONCELLOS, L.C.** Os Caminhos do Caminho: a municipalização como estratégia de consolidação da saúde do trabalhador no setor saúde. [Dissertação de Mestrado apresentada à ENSP/FIOCRUZ]. Rio de Janeiro, ENSP/FIOCRUZ, 1994,193p.
- FADEL DE VASCONCELLOS, L.C.; BRANDAO DE OLIVEIRA, L.S. & BARROS DE OLIVEIRA, M.H.** Os caminhos do seguro acidente do trabalho na Reforma Previdenciária. Rio de Janeiro, (mimeo), 1993,55p.
- FALCAO, V.** Previdência do Trabalhador Rural. 3 ed. Brasília, INCRA, ,s.d.,138p.
- FALEIROS, V.P.** Previdência Social e Neoliberalismo. Brasília, (mimeo), 1993,18p.

FALEIROS, V.P. O Trabalho da Política: Saúde e segurança dos trabalhadores. Sao Paulo, Cortez, 1992,312p.

FANTINO, J.P. et al. Médecine du travail et santé publique: le milieu du travail comme observatoire de santé. *Archives des maladies profiss.* 43(4):297-9, 1982.

FELIPE, J.S. Perspectivas de financiamento do SUDS. Análise preliminar da Programação-orçamentação integrada (POI) 88/90. , (mimeo), 1988,s.l., 26p.

FERNANDES, A. Notas sobre a Assistência Médica na Lei Orgânica da Previdência Social e na Consolidação das Leis do Trabalho (exceto no acidente do trabalho). Brasília, MS/ICNST, 1986,11p.

FERREIRA JR., Y.M.; IGUTTI, A.M. & MENDES, R. Aspectos operacionais de um ambulatório universitário de Medicina do Trabalho - A experiência da UNICAMP. *Saúde Ocup. Seg.* 17(1): 44-7, 1982.

FERREIRA, L.L. Les travailleurs postés et leur sommeil. Une étude dans l'industrie brésilienne. [Tese de Doutorado, Conservatoire National des Arts e Métiers]. Paris, , 1988,.

FERREIRA, M.A.F. Indecisões de uma Política Social: O Sistema Único de Saúde em cheque. Porto Alegre, (mimeo), 1993,13p.

FEYERABEND, P.. Contra o Método. 3 ed.Rio de Janeiro, Fancisco Alves, 1989,487p.

FILHOTE, M.I. DE F. & CAMARA, V.M. (coord.). Saúde do Trabalhador: situação da população trabalhadora e empresas na XX Região Administrativa do Município do Rio de Janeiro. *Cadernos de Saúde Coletiva.* 1:7-51, 1988.

- FISCHER, F.M. & PARAGUAY, A.I.B.B. A Ergonomia como instrumento de pesquisa e melhoria das condições de Vida e Trabalho. In: FISCHER, F.M.; GOMES, J.R. & COLACIOPPO, S. Tópicos de saúde do trabalhador. Sao Paulo. HUCITEC. +1989, p.19-71.
- FLEURY, S.M. Estado, Poder e Democratização da Saúde. In: FLEURY, S.M. (org.). Saúde: Coletiva? questionando a onipotência do Social. Rio de Janeiro. Relume-Dumará. +1992, p.13-44 b.
- FLEURY, S.M. (org.). Saúde: Coletiva? questionando a onipotência do Social. Rio de Janeiro, Relume-Dumará, 1992, 231p. (a).
- FLEURY-TEIXEIRA, S.M. Reflexões teóricas sobre democracia e Reforma Sanitária. In: FLEURY-TEIXEIRA, S.M. (Org.). Reforma Sanitária. Sao Paulo. Cortez. +1989, p.17-45.
- FLEURY-TEIXEIRA, S.M. Cidadania, Direitos Sociais e Estado. Rio de Janeiro, (mimeo), ,s.d., 21p.
- FLEURY-TEIXEIRA, S.M. (Org.). Reforma Sanitária - em busca de uma teoria. Sao Paulo, Cortez, 1989, 232p.
- FLEURY-TEIXEIRA, S.M. et al. Antecedentes da Reforma Sanitária. Rio de Janeiro, PEC/ENSP, 1988, 70p.
- FLEURY-TEIXEIRA, S.M.F. Política Social em crise na América Latina. III Seminário Latinoamericano de Medicina Social. Ouro Preto, (mimeo), 1984, 56p.
- FOA, V. La médecine du travail en Italie. Cad. Méd. interprofess. 16(76):26-9, 1979.
- FORATTINI, O.P. Epidemiologia Geral. Sao Paulo, Edgard Blücher-Ed. USP, 1976, 259p.

- FORÇA SINDICAL.** Reuniao Preparatória para ECO 92: Informe. Praia Grande-SP, IS, (mimeo), 1992,3p.
- FOWLER, B.A. & SILBERGELD, E.K.** Occupational diseases: new workforces, new workplaces.In: **LANDRIGAN, P.J. & SELIKOFF, I.J.** Occupational health in the 1990s. New York. Annals N.Y. Academy of Sci. +1989, p.46-54.
- FRANCO, T.** Trabalho Industrial e Meio Ambiente: a experiência do complexo industrial de Camaçari/Bahia.In: **MARTINE, G.** População, Meio Ambiente e Desenv.: verdades e contradições. Campinas. UNICAMP. +1993, p.69-100.
- FREITAS, C.U.; LACAZ, F.C.C. & ROCHA, L.R.** Saúde Pública e ações de saúde do trabalhador: uma análise conceitual e perspectivas de operacionalização programática na rede básica da Secretaria de Estado da Saúde. *Temas IMESC. Soc. Dir. Saúde.* 2(1):3-10, 1985.
- FREITAS, N.B.B.** Limites do exercício do direito de recusa ao trabalho em condições de risco grave e iminente. *Gestão & Produção.* 1(1):77-88, 1994.
- FRENK, J.** The new public health. *Annu. Rev. Publ. Health.* 14:469-90, 1993.
- FRUMKIN, H. & CAMARA, V.M.** Occupational Health and Safety in Brazil. *Amer. J. Public Health.* 81(12):1619-24, 1991.
- FUNDACENTRO.** Proposta para a Política Nacional de Segurança e Saúde dos Trabalhadores. Sao Paulo, MS/CNST, FUNDACENTRO, 1986,13p.
- GALLO, E.; RIVERA, F.J.U. & MACHADO, M.H. (Org.).** Planejamento Criativo: novos desafios em Políticas de Saúde. Sao Paulo, Cortez, 1992,212p.

- GARCIA, J.C.** Medicina e sociedade: correntes de pensamento no campo da saúde. In: **NUNES, E.D. (org.)**. Juan Cesar Garcia: pensamento social em saúde na Am. Latina. Sao Paulo. Cortez. +1989, p.68-99,a.
- GARCIA, J.C.** A categoria Trabalho na medicina. In: **NUNES, E.D. (org.)**. Juan Cesar Garcia: pensamento soc. em saúde na Am.Latina. Sao Paulo. Cortez. +1989, p.100-24c.
- GARCIA, J.C.** As ciências sociais em medicina. In: **NUNES, E.D. (Org.)**. Juan Cesar Garcia: pensamento social em saúde na Am. Latina. Sao Paulo. Cortez. +1989, p.51-67,b.
- GARFIELD, J.** Alienated labour, stress and coronary disease. *Intern. Journal for Hlth Serv.* 10(4):551-61, 1980.
- GAWRYSZEWSKI, M.** Uma proposta de ação sindical na luta pela saúde. sl, sd., (mimeo), ,7p.
- GEVERS, J.K.M.** Worker control over occupational health services: the development of legal rights in the EEC. *Intern. J. Health Serv.* 15(2):217-29, 1985.
- GIVRY, J.** PIACT (International Programme for the improvement of working conditions and environment). In: . Encyclopedia of occupational health and safety. Geneva. ILO. 3 ed.+1983, p.1700-2.
- GLASER, B.G. & STRAUS, A.L.** The discovery of grounded theory. 7th ed. Chicago, Aldine Publishing Company, 1975. In: (apud) **HAGUETTE, T.M.F.**. Metodologias Qualitativas na Sociologia. Petrópolis. Vozes. 3 ed.+1990, .
- GOIAS/SECRETARIA DE SAÚDE.** Saúde do Trabalhador: Proposta para 1990. Goiania, SUDS/SABS/DSC=DST,(mimeo), 1989,2p.
- GOMES, C.L.S.** Projeto: Plano de Organização do Serviço de Saúde do Trabalhador no Município de Contagem-MG. Contagem, (mimeo), 1990,12p.

- GOMES, C.L.S. Ambulatório de Doenças Profissionais: 7 anos depois. Belo Horizonte, (mimeo), 1990,30p.
- GOMES, J.R. Relatório das visitas de apoio técnico - período de 24/1 a 10/3/89. Sao Paulo, (mimeo), 1989,112p.
- GOMES, J.R. & BEDRIKOW, B. Papel da Organização Internacional do Trabalho (OIT) na promoção da saúde do trabalhador. *Rev. bras. saúde ocup.* 15(58):23-6, 1987.
- GOMEZ, C.M. & CARVALHO, S.M.T.M. Social Inequalities, Labor and Health. *Cad. Saúde Públ., Rio de Janeiro.* 9(4):498-503, 1993.
- GOMEZ, C.M.M.; CARVALHO, S.M.T. & PORTO, M.F.S. Por uma Ecologia do Trabalho. In: HUCITEC/ABRASCO. Saúde, Ambiente e Desenvolvimento. Rio de Janeiro. HUCITEC/ABRASCO. +1992, p. 93-97.
- GONÇALVES, E.L. (Coord.). Administração de Saúde no Brasil. Sao Paulo, Livraria Pioneira Editora, 1982,228p.
- GONÇALVES, F.M. & PROCOPIO, M.E.N. Proposta para implantação de um Programa de Saúde Ocupacional na Rede Básica de Serviços de Saúde em Belo Horizonte, Minas Gerais. Belo Horizonte, (mimeo), 1984,5p.
- GONÇALVES, R.B.M. Medicina e História: Raízes sociais do trabalho médico. [Dissertação de Mestrado - FM/USP]. Sao Paulo, (mimeo), 1979,399p.
- GORZ, A. Pour donner un sens aux changements. , (mimeo), 1988,s.l.
- GREEN, J. Detecting the hypersusceptible worker: genetics and politics in industrial medicine. *Intern. Journal of Health Servs.* 13(2):247-63, 1983.

- GREEN, L.W. & KREUTER, M.W. Health Promotion as a public health strategy for the 1990s. *Annu. Rev. Public Health*. 11: 319-34, 1990.
- GRIECO, A. et al. Modello di strutturazione territoriale integrata dei servizi di medicina preventiva del lavoro. *Med. Lavoro*. 67(3):240-60, 1976.
- GROSSI, L.E.R.; ALMEIDA, S.M.R.; MEIRELLES, A.F. Proposta de um Ambulatório Integrado de Doenças Ocupacionais. Juiz de Fora, (mimeo), 1987,7p.
- GUATTARI, F. As Três Ecologias. Campinas, Papirus, 1990,56p.
- GUIDOTTI, T.L. Desirable characteristics of the teaching Occupational Medicine Clinic. *J. occup. Med*. 26(2):105-9, 1984.
- GUTIERREZ, P.R. Atenção à Saúde do Trabalhador no SUS: subsídios para discussão. Londrina, (mimeo), 1993,17p.
- GUTIERREZ, P.R. Programa de Saúde Ocupacional para pequenas e médias empresas em Londrina. In: Congresso Nacional de Prevenção de Acidentes do Trabalho, XV. Belo Horizonte, CONPAT-Anais, 1976,p.1019-29.
- HAGUETTE, T.M.F. Dialética, dualismo epistemológico e pesquisa empírica. In: HAGUETTE, T.M.F. (Org.). *Dialética Hoje*. Petrópolis. Vozes. +1990, p.145-75.
- HAGUETTE, T.M.F.. Metodologias Qualitativas na Sociologia. 3 ed. Petrópolis, Vozes, 1992,224p.
- HAICK, M. Leucopenia e o momento atual. *Bol. Soc. Bras. Hematol. Hemoter*. 9(144):152-3, 1987.

- HELLER, A. O cotidiano e a História. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1985,p.17-20.
- HENAO, S. Actividades de Salud Ocupacional en la red de servicios de salud - experiencia del Instituto de los Seguros Sociales - Seccional Antioquia, Medellin, Colombia.. In: DOCUMENTO DE TRABAJO No.2. Sem./Taller "Activ.de Salud Ocup.en la Red de Serv.de Salud". Campinas. OPS. +1984, 26p.
- HERRERA, A.O. Risk and opportunity: the building of the future. Campinas, (mimeo), 1992,41p.
- HOBSBAWM, E.J. Mundos do Trabalho: novos estudos sobre história operária. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1987,447p.
- HOBSBAWM, E.J. Adeus a tudo aquilo.In: BLACKBURN, R. (Org.). Depois da Queda: o fracasso do comunismo e o futuro do soc.. Rio de Janeiro. Paz e Terra. +1993, p.93-106.
- HOGAN, M.M. The organization and the injured worker. Medical Care Review. 48(4):449-72, 1991.
- HOGSTEDT, C. & SUNDELL, L. Regional Centers in Sweden for medical investigations and research concerning health and safety in work places. Department of Occupational Medicine. Orebro, Sweden, (mimeo), ,s.d., 24p.
- HUNTER, D. The diseases of occupations. 5 ed.London, The English Un.Press, 1974,1225p.
- IBGE-FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Anuário Estatístico do Brasil. Rio de Janeiro, IBGE, 1992,1116p.
- IBGE-FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Trabalho no Brasil. Rio de Janeiro, IBGE, 1993, 360p.

- INSTITUTO DE MEDICINA DEL TRABAJO-CUBA.** La higiene del trabajo y las enfermedades profesionales en los países del CAME. Habana, IMT/HABANA, 1987,139p.
- INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR/CUT.** INST. *Revista do INST, Sao Paulo.* 2(2):1, 1991.
- INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE NO TRABALHO/CUT.** Silicose. *Revista do INST, Sao Paulo.* 2(9):4-5, (a), 1992.
- INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE NO TRABALHO/CUT.** Propostas para as Conferências de Saúde do Trabalhador. Sao Paulo, (mimeo), 1993,4p.
- INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE NO TRABALHO/CUT.** L.E.R. *Revista do INST, Sao Paulo.* 2(9):6, (b), 1992.
- INTERNATIONAL LABOUR OFFICE.** World Labour Report 1994. Geneva, ILO, 1994,.
- INTERNATIONAL LABOUR OFFICE.** Encyclopaedia of Occupational Health and Safety. 2 ed.Geneva, ILO, 1983,1621p.,2v.
- INTERNATIONAL LABOUR OFFICE (ILO).** Convention 161 and Recommendation 171 concerning Occupational Health Services. Geneve, ILO, 1985,6p and 8p.
- IYDA, M.** Cem anos de Saúde Pública: a cidadania negada. Sao Paulo, Ed.da Univ.Est.Paulista, 1994,148p.
- JARVISALO, J. et al. (Ed).** Occupational Health as a component of primary health care (Proceedings of a WHO Meeting. 9-13 September, 1985, Torku). *Nat. Board of Health in Finland.* 94:375, 1986.
- JEYARATNAM, J.** The transfer of hazardous industries. *Journ. of Occup. Medicine.* UK. 40:123-6, 1990.

- JOANILHO, A.L. O Corpo de quem trabalha: estratégias para a construção do Trabalhador (1900-1920). [Dissertação de Mestrado - Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da UNICAMP]. Campinas, UNICAMP, 1990,.
- JOAO MONLEVADE/PREFEITURA MUNICIPAL. Centro de Referência em Saúde do Trabalhador - Relatório de Atividades (1991-1992). Joao Monlevade, PMJM/CRST, (mimeo), 1992,14p.
- JOAO MONLEVADE/PREFEITURA MUNICIPAL. I Seminário de Saúde do Trabalhador no Vale do Aço - Relatório Final. Joao Monlevade, PMJM, 1989,26p.
- JOINT ILO/WHO COMMITTEE ON OCCUPATIONAL HEALTH. Geneva, 1953. Second Report. Geneva, WHO-Techn.Rep.Ser., 1953,30p.
- JOLLY, D. & GERBAUD, I. The hospital of tomorrow. Geneva, World Health Organization, 1992,55p.
- JUNQUEIRA, J.A. Definição de Saúde Ocupacional da OIT-OMS. *Saúde Ocup. Seg.* 11(2):58-60, 1976.
- KADT, E. & TASCA, R. Promovendo a equidade: um novo enfoque com base no setor saúde (trad. Angela Maria Tijiwa). Salvador, HUCITEC, 1993,107p.
- KEHOE, R.A. Occupational Medicine and Public Health. *Public Health Reports*. 76(8):645-9, 1961.
- KENNEDY, S.M. Medical screening of occupational disease risk is not a control measure. *Am. J. Ind. Med.* 20:271-2, 1991.
- KEY, M.M. State and local health deparments. *Journ.of Occup. Medicine*. 27(5):379-85, 1985.

- KLECZKOWSKI, B.M.; ROEMER, M.I. & DER WERFF, A.V. Sistemas nacionales de salud y su reorientación hacia la salud para todos: pautas para una política. Ginebra, OMS, 1984,134p.
- KLEINMAN, G.D. Occupational Safety and Health - The Swedish model. *Journ.of Occup.Medicine*. 26(12):901-5, 1984.
- KOWARICK, L. Trabalho e vadiagem: a origem do trabalho livre no Brasil. Sao Paulo, Brasiliense, 1987,133p.
- KUCHENBECKER, R.; SOUZA FILHO, G. de A. & NASCIMENTO, J.R. Os sindicatos e os Programas de Saúde do Trabalhador: avanços na conquista da saúde. Porto Alegre, (mimeo), 1992, 18p.
- LACAZ, F.A.C. O Programa de Saúde dos Trabalhadores da Secretaria de Estado da Saúde de Sao Paulo - a agonia de uma proposta. *Cebes*. 36:41-57, 1992.
- LACAZ, F.A.C. Saúde e Trabalho no Brasil: O panorama atual do arcabouço jurídico-institucional. Sao Paulo, (mimeo), 1993,11p, (c).
- LACAZ, F.A.C. Cenário e Estratégias em Saúde dos Trabalhadores de 1986-1994. Sao Paulo, MS-IICNST, 1994,31p.
- LACAZ, F.A.C. Reforma Sanitária e Saúde do Trabalhador. Sao Paulo, (mimeo), 1993,(b).
- LACAZ, F.A.C. Saúde no trabalho. [Dissertação de Mestrado - Faculdade de Medicina da USP]. Sao Paulo, (mimeo), 1983, 112p.
- LACAZ, F.A.C. Desenvolvimento, Ambiente, Trabalho e Saúde. Florianópolis, IICEST-SC, (mimeo), 1993,7p (c).

- LACAZ, F.A.C. Ata do Encontro dos Serviços de Saúde do Trabalhador em Hospitais Universitários. (II Congresso Nacional da Rede IDA/Brasil). Sao Paulo, (mimeo), 1993,2p., (a).
- LADEIRA, R.M. Ações de Saúde do Trabalhador na Rede Pública: uma proposta para discussão. Belo Horizonte, DPCAS-SMSA, (mimeo), 1991,9p.
- LADOU, J. Deadly Migration: Hazardous industries'light to the third world. *Technology Review*. :p.47-53, 1991.
- LAHELMA, E. Does unemployment challenge Public Health?. *Scand. J. Soc. Med.* 12:105-7, 1984.
- LANDRIGAN, P.J. & MARKOWITZ, S. Current magnitude of occupational disease in the United States.In: LANDRIGAN, P. J. & SELIKOFF, I.J. Occupational health in the 1990s. New York. *Annals N.Y. Acad.of Sci.* +1989, p.27-45.
- LANDRIGAN, P.J. et al. Neuropsychological dysfunction in children with chronic low-level lead absorption. *Lancet*. 1: 708-12, 1975.
- LANDRY, P. Le cadre institutionnel de la pratique de la médecine du travail au Québec. *Union Médicale du Canada*. 110(8):691-5, 1981.
- LAURELL, A.C. Processo de trabajo y salud. *Cuadernos Políticos*. 17:59-63, 1978.
- LAURELL, A.C. Ainda sobre Processo de Trabalho e Saúde. *Rev. Saúde em Debate*. 11:8-27, 1981.
- LAURELL, A.C. Saúde e Trabalho: os enfoques teóricos.In: NUNES, E.D. (Org.). *As Ciências Sociais em Saúde na América Latina*. Brasília. OPAS. +1985, p.255-76.

- LAURELL, A.C. A Saúde-doença como processo social. In: NUNES, E.D. (Org.). Medicina Social - aspectos históricos e teóricos. Sao Paulo. Global. +1983, p.133-58.
- LAURELL, A.C. Trabajo y Salud: Estado del conocimiento. In: NUNES, E. & FRANCO, S. (Orgs.). Debates en Medicina Social. Quito/Washington. CEAS/OPS. +1991, p.249-399.
- LAURELL, A.C. & NORIEGA, M. Processo de produção e saúde: Trabalho e desgaste operário; trad. A. Cohn et al. Sao Paulo, HUCITEC, 1989, 333p.
- LE VEN, M.M. Trabalho e Democracia: a experiência dos metalúrgicos mineiros (1978-84). [Tese de Doutorado em Ciências Políticas - Departamento de Ciência Política da USP]. Sao Paulo, USP, 1988,.
- LEAO, E.C.. A Etica do Desenvolvimento. In: LEAL, M. C. et al.. Saude, Ambiente e Desenvolvimento.. Sao Paulo. HUCITEC-ABRASCO. +1992, 217-32.
- LEE, J.S. & ROM, W.N. Legal and ethical dilemmas in occupational health. Ann Arbor Science Publishers. :477p, 1982.
- LEITE, M.A. et al. Projeto de implantação de um Sistema de Vigilância Epidemiológica de intoxicações por agrotóxicos no Município de Ibitiré. Belo Horizonte, (mimeo), 1989, 20p.
- LEITE, M.S.P. Políticas Sociais e Cidadania. *Physis-Revista de Saúde Coletiva*. 1(1):117-31, 1991.
- LIEBER, R.R. Saúde no Trabalho a caminho do ano 2000: tendências na condição ambiental de trabalho. *Rev. bras. Saúde Ocup.* 74(19):52-60, 1991.
- LIMA, D.A. Livro do Professor da CIPA: - subsídios para o desenvolvimento do Curso de Formação dos Membros da CIPA. Sao Paulo, FUNDACENTRO, 1990, 57p.

- LONDRINA/SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E PROMOÇÃO SOCIAL.**
Programa de atenção integral à saúde do trabalhador (PAIST).
Londrina, (mimeo), 1990,17p.
- LUZ, M.T.** Notas sobre as Políticas de Saúde no Brasil de "transição democrática" - anos 80. *PHYSIS - Rev. Saúde Coletiva*. 1(1):77-96, 1991.
- LUZ, M.T.** As instituições médicas no Brasil: instituição e estratégia de hegemonia. Rio de Janeiro, Graal, 1979,295p.
- MACHADO, J.M.H.** Violência no trabalho e na cidade: epidemiologia da mortalidade por acidentes de trabalho registrada no Município do Rio de Janeiro em 1987 e 1988. [Dissertação de Mestrado,ENSP/FIOCRUZ]. Rio de Janeiro, , 1991,.
- MACHADO, J.M.H. & BARCELLOS, C.** Vigilância em Saúde do Trabalhador. Rio de Janeiro, (mimeo), 1993,7p.
- MAGALDI, C. & CORDEIRO, H.** Estado atual do Ensino e da Pesquisa em Saúde Coletiva no Brasil.In: **ABRASCO.** Ensino de Saúde Pública, Medicina Prev. e Social no Brasil. Rio de Janeiro. ABRASCO. +1983, p.37-59.
- MAGALHAES, T. C..** A categoria trabalho (labor) em ARENDT, H. . *Ensaio*s. 14:145, 1985.
- MAHLER, H.** International Conference on Health Promotion in industrialized countries. *Canadian J. of Public Health*. 77: 387-9, 1986.
- MANGA, P. & BROYLES, R.W.** The occupational Health and Safety Act (Bill 70) and Health care Institutions in Ontario. *Canadian J. of Public Health*. 72:17-9, 1981.
- MARINGÁ/AMBULATORIO DE SAÚDE DO TRABALHADOR.** Relato de Atividades - 1993. Maringá, (mimeo), 1994,8p.

- MARINHO SILVA, A.** A saúde do trabalhador na DRT-MG.. Belo Horizonte, (Depoimento pessoal), 1993,.
- MARX, K.** O Capital. Sao Paulo, Abril Cultural, 1983,vol. I.
- McCALL, G. J. & SIMMONS, J. L. (Ed.).** Issues in Participant Observation: a text and reader. Massachusetts, Addison-Wesley Publishing Company, 1969.In: apud **HAGUETTE, T.M.F.** Metodologias Qualitativas na Sociologia. Petrópolis. VOZES. 3 ed.+1992, .
- MEDEIROS, A.C. & BRANDIAO, H.J.** Em busca de novos paradigmas para a análise de políticas públicas. *Rev. Adm. púb.* 24(3):4-53, 1990.
- MEDICI, A.C.** Saúde e crise na América Latina (Impactos sociais e políticas de ajuste). *Rev. Adm. Púb.* 23(3):7-98, 1989.
- MEDICI, A.C. & MARQUES, R.M.** Financiamento e desempenho das Políticas Sociais 1980-1991. *Saúde em Debate (Rev. CEBES).* 42:4-9, 1994.
- MEDRADO-FARIA, M.A.** Os trabalhadores, os técnicos, os empresários e a Reforma Sanitária. Sao Paulo, USP, 1986,10p.
- MEDRADO-FARIA, M.A.** Relato do Encontro "Saúde e Trabalho realizado na XXIV Reuniao da SBPC. Sao Paulo, (mimeo), 1992, 3p.
- MEDRADO-FARIA, M.A.** Saúde e Trabalho Industrial: condições de saúde dos operários brasileiros. *Cienc. Cult. (Sao Paulo).* 40(10):967-75, 1988.
- MEDRADO-FARIA, M.A. et al.** Alguns aspectos sociais relacionados à ocorrência de Acidentes do Trabalho em município industrial: o caso de Cubatão. *Rev. Brasileira Saúde Ocupacion.* 43(11):25-35, 1983.

- MELAMED, C. & RIBEIRO, J.M.** Financiamento em saúde no Brasil: 1988-1992 - novos problemas e proposições. *Saúde em Debate (Rev. do CEBES)*. 41:37-44, 1993.
- MELO, M.S.** Apresentação. In: **BERLINGUER, G.** A saúde nas fábricas. São Paulo. CEBES/HUCITEC/OBORE. +1983, p.7-9.
- MENDES, R.** Aspectos Históricos da Patologia do Trabalho. In: **MENDES, R.** Patologia do Trabalho. Rio de Janeiro. Atheneu (no prelo). +1994, .
- MENDES, R.** Avaliação de tendências e obstáculos ao avanço das novas alternativas de atenção à saúde dos trabalhadores. Brasília, MS/CNST, 1986, 10p., (b).
- MENDES, R.** Subsídios para um debate em torno da revisão do atual modelo de organização de saúde ocupacional no Brasil. *Rev. Brasileira de Saúde Ocupac.* 64(16):7-21, 1988.
- MENDES, R.** O impacto dos efeitos da ocupação sobre a saúde dos trabalhadores. I - Morbidade. *Rev. saúde pública.* 22(4): 311-26(a), 1988.
- MENDES, R.** O impacto dos efeitos da ocupação sobre a saúde dos trabalhadores. I - Mortalidade. *Rev. Saúde Pública.* 22(4):411-57(b), 1988.
- MENDES, R.** Introdução à Medicina do Trabalho. In: **MENDES, R.** Medicina do Trabalho - Doenças Profissionais. São Paulo. Sarvier. +1980, p.3-43.
- MENDES, R.** Doutrina e prática da integração da saúde ocupacional no setor saúde: contribuição para a definição de uma política. [Tese de livre-docência, Faculdade de Saúde Pública da USP]. São Paulo, USP, 1986, 384p.
- MENDES, R.** Achievements in primary health care delivered to workers in the third world. In: . Ann. 23rd International Congress on Occupational Health. Montreal. . +1990, p.39-67.

MENDES, R. Segurança e Saúde no Trabalho: o impacto das constituições estaduais. São Paulo, (mimeo), 1989, 5p.

MENDES, R. Estudo epidemiológico sobre silicose pulmonar na região sudeste do Brasil, através de inquérito em pacientes internados em Hospitais de Tisiologia. *Rev. Saúde Pública.* 13:7-19, 1989.

MENDES, R. Atividades de Saúde Ocupacional em uma Unidade Sanitária - considerações teóricas e projeto apresentado ao Centro de Saúde Experimental da Barra Funda. São Paulo, (mimeo), 1974,.

MENDES, R. & DIAS, E.C. Saúde do Trabalhador. In: **ROUQUAYROL, M.Z.** Epidemiologia e Saúde. Rio de Janeiro. Medsi. 4 ed. +1993, p.383-400.

MENDES, R. & DIAS, E.C. Da Medicina do Trabalho à Saúde do Trabalhador. *Rev. Saúde Pública.* 25(5):3-11, 1991.

MENDES, R. & DIAS, E.C. Dissertações e Teses no tema Saúde & Trabalho realizadas no Brasil, a partir de 1960. Belo Horizonte, (mimeo), 1994, 14p.

MERLO, A.R.C. O taylorismo e a saúde: estudo introdutório sobre a saúde dos metalúrgicos da Região Metropolitana de Porto Alegre. [Dissertação de Mestrado, IFCH/UFRGS]. Porto Alegre, , 1989,.

MERLO, A.R.C. Processo de Trabalho e Saúde: uma introdução ao tema. In: **XV Reuniao Anual SBPC.** . Rio de Janeiro. (mimeo). +1991, 22p.

MICHAELS, D.; BARRERA, C. & GACHARNA, M.G. O desenvolvimento econômico e a saúde na América Latina: novas tendências para a Saúde Pública em países subdesenvolvidos. *Rev. Bras. Saúde Ocup.* 13(51):7-14, 1985.

MILLAR, J.D. The right to know in the work place: the moral dimension. In: **LANDRIGAN, P.J. & SELIKOFF, I.J.** Occupational health in the 1990s. New York. Annals N.Y. Academy of Sci. +1989, p.113-25.

MINAS GERAIS-NUSAT. Relatório Anual de Atividades de 1993. Belo Horizonte, NUSAT/INSS-MG, 1993, 78p.

MINAS GERAIS/COMISSÃO INTERINSTITUCIONAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR. Proposta de ações de atenção à saúde do trabalhador no município de Betim. Belo Horizonte, (mimeo), 1988, 13p.

MINAS GERAIS/COMISSÃO INTERINSTITUCIONAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR. Ações Integradas de Saúde: Programação de Saúde do Trabalhador para o ano de 1987. Belo Horizonte, CIS/CIST, (mimeo), 1987, 12p., (a).

MINAS GERAIS/COMISSÃO INTERINSTITUCIONAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR. Projeto e implantação dos Laboratórios da Rede Nacional de Laboratórios de Toxicologia. Belo Horizonte, (mimeo), 1987, 20p., (b).

MINAS GERAIS/MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL. Projeto de atenção à Saúde do Trabalhador. Belo Horizonte, MPAS-INPS/INAMPS, (mimeo), 1987, 6p.

MINAS GERAIS/MINISTÉRIO PÚBLICO. Curadoria de Acidentes do Trabalho. Belo Horizonte, (folder), 1990, 4p.

MINAS GERAIS/NISE-UFMG. Assistência à Saúde do Trabalhador em Minas Gerais: Relatório Preliminar. Belo Horizonte, NISE-UFMG (mimeo), 1993, 6p.

MINAS GERAIS/NUSAT. Diagnóstico das ações de Saúde do Trabalhador no Estado de Minas Gerais. Belo Horizonte, NUSAT, (mimeo), 1991, 16p.

MINAS GERAIS/SES-CRSJF. Saúde do Trabalhador: Programação de 1987. Juiz de Fora, SES-MG/CRSJF, 1987, 8p.

MINAS GERAIS/SES-CRSSL. Saúde do Trabalhador: Programação para 1988. Sete Lagoas, SES-MG/CRSSL, (mimeo), 1987,8p.

MINAS GERAIS/SIMPÓSIO SOBRE SAÚDE DOS TRABALHADORES EM MINAS GERAIS. Relatório Final. Centro Regional de Saúde de Juiz de Fora. Juiz de Fora, CRSJF, (mimeo), 1985,18p.

MINAYO, M.C.S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo, HUCITEC-ABRASCO, 1992,269p.

MINAYO, M.C.S. & SANCHES, O. Quantitativo-Qualitativo: oposição ou complementariedade?. *Cadernos de Saúde Pública*. 9(3):239-262, 1993.

MIRANDA, C.R. Medicina do Trabalho: sua prática e seu mercado de trabalho no Estado da Bahia. [Dissertação de Mestrado]. Salvador, FMUFBA, (mimeo), 1990,244p.

MONETA, M. et al. Saúde e Trabalho: canavieiros em Caapora. in: congresso Brasileiro de Epidemiologia II - Programa. Belo Horizonte, Anais, 1992,p.119.

MONTEIRO, A.L. Aspectos Legais da Saúde do Trabalhador. São Paulo, (mimeo), 1994,13p.

MONTES CLAROS/SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. Plano Municipal de Saúde do Trabalhador: uma contribuição da SST/SMS (versão preliminar). Montes Claros, (mimeo), 1994, 39p.

MORADIA, A. Les syndicats italiens et la prévention sur les lieux du travail. *Les temps modernes*. 472:669-96, 1985.

MORRONE, L.C. Programa de Saúde do Trabalhador: atividades e metas para o período de 16/10/87 a 31/12/90. São Paulo, SES-SP, (mimeo), ,17, s.d.

- MOSLEY, W.H.; JAMISON, D.T. & HENDERSON, D.A. The health sector in developing countries: problems for the 1990s and beyond. *Annu. Rev. Public Health*. 11:335-58, 1990.
- MUCCHIELLI, A.. L'Identité. 2 ed.Paris, Presses Univer. de France, 1992,127p.
- MUGICA, J.; GRANDA, A. & URBAN, L.M. Salud Ocupacional en Cuba y perspectivas futuras. *Salud y Trabajo*. 5:35-41, 1987.
- MYERS, J.E. & MACUN, I. Policy and strategy for occupational health services in South Africa. *South Afr. Med. Journal*. 90:504-7, 1991.
- NAJERA, E. La salud Pública, una teoria para una práctica? se precisa su reconstruccion?.In: OPS. La crisis de la salud pública:reflexiones para el debate. Washington, D.C. OPS. +1992, p.123-32.
- NAVARRO, V. Classe Social, Poder Político e Estado e suas implicações na Medicina.In: ABRASCO. Textos de apoio-Ciências Sociais. Rio de Janeiro. ABRASCO/PEC-ENSP. +1983, No. 1 (b).
- NAVARRO, V. The determinants of social policy. A case study: regulating health and safety at the workplace in Sweden. *Intern. J. of Health Services*. 13(4):517-61, a, 1983.
- NAVARRO, V. The Welfare State and its distributive effects: part of the problem or part of the solution. *Int. J. of Health Services*. 24(1):543-66, 1987.
- NAVARRO, V. The labor process and health: a historical materialist interpretation. *Int. J. Health Services*. 12(1): 5-29, 1982.
- NEDER, R.T. A (des)organizaçao do trabalho industrial, democracia e individualismo contemporâneo. Sao Paulo, EAESP-FGV, 1991,87p.

NEGRAO, T. (org.). Código Civil e legislação em vigor. 10 ed. Sao Paulo, Rev.dos Tribunais(RT Leg), 1991,.

NOGUEIRA, D.P. A saúde dos trabalhadores e a empresa. Brasília, MS-CNST, (mimeo), 1986,16p.

NOVAES, H. DE M. Conferencia Latinoamericana y del Caribe sobre hospitales de referencia nacional: Informe de viaje. Habana, (mimeo), 1990,26p.

NUNES, E.D. As contribuições de Juan Cesar Garcia às Ciências Sociais em Saúde.In: NUNES, E.D. (Org.). Juan Cesar Garcia:pensamento social em saúde na Am.Latina. Sao Paulo. Cortez. +1989, p.11-33.

NUNES, E.D. Tendências e perspectivas das pesquisas em Ciências Sociais em Saúde na América Latina: uma visao geral.In: NUNES, E.D. (Org.). As Ciências Sociais em saúde na America Latina. Brasília. OPAS. +1985, p.31-85 b.

NUNES, E.D. As Ciências Sociais em Saúde: reflexões sobre as origens e a construção de um campo de conhecimento. *Saúde e Sociedade*. 1(1):59-84 (b), 1992.

NUNES, E.D. As ciências em saúde no Brasil e na América Latina.In: ARACY W.de PINHO SPINOLA et al. Pesquisa Social em saúde. Sao Paulo. Cortez. +1992, p.25-44 a.

NUNES, E.D. A Medicina Social no Brasil: um estudo de sua trajetória.In: ABRASCO. Estudos de Saúde Coletiva. Rio de Janeiro. ABRASCO. +1988, p.97-111.

NUNES, E.D. (org.). Medicina Social: Aspectos históricos e Teóricos. Sao Paulo, Global, 1983,205p.

NUNES, E.D. (Org.). As Ciências Sociais em Saúde na América Latina. Brasília, OPAS, 1985,474p. (a).

- ODDONE, I. et al. Ambiente de trabalho: a luta dos trabalhadores pela saúde. Sao Paulo, HUCITEC, 1986,133p.
- OFFE, C. Trabalho e Sociedade - problemas estruturais e Perspectivas para o futuro da sociedade do trabalho - vol. 1 - A crise. Rio de Janeiro, Tempo Brasileiro, 1989,215p., (a).
- OFFE, C. Trabalho: a categoria-chave da sociologia?. Rev. bras. Ciências Sociais. 10(4):5-20, (b), 1989.
- OFICINA INTERNATIONAL DEL TRABAJO. Anuário de Estadísticas del Trabajo. 50 ed.Ginebra, OIT, 1991,1131p.
- OLIVEIRA JUNIOR, M. de. Problemas atuais e propostas para a revisão da política de financiamento do SUS. Belo Horizonte, (mimeo), 1992,38p.
- OLIVEIRA, C.R. Lesão por esforços repetitivos (LER). Rev. bras. Saúde Ocup. 19(73):59-85, 1991.
- OLIVEIRA, J. & TEIXEIRA, S.M.F. (IM) Previdência Social: 60 anos de história da previdência no Brasil. Petrópolis, Vozes, 1986,360p.
- OLIVEIRA, J. (Org.). CLT. 15 ed.Sao Paulo, Saraiva, 1993,.
- OLIVEIRA, J.S. (org.). O traço de desigualdade social no Brasil. Rio de Janeiro, IBGE, 1993,45p.
- Organizacion Internacional del Trabajo. Los desafios mundiales. Trabajo (Revista de la OIT). 8:23-6, 1994.

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS). La crisis de la salud publica: reflexiones para el debate. In: OPS. Publicación científica n. 540. Washington, D.C. OPS. +1992, 280p. (e).

ORGANIZACION INTERNATIONAL DEL TRABAJO (OIT). Recomendación sobre los servicios de Medicina del Trabajo en los lugares de empleo (Recomendación n.112, 1959). In: . OIT - Convenios y Recomendaciones. Ginebra. . +1966, p.1054-8.

ORGANIZACION INTERNATIONAL DEL TRABAJO (OIT). Texto de la Recomendación sobre Servicios de Salud en el Trabajo (Actas provisionales de la Conferencia International del Trabajo, 71a reunión). Ginebra, , 1985, 28b, p.1-7.

ORGANIZACION INTERNATIONAL DEL TRABAJO (OIT). Texto del Convenio sobre los Servicios de Salud en el Trabajo (Actas provisionales de la Conferencia International del Trabajo, 71a. reunión). Ginebra, , 1985, 28a, p.1-5.

ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). Glossário de términos empleados en la serie "Salud para todos". Ginebra, , 1984, N.1-8, 40p.

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS). Programa de acción en salud de los trabajadores. Washington, D.C., (mimeo), 1983, 27p.

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS). Seminario Taller. Actividades de salud ocupacional en la red de servicios de salud. Campinas, OPS-UNICAMP, (mimeo), 1984, .

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS). Mandatos internacionales relativos a la salud de los trabajadores. Washington, OPS, 1992, 37p. (b).

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS). Iniciativa "1992: año de la Salud de los Trabajadores": resoluciones, instrumentos legales y declaraciones. Washington, OPS, 1992, 50p. (a).

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS). Iniciativa "1992: año de la Salud de los Trabajadores": enfoques metodológicos para la investigación de los sistemas de vigilancia epidemiológica en Salud Ocupacional. Washington, OPS, 1992, 48p. (c).

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS). Iniciativa "1992: año de la Salud de los Trabajadores": directrices para un plan nacional de desarrollo de la salud de los trabajadores. Washington, OPS, 1992, 67p. (d).

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS). Los Sistemas Locales de Salud: Conceptos, Métodos, Experiencias. In: PAGANINI, J.M. & CAPOTE MIR, R. (Orgs.). Publicación científica n. 519. Washington. OPS. +1990, 742p.

ORI, I. & FUZESI, Z. Environment, work, and Health: A perspective for the future. *New Solutions*. winter:62-5, 1994.

OSASCO/PREFEITURA MUNICIPAL. Ante-Projeto para a instalação do Programa de Saúde do Trabalhador no município de Osasco. Osasco, SMS-OSASCO, (mimeo), 1986, 38p.

OSÓRIO, C.F.M. et al. Implantação de ações de Saúde do Trabalhador no SUS do Distrito Federal. Brasília, (mimeo), 1992, 38p.

PAES, R.A.S. & ROSSI, J.F. Proposta de Ações de Atenção à Saúde do Trabalhador no Município de Betim. Betim, (mimeo), 1988, 18p.

PAIM, J.S. La salud colectiva y los desafíos de la práctica. In: OPS. La crisis de la salud pública: reflexiones para el debate. Washington, D.C.. OPS. +1992, p.151-67.

PAIM, J.S. Marco de Referência para um Programa de Educação Continuada em Saúde Coletiva. *Rev. Bras. Educ. Méd.* 17(3): 7-13, (b), 1993.

- PAIM, J.S. A reorganização das práticas de saúde em distritos sanitários. In: VILAÇA MENDES, E. (Org.). Distrito Sanitário. São Paulo. HUCITEC, (a). +1993, p.187/220.
- PAOLI, M.C. Os trabalhadores urbanos na fala dos outros. In: LOPES, J.S.L. (Coord.). Cultura e identidade operária. Rio de Janeiro. Marco-Zero/UFRJ. +1987, p.63-101.
- PARANA/SES-FUNDAÇÃO CAETANO MUNHOZ DA ROCHA. Modelo de Atuação em Saúde do Trabalhador. Curitiba, SESPR-FCMR, (mimeo), 1990, 30p.
- PARANA/SES/INSTITUTO DE SAÚDE. Programa de Saúde do Trabalhador. Curitiba, SES-PR, (mimeo), 1993, 76p.
- PARAIBA/SECRETARIA DE SAÚDE. Programa de Saúde do Trabalhador. (ofício No. 26). João Pessoa, (mimeo), 1990, 1p.
- PARMEGGIANI, L. A nova legislação de segurança e saúde dos trabalhadores. Rev. Bras. Saúde Ocup. 50(13):19-27, 1985.
- PARA/SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE PÚBLICA. Relatório sobre a saúde do trabalhador no Estado e ações em desenvolvimento nesta área pelo SUS. Belém, SESP-PA, (mimeo), 1991, 11p.
- PARA/SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE PÚBLICA. Programa Estadual de Saúde do Trabalhador. Belém, SESP-PA, (mimeo), 1990, 14p.
- PASTORE, E. Health defense in Italy after 1978 Sanitary Reform: problems of inconsistency with ILO (N. 81) Convention on Work inspection, 1947. In: . X World Congress on the Prevention of Oc. Accidents and Dis. Ottawa-Hull. CCOHS. +1983, p.167-8.
- PAULO, A.F. & GOMES, J.R. Comissão Intersectorial de Saúde do Trabalhador - Sumário das atividades 1992/94. São Paulo, (mimeo), 1994, 3p.

PEDERSEN, D.H. & SIEBER, W.K.Jr. Some trends in worker access to health care in the United States (1974-1983). *Am. J. of Industrial Medicine*. 15:151-65, 1989.

PENA, P.; RIPA, F. & HOLLAWAY, M.A. Elaboração da Proposta de um Centro de Diagnóstico das Doenças Ocupacionais. Salvador, (mimeo), 1986,7p.

PEREIRA JUNIOR, C. Implantação do Ambulatório de Doenças Profissionais em Hospital Universitária em Santa Catarina. Florianópolis, (mimeo), ,s.d., 1p.

PEREIRA, J.C.R. & OTANI, K. A Saúde Ocupacional como atividade de Saúde Pública: uma experiência. (apresentado no II Congresso Paulista de Saúde Pública e I Congresso Nacional da ABRASCO). Sao Paulo, (mimeo), 1983,8p.

PEREZ, J.C. La Salud Ocupacional en los servicios de atención primaria en Cuba. (Documento de trabajo n.4 - Seminário/Taller "Actividades de Salud Ocupacional en la Red de Servicios de Salud"). La Habana, OPS, (mimeo), 1984, 15p.

PEREZ, J.L.D. La participación de los trabajadores en la empresa: apuntes sobre la participación en Espana. (III Curso Internacional de Derecho del Trabajo Comparado). Lima, (mimeo), 1987,9p.

PICALUGA, I.F. Doenças Profissionais.In: . IBASE - Saúde e Trabalho no Brasil. Petrópolis. Vozes. +1982, p.43-9(b).

PICALUGA, I.F. Saúde e Trabalho.In: . IBASE: Saúde e Trabalho no Brasil. Petrópolis. Vozes. +1982, p.37-42(a).

PIMENTA, A.L. & CAPISTRANO FILHO, D. (Org.). Saúde do Trabalhador. Sao Paulo, HUCITEC, 1988,179p.

PINEAULT, R. The place of prevention in the Quebec Health Care System. *Canadian J.of Public Health*. 75:92-7, 1984.

PINHEIRO, S.A.; BIONDI, T.M.S.; GIMENEZ, J.A.C. Proposta de Implantação de um Serviço de Saúde do Trabalhador no Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto. Ribeirão Preto, (mimeo), 1991, 14p.

PINHEIRO, T.M.M. Intoxicação por pesticidas organofosforados e carbamatos na população rural do Distrito Mário Campos, Município de Ibirité, Minas Gerais, 1985. [Diss. de Mestrado, Esc. de Veterinária/UFMG]. Belo Horizonte, , 1986, .

PINHEIRO, T.M.M. et al. Oficina de Trabalho: Vigilância da Saúde do Trabalhador no SUS - Relatório Final. Belo Horizonte, (mimeo), 1993, 10p.

PINHEIRO, T.M.M. et al.. Implantação de um Centro de Investigação Epidemiológica de Doenças Profissionais e Acidentes do Trabalho em Minas Gerais. Relatório Final de Pesquisa.. Belo Horizonte, MTb/UFMG/FUNDEP, (mimeo), 1988, 84p.

PORTO ALEGRE/SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E SERVIÇO SOCIAL. Relatório preliminar da implantação da atenção à saúde do trabalhador nas unidades sanitárias da SMSSS: Política de Saúde do Trabalhador. Porto Alegre, PMPA/SMSS, (mimeo), 1991, 35p., (b).

PORTO ALEGRE/SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E SERVIÇO SOCIAL. Plano Municipal de Saúde de Porto Alegre. In: *Cadernos de Saúde*. 2:1-48, (a), 1991.

PORTO ALEGRE/SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E SERVIÇO SOCIAL. Proposta de Ação conjunta com o movimento sindical para a Saúde do Trabalhador em Porto Alegre. Porto Alegre, PMPA/SMSSS, (mimeo), , 13p, s.d.

PORTO ALEGRE/SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E SERVIÇO SOCIAL. Proposta Preliminar da Política de Saúde do Trabalhador para a cidade de Porto Alegre. Porto Alegre, PMPA/SMSSS, (mimeo), 1992, 31p.

POSSAS, C.A. Epidemiologia e Sociedade - Heterogeneidade Estrutural e Saúde no Brasil. Sao Paulo, HUCITEC, 1989,271p.

POSSAS, C.A. Avaliação da situação atual do Sistema de Informação sobre doenças, e acidentes do trabalho no âmbito da Previdência Social Brasileira e propostas para sua reformulação. *Rev. Bras. Saúde Ocup.* 60(15):43-67, 1987.

POSSAS, C.A. Saúde e Trabalho: a crise da Previdência Social. Sao Paulo, Edições Graal, 1981,322p.

PRZEWORSKI, A. Democracy. In: PRZEWORSKI, A. Democracy and the market. . Cambridge Univ. Press. +, p.11-5, sd.

QUADROS, C.S.S. et al. Avaliação de programa de qualificação de recursos humanos em Saúde do Trabalhador. *Rev. bras. Saúde Ocup.* 75(20):10-6, 1992.

QUEIROZ, M.S. & VIANA, A.L.. Padrão de política estatal em saúde e o sistema de assistência médica no Brasil atual. *Rev. Saúde Públ., Sao Paulo.* 26(2):132-40, 1992.

RADIS DADOS (REUNIAO, ANÁLISE, DIFUSAO DE INFORMAÇÃO SOBRE SAÚDE). A calamidade anunciada. *Jornal do Radis.* 35:1-7, 1994.

RADIS DADOS (RUNIAO, ANÁLISE, DIFUSAO DE INFORMAÇÃO SOBRE SAÚDE). Saúde do Trabalhador: um quadro dramático. *Tema.* : 5-23, 1987.

RAGO, M. Do cabaré ao lar - a utopia da cidade disciplinar: Brasil 1890-1930. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1985,209p.

RAHAL, A.E. Salud de los Trabajadores - Brasil, 1992: descripción, analisis situacional y perspectivas. Brasília, (mimeo), 1992,43p.

- RAMAZZINI, B.** De morbis artificum distriba, 1700 (Trad. Raimundo Estrela - As doenças dos trabalhadores). Sao Paulo, Fundacentro, 1971,43p.
- RAMOS, C.S.M. & ROCHA, M.S.** Experiência no município de Moji-Mirim, em uma Comissao de Controle do uso de Agrotóxicos. Moji-Mirim, (mimeo), 1984,20p.
- RATTNER, H.** Globalization, Poverty and Environment. Sao Paulo, (mimeo), 1993,16p.
- REBOUÇAS, A.J. de A.** Aspectos Previdenciários. In: Seminário Nacional de Exposição Ocupacional ao Benzeno e outros Mielotóxicos: Relatório Preliminar. Belo Horizonte, NUSAT-MG (no prelo), 1993,.
- REBOUÇAS, A.J. de A.** Saúde dos trabalhadores frente à legislação brasileira. Sao Paulo, MS-CNST, (mimeo), 1986, 17p.
- REEVES, P.N.; DAVID, F.B. & WOODSIDE, N.B.** Introduction to Health Planning. 2 ed.Washington, Inform.Resources Press, 1979,p.35-83.
- REGO, M.A.V.** A Saúde do Trabalhador no âmbito estadual. Salvador, CES-BA, (mimeo), 1993,6p.
- REICH, M.R. & GOLDMAN, R.H.** Italian occupational health: concepts, conflicts, implications. *Amer. J. Publ. Hlth.* 74(9):1031-41, 1984.
- REIS, E.P.** Política e Políticas Públicas na transição democrática. *Rev. bras. Ciências Sociais.* 9(3):15-23, 1989.
- REX, G.G.** Launching a problem service - the organization of an occupational health service in the primary health care context. *SAMJ.* 80:404-6, 1991.

- RIANI-COSTA, J.L.** Actividades de Salud Ocupacional en la Red de Servicios de Salud - Experiência de Campinas Y Paulinia - Brasil. (Doc.de trab.n.4 - Sem./Taller "Activ.de Salud Ocup.en la Red Serv.Salud". Campinas, OPS, 1983,20p.
- RIANI-COSTA, J.L.** Asbestose: um exemplo de abordagem alternativa das doenças profissionais no Brasil. Rev. Bras. Saúde Ocup. 12(48):7-19, 1984.
- RIANI-COSTA, J.L.** Proposta da criação de um Programa de Saúde Ocupacional para pequenas empresas para o município de Campinas. Campinas, (mimeo), 1979,7p.
- RIBEIRO, H.P.** Estratégias de avanço na construção da Política Nacional de Saúde do Trabalhador: o velho e o novo dessa política. Sao Paulo, (mimeo), 1994,9p.
- RIBEIRO, H.P. & LACAZ, F.A.C. (Org.).** De que adoecem e morrem os trabalhadores. Sao Paulo, DIESAT, 1984,236p.
- RIGOTTO, R.M.** Nao somos máquinas: um estudo das ações sindicais em defesa da saúde na Grande BH. [Dissertação de Mestrado. Faculdade de Educação da UFMG]. Belo Horizonte, , 1992,212p.
- RIGOTTO, R.M.** Segurança e Saúde no Trabalho. Brasília, (mimeo), 1993,17p.
- RIGOTTO, R.M.; BAUMECKER, I.C.; SILVA, A.M. et al.** Diretrizes para a atuação da Divisao de Segurança e Medicina do Trabalho da Delegacia Regional do Trabalho de Minas Gerais (DSMT/DRT-MG). Belo Horizonte, DRT-MG, (mimeo), 1985,22p.
- RIO DE JANEIRO/I SEMINARIO SOBRE SAÚDE NO TRABALHO DA XX R. A. DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO.** Conclusões e Recomendações. Rio de Janeiro, (mimeo), 1984,23p.
- RIO DE JANEIRO/SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE.** Programa de Saúde do Trabalhador. Rio de Janeiro, (mimeo), 1990,7p.

RIO DE JANEIRO/SECRETARIA DE ESTADO DO TRABALHO E AÇÃO SOCIAL. Programa de Saúde do Trabalhador. Rio de Janeiro, SETAS, (mimeo), 1990,2p.

RIO GRANDE DO NORTE/SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA. Relatório do Seminário de Pesquisa em Saúde do Trabalhador. Natal, (mimeo), 1993,10p.

RIO GRANDE DO SUL/SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE E MEIO AMBIENTE. Criação do Sistema de Atenção à Saúde do Trabalhador (Portaria SSMA/n.12/90). Porto Alegre, SESMA-RS, (mimeo), 1990,3p.

RIO GRANDE DO SUL/SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE E MEIO AMBIENTE. Municipalização da Saúde do Trabalhador. Porto Alegre, SESMA-RS, (mimeo), 1992,20p., (a).

RIO GRANDE DO SUL/SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE E MEIO AMBIENTE. Cadernos técnicos para trabalhadores. Série 1: 9 fascículos. , SESMA-RS/DST, (mimeo), 1992,(b).

ROACH, S.A. & RAPPAPORT, S.M. But they are not thresholds: a critical analysis of the documentation of threshold limit values. *Amer. J. Industr. Med.* 17:727-53, 1990.

ROBAZZI, M.L. do C.C. Estudo das condições de vida, trabalho e riscos ocupacionais a que estão sujeitos os coletores de lixo da cidade de Ribeirão Preto, Estado de São Paulo. [Dissertação de Mestrado-USP-RP]. Ribeirão Preto, Esc.Enfermagem Rib.Preto, 1984,141p.

ROCHA, A.A.R.M.; COSTA, D.S.F.; GARCEZ, L.M.V. et al. Diretrizes para o Programa da Saúde do Trabalhador. Aracaju, (mimeo), 1990,13p.

ROCHA, L.A.R. & HORTA, G.O. Avaliação da intoxicação profissional por chumbo em indústrias de acumuladores elétricos na Grande Belo Horizonte. *Rev. Bras. Saúde Ocup.* 15(60):6-12, 1987.

- ROCHA, L.E. Tenossinovite como doença do trabalho no Brasil: a atuação dos trabalhadores. [Dissertação de Mestrado, Faculdade de Medicina da USP]. São Paulo, , 1989,.
- ROCHA, L.E. & NUNES, E.D. A intervenção do Estado nas relações de trabalho: 1930-1945. In: ROCHA, L.E.; RIGOTTO, R.M. & BUSCHINELLI, J.T.P. (Orgs.). Isto é Trabalho de Gente?: vida, doença e trabalho no Brasil. Petrópolis. Vozes. +1993, p.97-108b.
- ROCHA, L.E. & NUNES, E.D. O milagre econômico e o ressurgimento do movimento Social: 1964-80. In: ROCHA, L.E.; RIGOTTO, R.M. & BUSCHINELLI, J.T.P. (Orgs.). Isto é Trabalho de Gente?: vida, doença e trabalho no Brasil. Petrópolis. Vozes. +1993, p.122-37d.
- ROCHA, L.E. & NUNES, E.D. Tudo por um Brasil Grande: 1945-1964. In: ROCHA, L.E.; RIGOTTO, R.M. & BUSCHINELLI, J.T.P. (Orgs.). Isto é Trabalho de Gente?: vida, doença e trabalho no Brasil. Petrópolis. Vozes. +1993, p.109-21c.
- ROCHA, L.E. & NUNES, E.D. Os primórdios da industrialização e a reação dos trabalhadores: Pré 30. In: ROCHA, L.E.; RIGOTTO, R.M. & BUSCHINELLI, J.T.P. (Orgs.). Isto é Trabalho de Gente?: vida, doença e trabalho no Brasil. Petrópolis. Vozes. +1993, p.83-96 a.
- RODRIGUEZ NETO, E. Os caminhos do Sistema Único de Saúde no Brasil - algumas considerações e propostas. Brasília, NESP/FS/UnB, (mimeo), 1990, 58p.
- ROSA, G.. Grande Sertão, Veredas. 17 ed. Rio de Janeiro, Nova Fronteira, 1985, 568.
- ROSEN, G. Da Polícia Médica à Medicina Social. Rio de Janeiro, Graal, 1979, 401p.
- ROSENBROCK, R. Industrial health policy in a crises - regressive tendencies and new tasks for the professionals. Int. Inst. for Comparative Social Research. Berlin, , 1985, 19p.

ROSENSTOCK, L. Hospital-based, academically affiliated occupational medicine clinics. *Amer. J. Industr. Med.* 6(2): 155-8, 1984.

ROUSTANG, G. Os trabalhadores e a higiene e segurança na França. *Rev. Bras. Saúde Ocupacional.* 51(13):40-6, 1985.

SABETTI, S. O Princípio da Totalidade: uma análise do processo da energia vital. São Paulo, Summus, 1991,335p.

SADER, E. Quando novos personagens entraram em cena. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1988,.

SANDOVAL, H.O. Actividades de salud ocupacional en la red de servicios de salud - marco conceptual. Santiago, Chile, (mimeo), 1983,30p.

SANTA CATARINA/SECRETARIA DE SAÚDE. Programa de Saúde do Trabalhador e Ecologia. Florianópolis, SES-SC, (mimeo), 1989,1p.

SANTA CATARINA/SES-PORTARIA SES/DIAA N. 001/93. Cria e Normatiza o Programa de Saúde do Trabalhador do Estado de Santa Catarina. , Diário Oficial SC N.14687, 1993,p.38-9.

SANTO ANDRÉ/PREFEITURA MUNICIPAL. Diagnóstico da situação de saúde do trabalhador no município de Santo André. Santo André, SMS-SANTO ANDRÉ, (mimeo), 1992,16p.

SANTO ANDRÉ/PREFEITURA MUNICIPAL. Programa de Saúde do Trabalhador. Santo André, SMS-SANTO ANDRÉ, (mimeo), 1991, 19p.

SANTO ANDRÉ/PST. Plenária Intermunicipal de atenção ao acidentado do trabalho. Santo André, (mimeo), 1991,12p.

SANTOS FILHO, S.B. dos. Implantação de ações de Saúde do Trabalhador no Distrito Sanitário Noroeste da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. Belo Horizonte, (mimeo), 1993, 52p.

SANTOS, L. Aspectos jurídicos sobre o financiamento do SUS. In: **MINISTERIO DA SAÚDE.** Cadernos da Nona - Vol. 1. Brasília. MS-IXCNS. +1992, p.81-3.

SANTOS, M. et al. O novo mapa do mundo: fim de século e globalização. São Paulo, HUCITEC, 1994, 343p.

SANTOS, M.A. et al. Participação dos trabalhadores na fiscalização dos ambientes e das condições de trabalho: proposta de metodologia. *Rev. bras. saúde ocup.* 15(59): 17-23, 1987.

SANTOS, U.P. et al. Sistema de vigilância epidemiológica para acidentes do trabalho: experiência na Zona Norte do Município de São Paulo (Brasil). *Rev. Saúde Públ.* 24(4): 286-93, 1990.

SANTOS/PREFEITURA MUNICIPAL. Centro de Referência em Saúde do Trabalhador. Santos, PMS/SHS, (mimeo), 1992, 5p.

SÃO PAULO/MINISTERIO PÚBLICO. Procuradoria Geral da Justiça - Competência Administrativa para fiscalizar ambiente de trabalho. São Paulo, (mimeo), 1992, 9p.

SÃO PAULO/SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE. Implantação de Programas de Saúde do Trabalhador na rede pública: Curso de Treinamento para Coordenadores de Programas de Saúde do Trabalhador. São Paulo, SES-SP, (mimeo), 1987, 5p., (c).

SÃO PAULO/SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE. Programa de Saúde do Trabalhador: Coordenadores de Programas nos SUDS-R/SP. São Paulo, SES-SP, (mimeo), 1987, 63p., (b).

SAO PAULO/SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE. Programa de Saúde do Trabalhador: Atividades e Metas para o período de 16/10/87 a 31/12/90. Sao Paulo, SES-SP, (mimeo), 1987,16p., (a).

SAO PAULO/SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE. Projeto de Vigilância Epidemiológica para intoxicações por agrotóxicos no Vale do Ribeira: Avaliação da experiência. Registro. , SES-SP-IS, ,s.d.

SAO PAULO/SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE - PST da ZONA NORTE. Comunicação do acidente e doença do trabalho. Sao Paulo, PST-ZN (mimeo), ,s.d., 5p.

SAO PAULO/SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE-DRS-3. Programa: A saúde do trabalhador. Sao José dos Campos, Delegacia Regional de Saúde do Vale do Paraíba, DRS-3. , (mimeo), 1986,7p.

SAO PAULO/SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE-ERSA-52. Programa de Saúde do Trabalhador para o ERSA-52: proposta e avaliação. Santos, SES-SP-ERSA-52, (mimeo), ,s.d.4p.,b.

SAO PAULO/SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE-ERSA-52. Avaliação da implantação da Vigilância Epidemiológica de Doenças Ocupacionais no Parque Industrial de Cubatão. Santos, SES-SP-ERSA-52, (mimeo), ,sd,25p.,d.

SAO PAULO/SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE-ERSA-52. Avaliação do Programa de Saúde do Trabalhador do ERSA-52. Santos, SES-SP-ERSA-52, (mimeo), ,s.d.4p.,c.

SAO PAULO/SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE-ERSA-52. Sub-projeto: Atenção Integral à Saúde do Trabalhador na rede básica de saúde, na área do SUDS-Santos. Santos, SES-SP-ERSA-52, (mimeo), ,s.d.,5p.a.

SASS, R. The implications of work organizations for occupational health policy: the case of Canada. *Intern. Journal Health Services*. 19(1):157-73, 1989.

SASS, R. Prospects for working life reform.. *New Solutions*. FALL:17-28, 1993.

SCHILLING, R.S.F. Developments in Occupational Health.In: SCHILLING, R.S.F. Occupational Health Practice. London. Butherworths. 2 ed.+1981, p.3-26.

SEGRE, M. Ética em saúde ocupacional. *AMB rev. Assoc. Med. Bras.* 35(2):75-8, 1989.

SELIGMANN SILVA, E. Crise Econômica, Trabalho e Saúde Mental.In: ANGERAMI, W. (Org.). Crise Econômica, Trabalho e Saúde Mental no Brasil. Sao Paulo. Traço. +1986, p.54-132.

SENGENBERGER, W. Local development and international economic competition. *Intern. Labour Rev.* 132(3):313-29, 1993.

SEPÚLVEDA, J. Crisis y salud de los trabajadores en America Latina. *Cuad. méd. soc. (ROS)*. (40):5-24, 1987.

SHULER SOBRINHO, O. Psicologia, Sociologia e Antropologia do Trabalho.In: VIEIRA, S.I. (coord.). Medicina Básica do Trabalho. Curitiba. Genesis. +1994, p.367-435.

SILVA CARVALHO, M.C. Sociologia no cotidiano dos cidadãos. Belo Horizonte, Mazza Edições, 1992,94p.

SILVA, G.A.; GONÇALVES, K.R.; ZULATO NETO, T. Implantação de um Programa de Saúde do Trabalhador na Rede Pública de Saúde de Contagem-MG. Belo Horizonte, (mimeo), 1990,63p.

SILVA, J.S. de et al. Saúde do Trabalhador na Comissão Nacional de Reforma Sanitária. *Saúde Ocup. Segur.* 22(5): 14-8, 1987.

SILVEIRA, C.M.; LEITE, M.T.T. & GAVA, M. Proposta de um Programa de Saúde Ocupacional para a Rede Básica do Centro Metropolitano de Saúde. Belo Horizonte, SES-MG, (mimeo), ,s.d., 18p.

SOBES-SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENGENHARIA DE SEGURANÇA. Informativo. Rio de Janeiro. . 37:1-5, 1985.

SOMARRIBA, M.M.G. Medicina no escravismo colonial. Textos de Sociologia e Antropologia. Belo Horizonte, Dep.Soc. Antrop.da UFMG, 1984,.

SOUSA, R.P. Saúde do Trabalhador: em busca de um paradigma. *Saúde em debate*. 27:50-2, 1990.

SOUZA, H. Ecologia e Democracia: duas vertentes questionam o desenvolvimento. In: ACSELRAD, H. (org.). Meio Ambiente e Democracia. Rio de Janeiro. IBASE. +1992, p.11-17.

STEWART, F.. La nueva division internacional del trabajo. *Trabajo (Revista de la OIT)*. 8:28-9, 1994.

STOTZ, E.N. & CRUZ NETO, O. Processo de Trabalho e saúde: o caso de trabalhadores em curtume. In: COSTA, N.R. et al. (org.). Demandas populares, pol.e saúde: vol. II mov.soc.e cidadania. Petrópolis. Vozes. +1989, p.37-73.

TAMBELLINI, A.T. Em direção a uma Política Nacional de Saúde dos Trabalhadores. Brasília, MS-CNST, (mimeo), 1986, 22p.

TAMBELLINI, A.T. Implicações para a política de saúde dos trabalhadores. V Congresso da Associação Nacional de Medicina do Trabalho. Florianópolis, As.Nac.Med.Trab(in: Anais), 1987,p.39-60.

TAMBELLINI, A.T-A. Preâmbulos de uma tentativa solidária de participação. Brasília, (mimeo), 1993,9p. (a).

- TAMBELLINI, A.T-B.** Occupational and environmental health in South America: the result of rapid changes in social and economic conditions. In: Ann. 24th International Congress on Occupational Health. Nice, ICOM, 1993,p.153-7,b.
- TAMBELLINI, A.T. et al.** Política Nacional de Saúde do Trabalhador, análises e perspectivas. Contribuição à Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador. Rio de Janeiro, ABRASCO, 1986,85p.
- TAMBELLINI, A.T. et al.** Situação atual do ensino e da pesquisa da saúde ocupacional na Pós-Graduação em Saúde Coletiva.In: ABRASCO. Ensino da Saúde Pública, Medicina Preventiva e Soc.no Brasil. Rio de Janeiro. ABRASCO. +1984, p.61-72.
- TAMBELLINI-AROUCA, A.T.** Contribuição à análise epidemiológica dos acidentes de trânsito. [Tese de Doutorado - UNICAMP]. Campinas, (mimeo), 1975,224p.
- TAMBELLINI-AROUCA, A.T.** O trabalho e a Doença.In: GUIMARAES, R. Saúde e Medicina no Brasil. Rio de Janeiro. Graal. +1978, p.93-119.
- TEIXEIRA, C.R.** Políticas de Saúde no Brasil: situação atual e desafios estratégicos. *Saúde em Debate*. 35:4-14, 1992.
- TEMKIN, O.** Health and Disease.In: WIENER, P.P. Dictionary of the History of Ideas. New York. Charles Scribners's Sons. +1973, 395-407.
- TENNASSE, L.M.** The occupational and environmental health dimensions of NAFTA: an on-going information strategy and system. sl, (mimeo), 1993,5p.
- TONEY, S.V. et al.** Hacia una definición operativa del proceso salud-enfermedad. *Educ. Méd. sal.* 18(2):150-163, 1984.

TORRES, C. Transformaciones en el mercado de trabajo y salud. (apresentado no Seminário/Taller "Qualidade de Vida e Saúde dos Trabalhadores". Porto Alegre, OPS, (mimeo), 1993,33p.

TRAPE, A.Z. et al. Projeto de Vigilância Epidemiológica em Ecotoxicologia de pesticidas. *Rev. bras. Saúde Ocup.* 12(47): 12-23, 1984.

TRAPE, A.Z. et al. Programa de atenção à saúde do trabalhador rural: uma experiência em implantação - Projeto Mogi-Mirim. , (mimeo), 1983,s.l..

TREU, T. The technology debate - the impact of new technology on employment, working condition and industrial relations. *Labour and society.* 9(2):109-30, 1984.

TROW, M.. Comment on Participant Observation and interviewing: a comparison.. , In: McCall Simmons, 1969,.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS/DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA E SOCIAL. Estudo Exploratório visando a implantação de um Programa de Saúde Ocupacional na Rede Básica de Serviços de Saúde-MG. Belo Horizonte, (mimeo), 1983,4p.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS/NÚCLEO DE SAÚDE COLETIVA E NUTRIÇÃO (NESCON)/PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO MONLEVADÉ. Projeto de Organização das Ações de Saúde do Trabalhador. Joao Monlevade, NESCON/PMJM, 1989,18p.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL/CEDOP. Centro de Documentação, Pesquisa e Formação em Saúde e Trabalho. Porto Alegre, UFRGS-CEDOP, (folder), ,s.d., 2p.

VAYDA, E. & DEBER, R.B. The Canadian health care system: an overview. *Soc. Sci. Med.* 18(3):191-7, 1984.

VEZINA, M. La santé publique via la santé au travail. *Union Méd. Canad.* 107:650-6, 1978.

- VIANNA, M.L.T.W. Notas sobre política social. *PHYSIS-Revista de Saúde Coletiva*. 1(1):133-59, 1991.
- VIEIRA, C.A.B. A Saúde no Desenvolvimento. Congresso Brasileiro de Epidemiologia. Campinas, Anais, 1990,p.55-62.
- VILAÇA MENDES, E. O consenso do discurso e o dissenso da prática social - notas sobre a municipalização da saúde no Brasil.In: . Cadernos da Nona. Brasília. MS-IXCNS. +1992, p. 13-16.
- VILAÇA MENDES, E. As Políticas de Saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da Reforma Sanitária e a construção da hegemonia do Projeto Neoliberal.In: VILAÇA MENDES, E. (Org.). Distrito Sanitário. Sao Paulo. HUCITEC/ABRASCO. +1993, p. 19-91(b).
- VILAÇA MENDES, E. Cinco razões para o fim do INAMPS.. *Saúde em Debate*. 39:26-34 (a), 1993.
- VILAÇA MENDES, E. (Org.). Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. Sao Paulo, HUCITEC-ABRASCO, 1993,310p. (c).
- VILAÇA MENDES, E. et al. Distritos Sanitários: conceitos-chave.In: VILAÇA MENDES, E. (Org.). Distrito Sanitário. Sao Paulo. HUCITEC/ABRASCO. +1993, p.159-85d.
- WALDRON, H. Occupational Health in the new NHS. *British Journal of Industrial Me.* 49:297-8, 1992.
- WELCH, L. The role of occupational Health Clinics in surveillance of occupational disease. *AJPH*. 79:58-60, 1989.
- WERNECK, C.M.F. & RESENDE, J.M.P. Proposta de Atuação do Serviço de Saúde do Trabalhador no Distrito Sanitário do Barreiro. Belo Horizonte, (mimeo), 1993,14p.

- WHITEHEAD, M. The concepts and principles of equity and health. *Intern.Journal of Health Serv.* 22(3):429-45, 1992.
- WINSLOW, C.E.A. The untilled fields of Public Health. *Science*, 51:23-33, 1920. In: LEAVELL, H. & CLARK, E.G. *Medicina Preventiva*. McGraw-Hill do Brasil. +1976, p.3-10.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. National health systems and their reorientation towards health for all. In: KLECZKOWSKI, B.M. et al. (eds.). Geneva. WHO. +1984, 134p.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. Hospital and Health for All. Geneva, World Health Organization. , (WHO/Tech.Rep.Series 744), 1987, 82p.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION - CONFERENCIA INTERNACIONAL DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD. Alma Ata, URSS. , WHO, 1978, 2p.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION/OCH. Primary care and working populations (Geneva, 13-16 April 1982). Geneva, (Document WHO/OCH/82.2), 1982, 32p.
- WRIGHT MILLS, C. A nova Classe Média (White collar). 3 ed. Rio de Janeiro, s.d., ZAHAR, , 233-56.
- WUNSCH-FILHO, V. et al. Sistema de informação para a ação: subsídios para a atuação prática dos Programas de Saúde dos Trabalhadores a nível local. *Cad.Saúde Públi.*, Rio de Janeiro. 9(2):136-148, 1993.
- WUNSCH-FILHO, V.; SETTIMI, M.M. & CARMO, J.C. Vigilância em Saúde do Trabalhador. Sao Paulo, (mimeo), 1992, 11p.
- WURGAFT, J.B. Efectos de la Política economica y social en el mercado de trabajo de America Latina, perspectivas para los anos 90. (Seminário sobre Calidad de Vida y Salud de los Trabajadores). Porto Alegre, OPS/OIT/FLACSO, 1993, 16p.
- WYLIE, C.M. The definition and measurement of Health and Disease. *Public Health Reports*. 85(2):100-4, 1970.