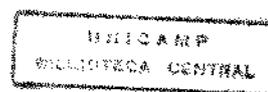


SANDRA MARIA SPEDO

**SAÚDE DO TRABALHADOR NO BRASIL:  
ANÁLISE DO MODELO DE ATENÇÃO PROPOSTO PARA O  
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS).**

960006

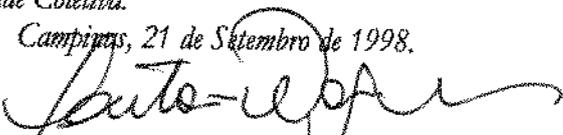
Campinas-SP  
1998



SANDRA MARIA SPEDO

*Este exemplar corresponde à versão final da  
Dissertação de Mestrado, apresentada ao Curso de Pós-  
Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências  
Médicas da UNICAMP, para obtenção do Título de Mestre  
em Saúde Coletiva.*

*Campinas, 21 de Setembro de 1998.*

  
**Prof. Dr. Gastão Wagner de Souza Campos**  
Orientador

**SAÚDE DO TRABALHADOR NO BRASIL:  
ANÁLISE DO MODELO DE ATENÇÃO PROPOSTO PARA O  
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS).**

Dissertação apresentada ao curso de Pós-graduação  
em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas  
da Universidade Estadual de Campinas para obtenção  
do título de Mestre em Saúde Coletiva

**Orientador:**

Prof. Dr. Gastão Wagner de Souza Campos

Campinas-SP  
1998

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA  
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS  
UNICAMP

S31s Spedo, Sandra Maria  
Saúde do trabalhador no Brasil: análise do modelo de atenção  
proposto para o Sistema Único de Saúde (SUS) / Sandra Maria Spedo.  
Campinas, SP : [s.n.], 1998.

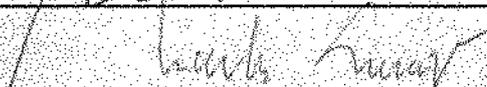
Orientador : Gastão Wagner de Souza Campos  
Tese (Mestrado) Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de  
Ciências Médicas.

1. Saúde e trabalho. 2. Saúde - Planejamento - Brasil. 3. Política  
de Saúde - Brasil. 4. Sistema Único de Saúde. I. Gastão Wagner de  
Souza Campos. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de  
Ciências Médicas. III. Título.

# Banca examinadora da Dissertação de Mestrado

**Orientador: Prof. Dr. Gastão Wagner de Souza Campos**

## Membros:

1. 
2. 
3. 

Curso de pós-graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

**Data: 21/09/1998**

Aos  
trabalhadores brasileiros que  
continuam lutando bravamente para  
transformar as péssimas condições  
de trabalho e vida a que estão  
submetidos, acreditando na  
possibilidade de construir uma  
sociedade mais justa.

*"(...) o conhecimento é uma construção que se faz a partir de outros conhecimentos sobre os quais se exercita a apreensão, a crítica e a dúvida. É um processo de tentativas"*

(Minayo 1994)

## APRESENTAÇÃO E AGRADECIMENTOS

A opção pelo tema desta dissertação decorreu das inquietações e “incômodos” vivenciados na prática da autora, no campo da saúde pública. Apesar de trabalhar em uma Universidade, sempre estive vinculada aos serviços básicos de saúde da rede pública.

Nessa trajetória, me integrei ao grupo/setor de saúde do trabalhador, do Departamento de Medicina Preventiva da Unifesp/EPM. Esse fato contribuiu para que o interesse e a necessidade de aprofundar o conhecimento e a reflexão sobre as políticas de saúde e a organização dos serviços, fosse direcionada para o campo da saúde do trabalhador.

A atuação nesse campo específico da saúde coletiva, possibilitou conhecer serviços e pessoas que vinham participando do processo de construção do campo da saúde do trabalhador em nosso país. O processo de constituição do setor na Unifesp, as dificuldades enfrentadas no desenvolvimento de nossos projetos de assistência e ensino, aliadas às questões trazidas pelos serviços, reforçaram a necessidade de organizar melhor as inquietações, esperando contribuir, de alguma forma, para o fortalecimento da saúde coletiva e em particular da saúde do trabalhador.

Nesse sentido, os profissionais de saúde, particularmente os vinculados ao programa de saúde do trabalhador do município de São Paulo, contribuíram, mesmo que de forma indireta, para o desenvolvimento deste trabalho. Tanto nos momentos de discussão conjunta da prática de nossos serviços, quanto no momento de elaboração da dissertação. Além de agradecer a toda essa grande equipe, gostaria de agradecer especialmente ao Helinho e a Yamara pela colaboração e atenção especial dada por eles.

A equipe do setor de saúde do trabalhador do Departamento de Medicina Preventiva da UNIFESP, composta pelos amigos e companheiros de muitas “lutas” Lacaz, Nica, Pasca e Suely, muito contribuiu para a elaboração deste estudo; seja a partir das discussões e trabalho conjuntos, que sempre estimularam o aprofundamento sobre este tema, seja pelas contribuições específicas. Gostaria de agradecer especialmente ao Nica, que sempre me estimulou a enfrentar essas “lutas”, em particular o desafio de chegar ao fim deste projeto, e muito contribuiu com suas sugestões, críticas e na revisão deste trabalho.

A escolha do orientador desta “árdua” tarefa, de tentar organizar e sistematizar um amontoado de idéias confusas, foi influenciada pela trajetória técnica e política do mesmo na saúde coletiva, sempre em busca de projetos que defendam e fortaleçam o SUS. Agradeço ao Gastão, especialmente pela disponibilidade e paciência de acompanhar, a seu modo, este complicado processo.

Agradeço, ainda a todas as instituições, serviços, que possibilitaram a coleta de dados para este trabalho. E, em particular aos profissionais que se dispuseram gentilmente a ser entrevistados.

Finalmente, gostaria de fazer um agradecimento especial ao meus filhos Daniel e Gabriela, que souberem compreender minha ausência, o momento particular que enfrentamos, sempre me estimulando e apoiando com muito carinho.

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	01
1.1. Saúde do Trabalhador e Medicina do Trabalho: características e diferenças.....	03
1.2. A Saúde do Trabalhador no SUS.....	10
2. QUESTÕES SOBRE O MÉTODO.....	14
2.1. São Paulo (SP): características gerais.....	16
2.2. Fontes de dados.....	21
2.3. Categorias de análise.....	23
3. EVOLUÇÃO INSTITUCIONAL DOS ÓRGÃOS GOVERNAMENTAIS RELACIONADOS À SAÚDE DO TRABALHADOR NO BRASIL: BREVE HISTÓRICO.....	27
3.1. Previdência Social.....	29
3.2. Trabalho.....	43
3.3. Saúde.....	59
4. ATENÇÃO À SAÚDE DO TRABALHADOR NO SUS: ASPECTOS TEÓRICO-CONCEITUAIS DO MODELO DE ATENÇÃO PROPOSTO.....	69
5. ATENÇÃO À SAÚDE DO TRABALHADOR EM SÃO PAULO-SP: ASPECTOS DO MODELO DE ATENÇÃO NA PRÁTICA.....	82
5.1. Saúde.....	82
5.1.1. Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo.....	82
5.1.1.a. O CRST Freguesia do Ó: o modelo em um serviço.....	87
5.1.2. Secretaria de Estado da Saúde.....	91

5.1.3. Análise das práticas em saúde do trabalhador no setor saúde.....	96
5.2. Trabalho.....	108
5.2.1. Análise das práticas em saúde do trabalhador no setor trabalho..	115
5.3. Previdência Social.....	120
5.3.1. A Perícia Médica.....	121
5.3.2. A Reabilitação Profissional.....	125
5.3.3. Análise das práticas em saúde do trabalhador no setor previdência .....	129
5.4. Ministério Público.....	134
6. AVANÇOS E LIMITES DO MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE DO TRABALHADOR PROPOSTO PARA O SUS.....	140
6.1. No plano teórico-conceitual.....	141
6.2. No plano empírico-concreto.....	148
6.3. Considerações Finais.....	155
7. CONCLUSÕES.....	160
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	164

## SUMMARY

## LISTA DE SIGLAS

ARS - Administração Regional de Saúde  
CAPs - Caixas de Aposentadorias e Pensões  
CAT- Comunicação de Acidente do Trabalho  
CEREST - Centro de Referência em Saúde do Trabalhador do Estado de São Paulo  
CIPA - Comissão Interna de Prevenção de Acidentes  
CIST - Comissão Interministerial de Saúde do Trabalhador  
CLT - Consolidação das Leis do Trabalho  
CMG - Coeficiente de Mortalidade Geral  
CMI - Coeficiente de Mortalidade Infantil  
CNS - Conferência Nacional de Saúde  
CNST - Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador  
COAS - Centro para Organização da Atenção à Saúde  
CRP - Centro de Reabilitação Profissional  
CRST - Centro de Referência em Saúde do Trabalhador  
CRST-FÓ - Centro de Referência em Saúde do Trabalhador da Freguesia do Ó  
CVS - Centro de Vigilância Sanitária  
DIESAT - Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde e dos Ambientes de Trabalho  
DRT - Delegacia Regional do Trabalho  
FUNDACENTRO - Fundação nacional Centro de Segurança, Higiene e Medicina do Trabalho  
IAPs - Institutos de Aposentadoria e Pensões  
IAPI - Instituto de Aposentadoria e Pensão dos Industriários  
INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social  
INSS - Instituto Nacional do Seguro Social  
INPS - Instituto Nacional da Previdência Social  
LER - Lesões por Esforços Repetidos  
MPAS - Ministério da Previdência e Assistência Social  
MTb - Ministério do Trabalho  
MS - Ministério da Saúde  
NOB - Norma Operacional Básica  
NOST - Norma Operacional de Saúde do Trabalhador  
NR - Norma Regulamentadora  
OIT - Organização Internacional do Trabalho  
OMS - Organização Mundial de Saúde  
OPS - Organização Panamericana de Saúde  
PAS - Plano de Atendimento à Saúde  
PCMSO - Programa de Controle Médico da Saúde Ocupacional  
PST - Programa de Saúde do Trabalhador  
PST-ZN - Programa de Saúde do Trabalhador da zona Norte  
RIT - Regulamento de Inspeção do Trabalho  
SESMT - Serviço Especializado de Segurança e Medicina do trabalho  
SES-SP - Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo  
SMS-SP - Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo  
SUS - Sistema Único de Saúde  
UBS - Unidade Básica de Saúde

## RESUMO

A atenção à saúde da classe trabalhadora no Brasil se desenvolveu a partir de um modelo excludente, privilegiando os trabalhadores do setor formal da economia e vinculada aos interesses do capital de controle da força de trabalho. Inicialmente, o setor saúde tinha uma participação muito limitada nessa área.

No final da década de 1970, novos modelos de atenção à saúde do trabalhador começaram a ser experimentados em serviços da rede pública de saúde. Mas foi só no processo de redemocratização do país, a partir de meados da década de 1980, que movimentos sindicais, populares e de trabalhadores da saúde forjaram uma proposta de modelo de atenção à saúde do trabalhador para o SUS, nas Conferências Nacionais de Saúde e nas Conferências de Saúde do Trabalhador. Apesar das resistências, essa proposta vem sendo institucionalizada pelo Ministério da Saúde. O modelo de atenção proposto deveria ser coordenado pela saúde, existindo a indicação para a integração com os demais setores, trabalho e previdência, de modo a articular ações e evitar duplicidade de competências.

Neste estudo, esse modelo de atenção à saúde do trabalhador foi analisado, partindo da hipótese que cada setor envolvido teria seu modelo, lógica e compromissos particulares, havendo dificuldades para integrá-los na prática. Optou-se por desenvolver a análise em dois planos: o teórico-conceitual, implementada a partir de fontes documentais. E, o plano empírico-concreto, realizado através da análise das práticas dos serviços dos setores governamentais envolvidos. Para tanto, foi escolhido o município de São Paulo (SP), por suas características sócio-econômicas e por ter serviços locais dos três setores estudados.

A análise do desenvolvimento institucional e dos projetos teóricos e das práticas dos setores saúde, trabalho e previdência mostrou que, historicamente, eles evoluíram orientados por referenciais distintos e assumiram compromissos também distintos. Nesse sentido, constatou-se que, no Brasil, coexistem pelo menos três modelos de atenção à saúde do trabalhador, que se relacionam de forma "harmonicamente conflituosa". E, ainda, em função da magnitude e significado das diferenças entre esses modelos de atenção, avaliou-se ser impossível qualquer integração entre os mesmos.

Apesar do avanço e consistência representado pelo modelo de atenção proposto para o SUS, foram constatadas limitações importantes no plano empírico-concreto. Entre essas limitações, pode-se destacar o fato de que esse modelo vem sendo implementado quase exclusivamente por meio de serviços especializados, sem o efetivo envolvimento da rede básica de serviços; e que a vigilância em saúde nessa área ainda não foi efetivamente assumida, enquanto eixo estruturador das ações desse modelo.

## 1. INTRODUÇÃO

No Brasil, o Estado passou a intervir nas relações de trabalho somente no início do século XX, com a evolução do processo de industrialização e urbanização do país e do desenvolvimento dos movimentos reivindicatórios dos trabalhadores urbanos. Os primeiros dispositivos jurídico-legais foram então instituídos no sentido de regulamentar alguns aspectos da relação trabalho-saúde. Um dos marcos dessa ação do Estado foi a primeira Lei de Acidente do Trabalho, de 1919. Deve-se ressaltar que a atuação institucional do Estado brasileiro nessa área, como citado por outros (Mendes 1986), sempre foi impregnada de um grande formalismo legal.

Até a década de 1980, a assistência médica para os trabalhadores com vínculo formal de emprego, isto é, com carteira de trabalho e previdência social assinada, era prestada pelo Ministério da Previdência Social, através de serviços próprios, contratados ou conveniados, e as ações relativas à higiene e segurança do trabalho ficavam sob a responsabilidade do Ministério do Trabalho. Os trabalhadores pertencentes ao mercado informal ficavam excluídos dessa assistência, tendo que recorrer basicamente à filantropia, que no Brasil é bem representada pela irmandade da misericórdia e seus hospitais, conhecidos como "Santas Casas da Misericórdia". Os serviços públicos estaduais e/ou municipais existentes, como os Centros ou Postos de Saúde, não priorizavam o atendimento à população adulta. As ações desenvolvidas por esses serviços eram predominantemente de caráter preventivo e

voltadas à criança e mulher (Oliveira e Teixeira 1985; Campos 1992).

Foi, ainda nessa época, que o governo militar regulamentou a criação dos serviços de empresa, o Serviço Especializado de Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT) (Brasil 1972), como parte de sua pretensa política para controlar o crescente número de acidentes do trabalho. É importante registrar que naquele momento o Brasil despontava como um dos recordistas mundiais em acidentes do trabalho. Em relação ao caráter desse serviço, embora tenha sido concebido para atender os trabalhadores, era vinculado e subordinado organicamente à estrutura da empresa, sendo ainda restrito às grandes empresas, sem qualquer relação com o sistema de saúde.

*Brasil  
registro  
de  
acidentes  
de  
trabalho*

As ações e serviços de saúde para os trabalhadores se desenvolveram a partir de modelo excludente, que mantinha a inequidade, subordinado aos interesses do capital e com os objetivos centrados na manutenção e reposição da força de trabalho. Nessa lógica, o controle sobre o ambiente de trabalho sempre esteve dissociado da assistência médica, que se caracterizava por ser predominantemente individual e curativa.

Durante a década de 1970, algumas iniciativas tentaram introduzir um novo modelo de atenção à saúde dos trabalhadores, limitadas ao âmbito de alguns poucos serviços e municípios. Mas, foi só na década de 1980 que, associadas ao processo de redemocratização do país, as experiências nessa área ganharam maior expressão no cenário da política de saúde brasileira. Essas experiências, que faziam parte do movimento da Reforma Sanitária e incorporavam o referencial teórico da determinação social do processo saúde-doença e uma nova forma de prática para as questões da relação trabalho-saúde-doença, foram forjadas no bojo do questionamento dos tradicionais modelos da Medicina do

Trabalho e da Saúde Ocupacional (Mendes e Dias 1993; Dias 1994; Lacaz 1994).

Essa corrente teórica aborda a problemática de saúde coletiva como um processo social e político, utilizando o referencial do materialismo histórico para sua análise. Nesse sentido, o estudo da relação trabalho-saúde-doença passou a ser considerado temática central na análise do processo saúde-doença, o que se justificava

*“(...) tanto porque para a teoria marxista o trabalho é aquilo que regula o metabolismo entre homem e natureza, como pela centralização da classe operária na constituição de uma prática social” (Laurell e Noriega 1989).*

Associada às diretrizes da atenção primária em saúde (OMS 1978), essa concepção orientou as iniciativas que buscavam organizar a atenção à saúde dos trabalhadores na rede pública de serviços de saúde, no Brasil. Isso representou uma ruptura importante com o modelo hegemônico até então, ou seja, as tradicionais áreas da Medicina do Trabalho e da Saúde Ocupacional.

### **1.1. Saúde do Trabalhador e Medicina do Trabalho: características e diferenças**

A saúde do trabalhador surgiu como um campo transformador, contra-hegemônico, tentando superar a medicina do trabalho e a saúde ocupacional (Mendes 1986; Mendes e Dias 1991; Lacaz 1996). No entanto, não ocorreu um movimento linear de superação de um campo por outro; sabe-se que esses campos coexistem até hoje. Para o objetivo deste estudo, serão analisados apenas os principais aspectos de cada uma dessas áreas, no sentido de compreender se existe a possibilidade de uma coexistência

ou são campos antagônicos.

A medicina do trabalho surgiu com a Revolução Industrial, no século XIX, na Inglaterra e desde seu início intimamente atrelada aos interesses do capital, controlando diretamente a força de trabalho. No Brasil, que teve uma industrialização mais tardia, o primeiro serviço médico voltado exclusivamente aos trabalhadores, foi criado, somente em 1920, por um empresário. Com o decorrer do tempo, foram surgindo outros serviços médicos de empresa que, no entanto,

*“(...) ignoravam completamente a relação entre trabalho e saúde.(...) Os médicos atendiam os trabalhadores como um ‘bico’ e apenas procuravam tratar as doenças comuns que os trabalhadores apresentavam; por outro lado, uma das suas missões era de verificar as condições de saúde, que provocavam faltas ao serviço” (Nogueira 1995).*

No Brasil, a medicina do trabalho só se firma como especialidade médica após a criação da Fundação Nacional Centro de Segurança, Higiene e Medicina do Trabalho (FUNDACENTRO), órgão do Ministério do Trabalho responsável pela organização e realização dos primeiros cursos de especialização em medicina do trabalho. É importante destacar que essa estrutura de curso, concebida num dado momento histórico, se perpetuou praticamente sem alterações até o presente, determinando repercussões importantes no perfil desses profissionais.

*“A Medicina do Trabalho no Brasil foi regulamentada no período da ditadura militar e a corporação médica que assumiu esta prática tem uma herança autoritária e de vinculação com o capital, pois no momento de seu nascimento, tomar como ponto de partida para o exercício profissional a existência de um conflito entre capital e trabalho e que este conflito poderia ter conseqüências nefastas para a saúde dos trabalhadores era considerado ato subversivo e ‘um atentado contra a segurança nacional” (Nardi 1996).*

Essa prática, enquanto especialidade médica, é centrada no profissional médico e voltada fundamentalmente para o tratamento da

doença (efeito) e a recuperação da saúde do indivíduo. Seu referencial é a medicina clínica, prática empirista e positivista, fundamentada no modelo da história natural da doença, enfocando os acidentes e doenças relacionadas ao trabalho como problemas individuais (Mendes e Oliveira 1995). O trabalhador é visto como mero **paciente e objeto** de sua ação, não possuidor de poder e/ou saberes.

*“O foco central desta medicina, como o próprio nome denota, é a ‘patologia’ do trabalho, os entraves para a produção e, portanto, não é a saúde do trabalhador. Esta prática médica nasce e se constitui a partir da regulação de um corpo de normas legais. Não é autônoma pois depende deste corpo de leis, que por sua vez expressam como todo corpo legal, as relações de poder em uma determinada sociedade e, portanto, as relações de classe” (Nardi 1996).*

Com o desenvolvimento da industrialização, a utilização de novas tecnologias e as mudanças ocorridas nos processos de produção, particularmente após a II Guerra Mundial, surgiram novos problemas de saúde para os trabalhadores. Nesse contexto, além da insatisfação dos trabalhadores, o capital mais uma vez se reorganiza, intervindo na situação que lhes representava risco.

*“A resposta, racional, ‘científica’ e aparentemente inquestionável traduz-se na ampliação da atuação médica direcionada ao trabalhador, pela intervenção sobre o ambiente, com o instrumental oferecido por outras disciplinas e outras profissões” (Mendes e Dias 1991).*

Surge, assim a saúde ocupacional, que se diferencia da medicina do trabalho por incorporar uma equipe multiprofissional que atua com a finalidade de controlar os riscos ambientais, fundamentada na higiene industrial. Dessa forma, a saúde ocupacional engloba em seu campo, de um lado a própria medicina do trabalho e de outro, a higiene e a segurança do trabalho (Mendes 1980). Segundo a Organização Internacional do Trabalho (OIT):

*“A Saúde Ocupacional tem como objetivos: a promoção e manutenção do mais alto grau de bem-estar físico, mental e social dos trabalhadores em todas as ocupações; a prevenção entre os trabalhadores, de desvios de saúde causados pelas condições de trabalho; a proteção dos trabalhadores em seus empregos, dos riscos resultantes de fatores adversos à saúde; a colocação e manutenção do trabalhador adaptadas às aptidões fisiológicas e psicológicas, em suma: a adaptação do trabalho ao homem e de cada homem a sua atividade” (Mendes 1980).*

Na saúde ocupacional, o trabalhador continua sendo **objeto** das ações, **adaptado** às necessidades da produção, ou seja do capital. O uso da higiene do trabalho possibilitou a quantificação dos riscos, por meio da utilização dos polêmicos *limites de tolerância*, dando um caráter mais científico (positivista) para esse campo.

Com o aumento da complexidade das relações trabalho-saúde-doença, essas novas aquisições foram insuficientes para dar respostas aos problemas de saúde enfrentados pelos trabalhadores. Essa preocupação aparece a nível internacional, inclusive sendo tema de encontros e documentos da Organização Mundial de Saúde (OMS) e da Organização Panamericana de Saúde (OPS).

No início da década de 1980, os documentos dessas organizações assumem um enfoque mais globalizante sobre a relação trabalho-saúde, mudando inclusive a denominação do programa de *“saúde ocupacional”* para *“saúde dos trabalhadores”*, apontando, ainda, as vantagens de incorporar e operacionalizar essa nova abordagem no âmbito dos serviços de saúde (Mendes 1986). Segundo a OPS:

*“(...) o enfoque de ‘saúde dos trabalhadores’ inclui os da ‘saúde ocupacional’, concentrados tradicionalmente na identificação e no controle dos riscos profissionais dentro dos ambientes de trabalho, porém acrescenta à compreensão das relações trabalho-saúde, uma visão do tipo ‘estrutural’, de ocupação como determinante social deste processo. Contempla os trabalhadores enquanto categoria ou grupo da comunidade, e enfoca a ‘entrega’ da saúde como um todo indivisível” (OPS 1983).*

No Brasil, nesse mesmo período, profissionais de saúde, vinculados a universidades e a serviços, em aliança com parte do movimento sindical forjaram um movimento buscando superar a visão e a capacidade de intervenção da saúde ocupacional e da medicina do trabalho, com os referenciais da saúde do trabalhador.

Esse campo emerge, em nosso país, num contexto de lutas sociais por uma sociedade mais democrática e busca da cidadania, em particular a luta pela Reforma Sanitária, que tinha como principal diretriz a saúde como direito do cidadão. O referencial teórico para sua constituição foi o da medicina social latino-americana, que situa o **trabalho** como categoria fundamental na **determinação social do processo saúde-doença**, incorporando a concepção de **trabalhador-sujeito** da ação. O modelo operário italiano e as conquistas do movimento sindical italiano também exerceram papel paradigmático nessa construção (Dias 1994; Lacaz 1996; Minayo-Gomez e Thedim-Costa 1997).

Essa nova prática aparece como contra hegemonia aos modelos tradicionais da medicina do trabalho e da saúde ocupacional que, sendo centrados no médico e controlados direta ou indiretamente pelo capital, têm o trabalhador como objeto central e passivo de suas ações e

*“(...) não têm sido capazes de transformar substancialmente a realidade: trabalhadores continuam adoecendo e morrendo por doenças conhecidas desde a Antigüidade” (Dias 1995).*

Dessa forma, a saúde do trabalhador se constitui como um campo de teoria e práticas, que mantém a medicina e incorpora, além do saber do trabalhador, outras ciências, particularmente as ciências sociais. Esse campo assume com esse ator social, o trabalhador, o compromisso de resgatar e preservar sua saúde, intervindo e modificando o ambiente e a organização do trabalho. Na visão de alguns autores, a saúde do

trabalhador:

*“(...) busca gerar um conhecimento transformador visando uma nova prática, colocando-se então como resposta à incapacidade da forma dominante de analisar as relações entre saúde e trabalho [e] promover modificações substantivas na saúde das coletividades de trabalhadores. Assim, a Saúde do(s) Trabalhador(es) assume uma tarefa que é bastante ousada, no sentido de deslocar uma longa tradição da medicina no trato das questões relacionadas ao trabalho” (Lacaz 1996).*

*“(...) aparece enquanto uma prática social instituinte, que se propõe a contribuir para a transformação da realidade de saúde dos trabalhadores e por extensão, à da população em geral, 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 próprias deste momento da história humana” (Dias 1995).*

A diferença entre a medicina do trabalho e a saúde do trabalhador seria que:

*“(...) o método da primeira [medicina do trabalho], que é o pensamento médico dominante, baseia-se em grande medida nas reduções sucessivas do objeto de estudo particular, delimitando componentes cada vez menos complexos e estudando-os isoladamente. (...) Sua debilidade reside, todavia, em supor a possibilidade de entender o conjunto a partir da somatória de suas partes.(...) O método da medicina social busca, ao contrário, já que se propõe compreender o nexu biopsíquico como processo complexo e enquanto tal com sua especificidade, o que exclui reduzi-lo a soma das partes. Ou seja, não pode colocar reduções sucessivas, mas, ao contrário, a integração cada vez mais complexa dos elementos, no marco de uma dinâmica global que imprime uma nova qualidade ao conjunto” (Laurell e Noriega 1989).*

O Quadro 1.1, abaixo, apresenta uma síntese das principais diferenças entre a medicina do trabalho e a saúde do trabalhador.

**QUADRO 1.1. Principais diferenças entre a medicina do trabalho e a saúde do trabalhador, segundo categorias de análise selecionadas.**

<b>CATEGORIAS DE ANÁLISE</b>	<b>MEDICINA DO TRABALHO</b>	<b>SAÚDE DO TRABALHADOR</b>
<b>CONCEPÇÃO DE SAÚDE-DOENÇA</b>	doenças são causadas por agentes nocivos (equilíbrio/desequilíbrio)	doenças são determinadas histórica e socialmente (processo)
<b>AÇÃO PRINCIPAL</b>	diagnóstico e tratamento da doença (abordagem individual)	promoção da saúde (abordagem coletiva)
<b>CARÁTER PRINCIPAL DA AÇÃO</b>	técnico ("neutralidade da ciência")	técnico-político ("ciência não é neutra")
<b>PRINCIPAL ATOR SOCIAL</b>	médico	equipe de saúde (multiprofissional/interdisciplinar) trabalhadores
<b>PAPEL DO TRABALHADOR</b>	passivo - objeto da ação	ativo - sujeito do processo
<b>PAPEL DO ESTADO</b>	Estado mínimo; modelo atenção-empresarial (Estado não desenvolve ações diretas, no máximo, normatiza (Min. Trabalho))	Estado forte/gestor público; modelo atenção-público (Estado, além de normatizar, desenvolve ações diretas, com controle social (SUS))

Fontes: adaptado de Nardi (1996); Oliveira e Mendes (1995).

## 1.2. A Saúde do Trabalhador no SUS

O processo de discussão do modelo da Saúde do Trabalhador, no Brasil, teve no movimento sindical um dos seus principais atores sociais. Esse processo foi construído por parcela considerável de sindicatos de trabalhadores que se reorganizava e se fortalecia em meados da década de 1970, na luta contra a ditadura militar e que, particularmente, tinha como uma de suas bandeiras de luta a questão da saúde no trabalho, apoiados por técnicos da saúde. É desse período as Semanas de Saúde do Trabalhador (SEMSATs), seminários, encontros e a própria criação do Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde e dos Ambientes de Trabalho (DIESAT), que tiveram importante papel na crítica à tradicional e restrita política de higiene e segurança do trabalho implementada pelo Estado brasileiro. Além da crítica ao modelo hegemônico, propunha-se a construção de um novo modelo de atuação do Estado e dos trabalhadores, tendo como referência as experiências da Reforma Sanitária e do modelo operário italianos.

Esse novo modelo de atenção à Saúde do Trabalhador vem sendo implementado por meio da criação de programas e serviços (ambulatórios universitários, centros de referência), na rede pública de saúde. É importante considerar que, paralelamente a esse movimento, conquistou-se avanços no âmbito jurídico-legal com o novo capítulo da saúde na Constituição Federal (Brasil 1988) e com a Lei Federal No. 8.080 (Brasil 1990), que legalizaram a atribuição do Sistema Único de Saúde (SUS), através do Ministério da Saúde, quanto à **coordenação da política nacional de saúde do trabalhador**.

A experiência desses serviços e a incorporação da saúde do trabalhador no âmbito do SUS representam um importante avanço sob

dois aspectos. Primeiramente, porque delega a coordenação da política de saúde do trabalhador ao Ministério da Saúde, bem como aponta a estratégia da integração das ações de interesse a essa área, até o momento dispersas e desarticuladas pelos ministérios da Saúde, do Trabalho e da Previdência Social. Segundo, porque propõe o desenvolvimento de um modelo da atenção que articule **prevenção com cura, individual com coletivo**, conformando uma desejada atenção integral aos trabalhadores, importante desafio do SUS.

Entretanto, são poucos os estudos acadêmicos desse campo que abordaram as relações saúde e trabalho na perspectiva da saúde do trabalhador e, particularmente, os que discutiram as políticas em saúde do trabalhador. Um estudo que marcou essa discussão propôs a integração da *saúde ocupacional* no setor saúde (Mendes 1986); este estudo, apesar do referencial da saúde ocupacional, foi considerado um “(...) marco delimitador que o aproxima do campo da saúde do trabalhador” (Lacaz 1996).

Outro estudo importante, nesse campo, analisou a Atenção à Saúde dos Trabalhadores no Setor Saúde, SUS (Dias 1994). Este estudo e, particularmente, algumas de suas conclusões e/ou questionamentos serviram como um dos fatores de estímulo para o aprofundamento da reflexão e discussão sobre esse tema. Nesse sentido, destacam-se:

***“(...)o caráter instituinte da atenção à saúde dos trabalhadores conformando ‘novas’ práticas sanitárias caracterizadas pela diversidade, integralidade, transdisciplinaridade e atuação interinstitucional”***

- ***“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?” (Dias 1994).

Embora não seja objetivo deste trabalho responder às questões destacadas (Dias 1994), elas permearão, em maior ou menor profundidade, toda a nossa discussão.

Deve-se registrar, ainda, um outro estudo que aborda esse tema, centrando a discussão na experiência de um Centro de Referência em Saúde do Trabalhador do município de São Paulo-SP (Cavalcanti 1996).

É importante assinalar que os estudos apontados, embora discutam aspectos da política de saúde do trabalhador, não o fazem sob a perspectiva de modelo de atenção.

Apesar dos avanços no campo jurídico legal, que possibilitam a construção do SUS e a implantação de um modelo de atenção à saúde do trabalhador, as políticas de saúde implementadas pelos últimos governos federais caminham em sentido contrário ao SUS. A política neoliberal do “Estado mínimo”, implementada no país desde o primeiro governo da “Nova República” e que ganhou força nova no atual governo, é conflitante com a efetiva implantação do SUS. Nesse sentido, o SUS proposto pela VIII CNS, ainda não está efetivamente implantado. Por outro lado, é importante considerar que, na esfera municipal, alguns governos progressistas e/ou de caráter democrático e popular conseguiram realizar avanços substantivos na construção do SUS, apesar da política nacional.

Considerando-se, ainda, as limitações impostas pela política neoliberal, particularmente a do atual governo, à implantação de uma política de saúde que viabilizasse aquilo que foi caracterizado como o *SUS democrático* (Paim 1996), centralizaremos a discussão no modelo de atenção à saúde do trabalhador proposto para esse SUS e que vem sendo

experimentado em alguns municípios brasileiros.

Esse modelo de atenção prevê a integração de ações dos órgãos governamentais ou setores: saúde, trabalho e previdência social. Contudo, além de terem missões institucionais distintas, é importante considerar que a história institucional desses setores, mesmo quando temporariamente dentro de um mesmo ministério, é caracterizada pela desarticulação de suas políticas.

Em tese, esses setores poderiam desenvolver e/ou implementar distintos modelos de atenção relativos aos campos da saúde e trabalho. Nesse sentido, a **hipótese** central deste trabalho é que, na prática, coexistem vários modelos de atenção em saúde do trabalhador: o da previdência social, o da saúde e o do trabalho, em constante conflito e disputa. Não parece ter havido uma evolução ou uma superação de um modelo (velho e conservador) por outro (novo e transformador).

O **objetivo** principal deste estudo foi analisar o(s) modelo(s) de atenção à saúde do trabalhador no Brasil. Outro objetivo foi analisar a possibilidade de articulação e/ou integração entre eles, no sentido de compor um modelo **único** “articulado” ou “integrado”, o **modelo da atenção à saúde do trabalhador para o SUS**.

## 2. QUESTÕES SOBRE O MÉTODO

Neste capítulo, é discutida a opção metodológica adotada na realização deste trabalho. Assume-se metodologia como o estudo dos caminhos e do instrumental utilizado para fazer ciência, para abordar a realidade (Demo 1995; Minayo 1994a). Nesse sentido, são descritos os caminhos e instrumentos utilizados para se aproximar de uma dada realidade, com o objetivo de tentar analisar e entender o modelo de atenção à saúde do trabalhador no Brasil, neste final do século XX.

A primeira consideração importante a ser feita é em relação à neutralidade da ciência/pesquisa. Não há consenso sobre esse tema, existindo de um lado os que afirmam que a ciência é e deve ser neutra e, de outro, os que colocam a impossibilidade dessa neutralidade. Nos alinhamos com esta última corrente, por entendermos que a realidade social é um processo histórico, do qual fazem parte distintos atores sociais e que disputam distintos interesses. Tanto a história, como os atores não são e nem conseguem ser neutros. Isso inclui o próprio pesquisador que, por mais que tente, também não consegue deixar de lado seus interesses, compromissos, sistema de referência e, com isto, manter uma atitude de neutralidade durante a pesquisa.

Outra questão a ser considerada é que se pretende fazer uma aproximação a uma realidade social -- aspectos da implementação de uma dada política pública -- diretamente relacionada à saúde e/ou doença, que são:

*"(...) categorias [que] trazem uma carga histórica, cultural, política e ideológica que não pode ser contida apenas numa fórmula numérica ou num dado estatístico" (Minayo 1994b).*

Isso implica em que para analisar um objeto, como um modelo de atenção à saúde, com as suas 'cargas' e complexidade, optamos por uma *metodologia qualitativa*. Deve-se entender aqui *qualitativa*, não no sentido oposto ao da metodologia quantitativa.

*"A diferença entre qualitativo-quantitativo é de natureza; (...) a abordagem qualitativa aprofunda-se no mundo dos significados das ações e relações humanas, um lado não perceptível e não captável em equações, médias e estatísticas. O conjunto de dados quantitativos e qualitativos, porém, não se opõem. Ao contrário, se complementam, pois a realidade abrangida por eles interage dinamicamente, excluindo qualquer dicotomia" (Minayo 1994b).*

É importante considerar, ainda, que a discussão do(s) modelo(s) real(is) de atenção à saúde do trabalhador, no Brasil, não se restringe aos aspectos da esfera política, mas de como essa(s) política(s) se expressa(m) na organização de ações e serviços. Dessa forma, caso a análise ficasse restrita apenas ao plano teórico-conceitual, julgamos que poderia haver limitações importantes. Nesse sentido, a incorporação da *praxis* institucional na análise, poderia torná-la mais rica.

Na abordagem teórico-conceitual, buscou-se caracterizar e analisar os documentos que delinearão a "nova" proposta de modelo de atenção à saúde do trabalhador. Para tanto, a referência utilizada foi a do modelo de atenção em saúde do trabalhador debatido e aprovado na I Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador (CNST) (Brasil 1986), reafirmado e, em alguns aspectos, detalhado pela II CNST (Brasil 1994), e incorporado na proposta de Norma Operacional de Saúde do Trabalhador (NOST-SUS) do Ministério da Saúde (Brasil.MS 1994). Esse modelo tem como eixo central o desenvolvimento de suas ações nos serviços de saúde do SUS (Brasil.MS 1986; Brasil 1990). E para abordar as questões da *praxis*, optou-se por analisar a estrutura e a prática concretas das ações e serviços relacionados ao campo da saúde e trabalho em um município específico.

Para tanto, foi escolhido o município de São Paulo.

## **2.1. São Paulo (SP): características gerais**

O município de São Paulo foi escolhido para realização deste estudo a partir de dois critérios básicos. Primeiramente, por sua importância econômica e seu papel de destaque no cenário nacional. É a maior metrópole do país, concentrando o maior contingente de trabalhadores brasileiros, nos mais diversos ramos de atividade. Segundo, por ter uma estrutura privilegiada, dentro da realidade brasileira, de serviços públicos de saúde, que conseguiram implementar diversas ações programáticas, entre elas as de saúde do trabalhador, e de serviços dos demais setores estatais vinculados à área.

Em 1997, o setor saúde contava com cinco Centros de Referência de Saúde de Trabalhador, vinculados à Secretaria Municipal de Saúde e um Centro de Referência Estadual, vinculado à Secretaria de Estado da Saúde. Além disso, possuía na rede estadual, 131 unidades básicas, 10 hospitais e 15 ambulatórios de especialidades. A Secretaria Municipal possuía 7 unidades básicas, 2 hospitais e Centros de Referência de DST/AIDS e de Fármaco-dependência. O Plano de Atendimento à Saúde (PAS), sistema de cooperativas implantado pelo governo municipal em 1996, possuía 135 unidades básicas, 13 ambulatórios de especialidade, 16 hospitais e 13 pronto-socorros.

No setor trabalho há uma Delegacia Regional do Trabalho, responsável por todas as ações no município de São Paulo, grande São Paulo e alguns municípios do interior. E a previdência conta com um Centro de Reabilitação Profissional e 10 Postos de Atendimento, com as

respectivas Unidades Executivas de Perícia Médica.

São Paulo é considerado o centro econômico e político mais importante do país. É o maior centro urbano e uma das maiores cidades do mundo; em 1996, apresentava uma população residente de 9.811.776 habitantes (Ibge 1998).

Como decorrência de seu processo de industrialização, a cidade foi submetida a um acelerado e desordenado processo de urbanização, particularmente a partir da década de 1940. Esses processos conjugados apresentaram como conseqüências, de um lado, o acúmulo de riqueza para as classes dominantes e, de outro, exploração e miséria para as classes trabalhadoras, típicos das sociedades capitalistas e subdesenvolvidas. Da mesma forma que no restante do país, em São Paulo as crises econômicas tiveram um papel de agravar ainda mais as já precárias condições de trabalho e de vida das classes trabalhadoras. Os períodos de crescimento da economia não foram suficientes para garantir melhorias nas condições de trabalho e vida para as classes trabalhadoras.

*“A única constante do recente processo de crescimento econômico brasileiro é o quadro de pauperização de grandes parcelas da população, sistematicamente excluídas dos benefícios por elas próprios gerados”*  
(Brant 1989).

A transformação da cidade em metrópole foi resultado do referido processo de industrialização. No início da década de 1950, São Paulo já era o maior pólo industrial do país, mantendo essa posição até os dias atuais. Desde meados da década de 1970, com a nova crise econômica que atingiu o país, houve uma considerável redução da produtividade industrial em São Paulo. Associado a esse fato, na década de 1980, iniciou-se um processo de “desconcentração industrial”, com a mudança de parcela das indústrias para outros municípios do estado.

Dessa forma, o setor secundário, até então o setor econômico de

maior importância, perdeu progressivamente seu peso relativo na economia da cidade, ao mesmo tempo em que aumentava o peso do setor de serviços, caracterizando o processo de terceirização da economia. “*A tendência à especialização da Capital no setor de serviços é inequívoca (...)*”, sendo que em 1985 a taxa de participação do setor terciário em sua economia já era de 60% (Brant 1989).

De acordo com estudo realizado por pesquisadores da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo no início da década de 1990, existiam no município de São Paulo distintas cidades dividindo o mesmo espaço territorial. Cerca de 8 milhões de pessoas viviam em áreas consideradas como “de exclusão social”, atingindo 76% dos distritos administrativos da capital paulistana (73/96); nessas regiões, o acesso da população a bens essenciais como serviços de saúde, educação, moradia e renda é precário. De outro lado, os habitantes dos 23 distritos restantes viviam em condições semelhantes aos de países do primeiro mundo (Raio X SP 1995).

A atual crise econômica por que passa o país, associada às modificações no mundo do trabalho e a emergência de novos processos de trabalho, trazem, ainda, novas conseqüências à vida das classes trabalhadoras. Nesse sentido, observa-se o aumento das taxas de desemprego, associado à redução do proletariado fabril e ao aumento do subproletariado, do trabalho precário (o setor informal).

Em 1995, 61,5% da população em idade ativa (PIA - indivíduos com 10 anos de idade e mais) compunham a população economicamente ativa (PEA - parcela da PIA ocupada ou desempregada). Desses 53,9% estavam ocupados e 7,6% desempregados, sendo que a taxa de desemprego total era de 12,4% (Seade 1997a).

A Pesquisa de Emprego e Desemprego, realizada pelo SEADE em convênio com o DIEESE, mostrou que, no mês de junho de 1997, a região

metropolitana de São Paulo tinha uma PEA de 8.710.000 indivíduos. Desses 1.394.000 estavam desempregados, com uma taxa de desemprego de 16%. Do total de ocupados (7.316.000), 1.558.000 pertencem ao setor industrial, 1.236.000 ao comércio, 3.665.000 aos serviços (50% do total) e 857.000 estão distribuídos em "outros", que inclui a construção civil e o trabalho doméstico (Seade 1997b).

Observou-se, ainda, um aumento do desemprego nessa região, nos últimos doze meses, com a eliminação de 75.000 postos de trabalho na indústria, principalmente os ocupados por trabalhadores com carteira assinada. Houve ainda, nesse período, um aumento do nível ocupacional nos serviços, com expansão do assalariamento sem carteira assinada e do trabalho autônomo. O salário médio real pago pelo setor privado decresceu 1,9%. Essa redução dos rendimentos se deu principalmente na indústria (Seade 1997b).

É importante destacar, ainda, alguns indicadores de saúde do município. No ano de 1994, o Coeficiente de Mortalidade Geral (CMG) foi de 6,8 por 1.000 habitantes e o Coeficiente de Mortalidade Infantil (CMI) de 23,4 por 1.000 nascidos vivos. A esperança de vida ao nascer era de 64,2 anos para os homens e 73,9 anos para as mulheres. As três principais causas de óbito, no ano de 1995 foram: doenças do aparelho circulatório, tumores e violências/acidentes/suicídios (São Paulo.PRO-AIM 1997).

A comparação do município de São Paulo com o Brasil, por meio de alguns indicadores selecionados (Quadro 2.1), permite avaliar sua importância em relação ao país e, particularmente, nas questões em foco neste estudo. É importante reconhecer também que, apesar do seu papel de destaque no atual cenário da economia nacional, o município de São Paulo mantém características peculiares que o diferenciam do restante do país nas questões relativas ao processo trabalho-saúde-doença e a sua

organização de serviços de saúde. Contudo, guardadas as devidas proporções e devido à diversidade de serviços existente, a avaliação da organização dos serviços nesse município pode ser extrapolada para o país.

**QUADRO 2.1. Indicadores demográficos, de saúde e sócio-econômicos selecionados. Brasil e município de São Paulo (SP), década de 1990.**

INDICADOR	BRASIL	SÃO PAULO
População residente (1996)	157 070 163 habitantes	9 811 776 habitantes
CMG	5,74 por 1000 hab. (1997)	6,8 por 1 000 hab. (1995)
CMI	40,0 por 1 000 NV (1997)	23,4 por 1 000 NV (1995)
PEA (1998)	17 707 000 [IBGE]	8 722 000 [SEADE] 7 754 000 [IBGE]
Taxa de desemprego (1998)	8,9% [IBGE]	18,9% [SEADE] 9,5% [IBGE]
Acid. do Trabalho (1995)	424 137	73 595
Óbitos por AT (1995)	3 967	352
Letalidade (1995) [óbitos AT/nº AT . 1 000]	9,4 por 1 000 AT	4,8 por 1 000 AT
Doenças Trabalho (1995)	20 646	5 258

Fontes: Brasil.MS (1998); Brasil.MPAS.INSS (1997); Ibge (1998); Seade (1998); São Paulo.SMS.PST (1997); São Paulo.PRO-AIM (1997).

## 2.2. Fontes de Dados

Tentou-se caracterizar a estrutura e a forma de como as ações e serviços no campo da saúde e trabalho vêm sendo desenvolvidas no município de São Paulo (SP), ou seja, o(s) modelo(s) de atenção vigente(s) em 1997. Para tanto, utilizaram-se basicamente duas fontes: uma *primária*, constituída de entrevista semi-estruturada; e uma *secundária*, constituída da pesquisa documental.

Para a realização das entrevistas, foi elaborado um roteiro básico (**Anexos 1 a 3**), colocando os pontos fundamentais que deveriam ser abordados. Os atores eleitos para a aplicação das entrevistas foram os coordenadores, ou pessoas por eles indicadas, das instituições e serviços, que desenvolvem ações no campo da Saúde e Trabalho no município de São Paulo. O **Quadro 2.2** apresenta a relação das instituições e serviços, cargo do representante entrevistado e mês de aplicação do instrumento.

Em relação aos documentos utilizados, pode-se caracterizá-los como: documentos jurídico-legais (leis, resoluções e normas de serviço); documentos institucionais (relatórios e manuais, inclusive alguns de circulação restrita); e materiais de divulgação pública.

**QUADRO 2.2. Instituições e serviços avaliados, segundo a função do entrevistado e o mês de realização da entrevista. São Paulo, 1997.**

<b>INSTITUIÇÃO/SERVIÇO</b>	<b>FUNÇÃO DO ENTREVISTADO</b>	<b>MÊS</b>
<b>1. Secretaria Municipal da Saúde-SP</b>		
• <i>COAS-Centro para a Organização da Atenção à Saúde</i> <i>Programa de Saúde do Trabalhador</i>	Coordenador do Programa	março
• <i>CRST-Freguesia do Ó</i>	Diretor Técnico	março
<b>2. Secretaria de Estado da Saúde-SP</b>		
• <i>CVS-Centro de Vigilância Sanitária</i> <i>Divisão de Saúde do Trabalhador</i>	Diretor de Divisão	maio
• <i>CEREST</i>	Representante da Direção	abril
<b>3. Min. Da Previdência e Assistência Social INSS-SP</b>		
• <i>Superintendência Regional-SP</i>	Assessor do Superintendente	março
• <i>Coordenação do Seguro Social</i>	Assistente da Coordenação	março
• <i>Seção de Perícia Médica</i>	Chefe de Seção	abril
• <i>Seção de Reabilitação Profissional</i>	Chefe de Seção	março
<b>4. Ministério do Trabalho</b>		
<b>DRT-SP/ Divisão de Segurança e Saúde do Trabalhador</b>		
• <i>Plantão Técnico Operacional</i>	Agentes de Inspeção	março
• <i>Seção de Avaliação e Controle</i>	Chefe de Seção	março
• <i>Seção de Programas de Prevenção de Acidentes do Trabalho</i>	Chefe de Seção	março
<b>5. Ministério Público-SP</b>		
• <i>Promotoria de Acidente do Trabalho</i> <i>Setor de Prevenção</i>	Promotor de Justiça de Acidente do Trabalho	abril

### 2.3. Categorias de Análise

Como o objetivo central deste trabalho é a análise de um modelo de atenção, é importante situar o conceito de modelo usado como referência

*“Modelo assistencial deveria ser conceituado como o modo como são produzidas ações de saúde e a maneira como os serviços de saúde e o Estado se organizam para produzi-las e distribuí-las” (Campos 1989).*

Avançando na discussão do tema, o mesmo autor retoma o conceito básico, aprofundando-o um pouco mais:

*“(...) modelo de atenção como um conceito que estabelece intermediações entre o técnico e o político. Como uma dada concretização de diretrizes de política sanitária em diálogo com um certo saber técnico. (...) Modelo, portanto, seria esta coisa tensa, que nem é só política e tampouco só tecnologia” (Campos 1994).*

Nesse sentido, a denominação escolhida é de modelo técnico-assistencial, por contemplar as dimensões que o compõem. Pois, para os autores dessa proposta esse modelo deveria

*“(...) organizar um processo de trabalho em saúde que responda tecnologicamente ao problema e que gerencialmente se abra a penetração dos interesses populares” (Merhy et al. 1991).*

Trabalhar com *categorias* tem o objetivo de auxiliar a análise, possibilitando o agrupamento de elementos, idéias ou expressões com caracteres comuns, ou que se relacionam entre si. As *categorias* podem ser classificadas em *analíticas* e *empíricas*. As *analíticas* constituem a base para o conhecimento, por contemplar as relações sociais fundamentais. As *empíricas* são aquelas utilizadas com fim operacional, construídas para

*“(...) conseguir apreender as determinações e as especificidades que se expressam na realidade empírica” (Minayo 1994b).*

Assim, definimos algumas *categorias empíricas* que consideramos conseguir caracterizar um modelo de atenção, tendo como referência o

conceito de Campos (1989; 1994) e as diretrizes do SUS. São elas:

#### • Papel do Estado

O papel do Estado nas questões sociais é tema central nas discussões atuais. Desde a década de 1980, com o avanço hegemônico do neoliberalismo, o mundo vem atravessando um período de retrocesso importante nas conquistas das classes trabalhadoras quanto ao papel do Estado nas políticas sociais e, em particular, nas de saúde. Nesse sentido, vive-se hoje sob a hegemonia político-ideológica do Estado mínimo, da livre iniciativa e do papel organizador do mercado, com a glorificação de tudo o que é privado e a conseqüente depreciação de tudo o que é público, limitando e mesmo extinguindo de muitos serviços públicos e estatais.

Entendendo a saúde como direito de cidadania e dever do Estado, conforme estabelecido na Constituição Federal (Brasil 1988), utilizou-se essa categoria para avaliar se as políticas desenvolvidas pelos setores saúde, previdência e trabalho são baseadas nesse princípio/direito e se efetivamente têm caráter público.

#### • Universalidade

Pela etimologia da palavra, universalidade é a qualidade de universal que, por sua vez, significa *comum a todos os homens*. Portanto, ao incorporar esse conceito como uma das diretrizes fundamentais do sistema de saúde brasileiro, as forças sociais e os legisladores expressaram que todos os cidadãos devem ter direito à saúde e acesso aos serviços de saúde, sem qualquer diferenciação. Essa diretriz busca superar a realidade anterior, na qual o acesso à assistência médica previdenciária era restrito aos trabalhadores do setor formal da economia. Dessa forma, a universalidade enquanto diretriz do SUS implica em abolir qualquer

critério de diferenciação ou de exclusão de usuários-cidadãos.

#### • **Concepção de saúde e doença**

A concepção de saúde e doença fundamenta os modelos de atenção à saúde e, neste estudo, essa categoria foi utilizada com o objetivo de avaliar o referencial teórico dos modelos analisados. Essa concepção determina a estratégia de atuação, desde a composição dos recursos humanos (médicos ou equipes multiprofissionais) até o caráter das ações (curativas ou preventivas).

Nos modelos de atenção tradicionais, também caracterizados como positivistas, a saúde é conceituada como a ausência de doença; nesses modelos, os médicos assumem um papel central. O modelo da medicina social latino-americana, um dos modelos de atenção contra-hegemônicos, conceitua o processo saúde-doença como um processo histórico e social, incorporando outros referenciais em seu modelo de atenção, como o das ciências sociais, além do referencial das ciências biológicas. Nesse sentido, também incorpora em sua prática outras categorias profissionais, tendo como objetivo uma atuação multiprofissional e interdisciplinar, o que em tese deslocaria a centralidade do médico.

#### • **Integralidade das ações**

A integralidade, enquanto diretriz básica de um modelo de atenção deve ocorrer tanto internamente, na própria ação, quanto a partir da articulação de distintas ações executadas por um mesmo serviço ou por distintos serviços (Mendes 1993). Nesse sentido, cada ação deve ser a mais completa e resolutiva possível e o conjunto das ações deve conformar um todo que busque restabelecer a saúde do indivíduo. Essa diretriz busca superar as históricas dicotomias **individual versus coletivo** e **prevenção**

*versus cura*. Um modelo de atenção integral deve, portanto, contemplar ações voltadas para o indivíduo e para o coletivo, além de tentar integrar prevenção e cura.

#### • Responsabilização

A responsabilização é uma das diretrizes básicas do modelo de atenção *“em defesa da vida”*, significando a responsabilidade e o compromisso que a equipe de saúde tem com o usuário e com os problemas de saúde de uma dada região, ou seja, a atenção integral à saúde coletiva e individual (Campos 1994; Merhy 1994). Dito de outra maneira, o conceito de responsabilização seria:

*“(...) sentir-se responsável pela vida e pela morte do paciente, dentro de uma dada possibilidade de intervenção nem burocratizada, nem impessoal. E ter relação, e integrar-se, com a comunidade em seu território, no serviço, no consultório, nos grupos, e se tornar referência para o usuário, individual ou coletivo” (Merhy 1994).*

#### • Controle social

O controle social é uma diretriz básica do SUS, no sentido de mantê-lo como um sistema de saúde com canais permanentes de participação no planejamento, gerenciamento e execução de ações. Incorpora, dessa forma, a representação de setores organizados da sociedade e de trabalhadores da saúde de forma constante, além da de setores governamentais, ampliando a democracia institucional e não restringindo as decisões estratégicas aos quadros técnicos. É distinto, portanto, da proposta de participação popular tutelada pelo Estado, de caráter desenvolvimentista e populista, da década de 1970.

### 3. EVOLUÇÃO INSTITUCIONAL DOS ÓRGÃOS GOVERNAMENTAIS RELACIONADOS À SAÚDE DO TRABALHADOR NO BRASIL: BREVE HISTÓRICO

Para caracterizar o(s) modelo(s) de atenção à saúde do trabalhador hoje existente(s), é necessário situar o desenvolvimento das instituições e/ou setores governamentais envolvidos no campo da saúde e trabalho, ou seja, da Previdência Social, do Trabalho e da Saúde. Neste trabalho, a sistematização do desenvolvimento institucional desses setores é breve e tem o objetivo de caracterizar as distintas orientações que conformaram o(s) modelo(s) de atenção à saúde do trabalhador, no SUS.

A sistematização do desenvolvimento e/ou das ações institucionais da Previdência Social, do Trabalho e da Saúde de forma independente é artificial, tendo seguido critérios mais didáticos do que históricos propriamente ditos. Se, por um lado, facilita nossa caracterização e análise do(s) modelo(s) de atenção à saúde do trabalhador, por outro, pode implicar em perda de rigor histórico. Nesse sentido, é importante registrar que, além das ações/atribuições específicas de cada um, havia, em alguns campos, duplicidade de ações entre esses setores e/ou instituições governamentais e, ainda, que alguns desses setores estiveram organizados num mesmo ministério em vários momentos de sua história.

Quando se busca caracterizar o desenvolvimento das ações do Estado no âmbito da Previdência Social, do Trabalho e da Saúde, o que se está fazendo é a caracterização das políticas sociais implementadas pelo Estado. Entende-se como políticas sociais:

*"(...) o conjunto de medidas e instituições que têm por objetivo o bem-estar e os serviços sociais" (Laurell 1995).*

Nesse sentido, o Estado intervém, propondo

*"(...) medidas de política social, (que) consiste na implantação de assistência, de previdência social, de prestação de serviços, de proteção jurídica, de construção de equipamentos sociais e de subsídios" (Faleiros 1995).*

A discussão acerca de políticas sociais surge praticamente junto com a teoria política. Porém, é a partir da Revolução Industrial, que vários pensadores começam a discutir sobre o papel que o Estado deveria ter para enfrentar os graves problemas sociais decorrentes desse processo histórico.

*"'A questão social', surgida como efeito da Revolução Industrial, representou o fim da concepção orgânica da sociedade e de Estado, típica da filosofia hegeliana, e não permitiu que a unidade da formação econômico-política pudesse ser assegurada pelo desenvolvimento autônomo da sociedade, com a simples garantia da intervenção política de 'polícia'. Impôs-se, em vez disso, a necessidade de uma tecnologia social que determinasse as causas das divisões sociais e tratasse de lhes remediar, mediante adequadas intervenções de reforma social" (Bobbio 1995).*

A intervenção do Estado deveria ser dirigida para controlar e/ou minimizar as contradições do processo de acumulação capitalista. Assim, as políticas sociais são políticas públicas de Estados capitalistas -- constituídos por classes sociais com interesses e projetos antagônicos e em disputa --, dirigidas às classes trabalhadoras no sentido de atenuar as contradições desse processo. Como o processo de acumulação do capital é um processo contraditório e conflitivo, as políticas sociais dependem da correlação de forças de cada momento.

O processo de formulação e implementação dessas políticas é dinâmico e histórico, sendo resultado da ação direta ou indireta de

diversos atores sociais. Não se pode considerá-lo como ação exclusiva do Estado ou dos representantes das classes dominantes, sem interferência das classes dominadas/exploradas. Geralmente, uma política social é resultante da luta de classes, carregando em seu conteúdo uma estrutura contraditória. Nesse sentido, se por um lado, as políticas sociais representam avanços de caráter democrático da luta e da participação das classes trabalhadoras, por outro, elas permitem a regulação da força de trabalho dessas mesmas classes, necessária à manutenção da acumulação capitalista.

*“(...) a política social é uma gestão estatal da força de trabalho, articulando as pressões e movimentos sociais dos trabalhadores com as formas de reprodução exigidas pela valorização do capital e pela manutenção da ordem social” (Faleiros 1995).*

Nesse contexto, considerando o modo como o capitalismo e, conseqüentemente, como as políticas sociais foram implementadas no Brasil, bem como se deu a participação dos movimentos sociais nesse processo, que faremos um breve histórico das políticas governamentais nos campos da Previdência Social, do Trabalho e da Saúde.

### **3.1. Previdência Social**

Embora não haja consenso sobre os marcos concretos da origem do sistema previdenciário brasileiro, deve-se considerá-la como resultado de um processo histórico determinado essencialmente pela importância do setor econômico envolvido e pela organização dos trabalhadores. Data da última década do século XVIII, o registro da primeira entidade de natureza previdenciária, o *“Plano de Beneficência dos Órfãos e Viúvas dos Oficiais da Marinha”* (Bastos 1978 *apud* Oliveira e Teixeira 1989). Durante

todo o século XIX e início do século XX, acompanhando o processo de industrialização do país, outras iniciativas análogas foram sendo implementadas por algumas categorias de trabalhadores urbanos, mantendo um caráter assistencialista, restrito a poucas categorias e sem a presença do Estado. As caixas operárias, como eram conhecidas essas entidades, eram mantidas pelas mutualidades e constituíram

*“(...) o gérmen do instrumento utilizado pela burguesia para introduzir os seguros sociais em larga escala” (Faleiros 1995).*

No período de 1915 a 1919, ocorreu um crescimento importante no número de indústrias no Brasil, associado ao comprometimento da produção industrial europeia devido à I Guerra Mundial e que se concentrou no eixo São Paulo-Rio de Janeiro. Como decorrência direta desse processo, o número de operários também aumentou consideravelmente. Esse processo foi acompanhado de um crescente aumento do custo de vida, que se associava com as precárias condições de vida e de trabalho. A tensão social era grande, dando origem a importantes movimentos sociais. Esse período foi marcado por várias greves operárias, destacando-se as greves ocorridas em 1917 e 1919 **(Rezende 1986; Rocha e Nunes 1993a).**

*“(...) pode-se afirmar que na América Latina a principal força propulsora da implantação dos seguros sociais foi a classe operária, através de seus movimentos reivindicatórios e de suas lutas políticas. Essa força só se manifesta quando as condições de industrialização e de organização são favoráveis” (Faleiros 1995).*

É importante considerar que, no plano internacional, a Revolução Russa representou uma chama desestabilizadora da ordem burguesa e estímulo aos movimentos operários em todo o mundo. No Brasil, essa influência se expressou inclusive com uma tentativa de rebelião proletária armada, no Rio de Janeiro; é dessa época também a criação do partido

comunista (Rezende 1986).

O Estado brasileiro tinha, nesse período, um postura “liberal” frente às questões sociais, e particularmente as trabalhistas. Este não intervinha nas questões trabalhistas, seguindo os princípios da ‘liberdade do trabalho’ e ‘livre contrato de trabalho’. Nesse período, o movimento operário, com uma orientação política predominantemente anarquista, não reivindicava a intervenção do Estado nessa questão, mas tinha

*“(...) o Estado como interlocutor e formula um programa específico de reivindicações no plano da legislação” (Oliveira e Teixeira 1989).*

Foi nesse contexto e paralelamente à emergência da legislação trabalhista, que surgiu a Previdência Social no Brasil.

*“A Previdência Social aparece, assim, como contrapartida necessária das tensões sociais em desenvolvimento e expressa a ação mediadora do Estado nas relações entre classes sociais, assim como suas novas funções em relação ao capital e trabalho” (Donnangelo 1975).*

O marco jurídico-legal de seu nascimento foi a promulgação do decreto No. 4.682, de 24/01/23, mais conhecido como *Lei Eloy Chaves*. Esse decreto

*“cria[va], em cada uma das empresas de estradas de ferro existentes no país, de uma caixa de aposentadoria e pensões para os respectivos empregados” (Oliveira e Teixeira 1989).*

Em 1926, essa proposta foi estendida aos marítimos e estivadores, mantendo-se, no entanto, seu caráter restritivo a essas categorias de trabalhadores. Ressalte-se que, naquela época, essas categorias eram estratégicas para o setor cafeeiro, setor econômico mais importante de então, já que a economia brasileira era basicamente agro-exportadora.

A previdência social assumiu no Brasil um papel de seguro social, não sendo entendida como um direito do cidadão. Esse seguro baseou-se no princípio de risco, com a mesma lógica do seguro privado, dando

cobertura apenas para *alguns* riscos e restrito a *algumas* categorias profissionais.

*"(...) esse seguro tinha por objetivo a diminuição dos conflitos sociais, a paz social, (...) respondendo a um duplo objetivo de reprodução de força de trabalho e de aumento de produtividade e consumo" (Faleiros 1995).*

É importante ressaltar duas características básicas do modelo das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), importantes para a discussão neste trabalho:

- sua abrangência restrita a uma parcela pouco significativa, numericamente, dos trabalhadores assalariados (só empresas de estradas de ferro e marítimas); e
- seu caráter civil e privado; o Estado não participava diretamente das mesmas, exercendo apenas um controle à distância, no sentido de resolver os conflitos (ação corretiva e temporária).

Essas instituições tinham como atribuição a concessão de benefícios pecuniários e a prestação de serviços (médicos e farmacêuticos), extensiva a todos os membros da família que coabitavam com o empregado. A assistência médica era prestada por terceiros - eram arrendados períodos de trabalho de médicos em seus consultórios. Havia, no entanto, a possibilidade de criar serviços próprios.

Apesar da importância da organização operária nesse período e de seu reflexo no estabelecimento, pelo Estado, de políticas públicas,

*"(...) é relevante ressaltar que já neste período esboçou-se um processo de cooptação de setores da massa operária pelo Estado, o que se configurou com nitidez no início da década de 30" (Antunes 1990).*

A revolução de 30 marcou uma nova fase do Estado brasileiro, com o início do processo de modernização e expansão das relações de produção capitalistas, construindo as bases para a acumulação capitalista

industrial. Essa revolução foi denominada por alguns autores como “reformismo pelo alto” dado seu caráter autoritário, que excluiu as classes populares de qualquer tipo de participação.

No entanto, a questão social ganhou um espaço maior a partir de então, já que para o desenvolvimento da industrialização eram necessárias algumas garantias aos trabalhadores, quer através da legislação trabalhista, quer de alguns benefícios. Porém, isso se deu através do Estado “protetor”, de forma autoritária e com a cooptação dos trabalhadores.

No período de 1933 a 1938 e nesse contexto, foram criados os Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs) e, gradativamente, as Caixas foram sendo unificadas e absorvidas pelos mesmos. Os IAPs se diferenciam das CAPs por congregar os trabalhadores de uma determinada categoria profissional, não mais de uma empresa, e por contar com a presença direta do Estado em sua administração. Porém, eles mantiveram a segmentação dos trabalhadores conforme sua inserção nos diferentes ramos de atividade econômica, garantindo determinados direitos sociais apenas a alguns setores assalariados urbanos. Cohn (1996), utilizando o conceito de cidadania regulada, afirma que, nesse momento, havia uma associação entre cidadania e ocupação:

*“(...) reconhecem-se como cidadãos somente aqueles que apresentam uma das ocupações reconhecidas e definidas por lei”.*

Outra característica importante deste novo modelo, os IAPs, é a diminuição da possibilidade de participação e controle dos trabalhadores, se comparada com as CAPs. Enquanto na administração das CAPs participava um colegiado de empregadores e empregados, com poder deliberativo e sem a participação do Estado, há início com os IAPs, ao processo de participação/controlado do Estado sobre a Previdência. Foi a

partir de então, que a gestão da previdência passou a ser tripartite (empregador, empregado e Estado). Ocorreu um processo importante de subjugação da Previdência ao Estado. Este, além de participar diretamente da administração, também intervinha na representação dos trabalhadores. Isto é, apesar de indicados pelos sindicatos, os trabalhadores só seriam reconhecidos se aprovados pelo Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio, recém criado (1930). Nesse sentido,

*“(...) uma importante modificação acontece após 1930: a intervenção do Estado nas relações de trabalho, como intermediário entre empregados e empregadores. Isto acontece dentro do novo contexto econômico de garantir o processo de industrialização e da perspectiva de construir as bases sociais do novo governo” (Nunes e Rocha 1993a).*

Os serviços de assistência médica não são mais considerados atribuições dos Institutos de Previdência (IAPs).

*“A assistência médica passa a ser vista como atribuição secundária e provisória da Previdência” (Oliveira e Teixeira 1989).*

Os IAPs eram, segundo seu estatuto, instituições *destinadas* a conceder aposentadorias e pensões, *podendo* manter serviços de assistência médica. Portanto, associado com um momento de importante crise econômica, que determinava uma política mais restritiva e contencionista, o fato de a assistência médica não se constituir em atribuição específica dos Institutos, facilitou o processo de terceirização da assistência médica. Nesse sentido, os IAPs adotaram a política de compra de serviços (ambulatoriais e hospitalares), em lugar de constituir serviços próprios.

A Previdência se reafirmou enquanto “seguro social”, seguindo a lógica do seguro privado, identificando a assistência médica como ameaça ao equilíbrio financeiro. Nesse momento, a Previdência tinha uma lógica “neoliberal”, pois a garantia de benefícios aos trabalhadores não era considerada como atribuição direta do Estado. Os próprios trabalhadores

que deveriam se organizar mutuariamente, para satisfazer suas necessidades (Oliveira e Teixeira 1989).

Cresceram nesse período o número dos IAPs, entretanto seguindo a mesma lógica excludente e seletiva das CAPs. Isto é, os Institutos foram criados para as categorias mais combativas, organizadas e que tinham importância estratégica para a economia do período. Continuava excluída grande parte dos trabalhadores urbanos e a totalidade dos rurais.

Ressalta-se, ainda, a atuação que os Institutos desempenharam, nesse período, em relação aos acidentes de trabalho. Os IAPs, que eram instituições tipicamente privadas, passaram a ter entre as suas atribuições a responsabilidade pelo seguro de acidente do trabalho, até então a cargo de empresas de seguro. Os IAPs foram ocupando gradativamente esse espaço, sendo que em 1953 o IAPI representava a principal instituição de seguros de acidentes de trabalho. A burguesia industrial apoiou essa 'intervenção' no mercado de seguro, pois o IAP tinha custos mais baixos do que das companhias seguradoras (Faleiros 1992).

No período entre 1945-1960, com a mudança da política nacional, o processo de redemocratização possibilitou que algumas reivindicações dos trabalhadores fossem incorporadas pelo Estado. Isso implicou, também, em algumas alterações na política previdenciária. Desmontaram-se as medidas contencionistas, com um incremento nas despesas, tanto na área das aposentadorias e pensões, quanto na assistência médica. Embora esse período possa ser caracterizado pelo crescimento dos serviços próprios, manteve-se a compra de serviços de terceiros; a assistência médica hospitalar assumiu papel de destaque na política da Previdência brasileira. É importante lembrar que a Constituição Federal promulgada em 1946 incorporou a questão da 'assistência sanitária' à Previdência Social, consolidando, assim, o vínculo entre assistência médica e

Previdência (Oliveira e Teixeira 1989).

Apesar do processo de redemocratização, que estava em curso, a estrutura política permanecia inalterada, mantendo-se a mesma legislação trabalhista, previdenciária e sindical. Os sindicatos continuavam atrelados ao Estado, sob seu controle, mantendo seu caráter assistencialista, o que facilitava a ação do governo na manutenção de sua política desenvolvimentista (Rezende 1986; Antunes 1990).

No entanto, nesse período, o papel do Estado foi ampliado em relação a suas atribuições sociais. Isto se deu num momento em que, no plano internacional, houve a criação do Plano Beveridge, num movimento de propor aos Estados, na crise pós-guerra um fortalecimento de suas políticas sociais. Surgiu, então, a proposta dos governos social-democratas da Europa Ocidental de implementar o *Welfare State*, através de ampliação dos gastos públicos nas áreas sociais, no sentido de satisfazer e/ou abolir as “necessidades sociais”. O Brasil, entretanto, não chegou a aplicar integralmente este plano, não implementando efetivamente um *Estado de Bem-Estar Social* (Oliveira e Teixeira 1989; Nunes e Rocha 1993a).

A promulgação da Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS), em 1960, foi um marco importante desse período. O projeto de lei vinha sendo discutido desde 1943 e fazia parte da proposta de unificação dos IAPs. Essa lei representou a uniformização e ampliação dos direitos - benefícios e seguros - de todos os segurados dos diferentes Institutos, assumindo a assistência médica como responsabilidade da Previdência Social. Essa uniformização

*“(...) longe de resolver as pressões, acentuou-as, gerando maior conflito pela não satisfação das necessidades, garantidas através da legislação, mas não asseguradas na prática” (Nunes e Rocha 1993b).*

Nesse mesmo ano, houve ainda a incorporação da Previdência

Social pelo Ministério do Trabalho, que passou a se denominar Ministério do Trabalho e Previdência Social.

Esse período foi marcado por uma crescente insatisfação dos trabalhadores, pois o populismo estava se esgotando e não conseguia mais dar respostas a suas reivindicações. Cresciam os movimentos operários, os partidos de esquerda e, conseqüentemente, a politização dos trabalhadores. Foi nesse contexto que, em 1964, setores das classes dominantes associados com militares, forjaram um golpe de Estado, destituindo o governo civil e a instaurando a ditadura militar.

Com a justificativa da necessidade de reorganizar o Estado, a partir da lógica da racionalidade e da eficácia administrativas e do saneamento financeiro, houve no âmbito dos órgãos governamentais um processo de controle, perseguição e demissões. No âmbito das relações Estado/trabalhadores também houve uma reorientação, com intervenções em vários sindicatos, restringindo ainda mais a participação dos trabalhadores nos processos decisórios. Foi nesse contexto que, em 1966, ocorreu a fusão dos IAPs, unificando-os no Instituto Nacional da Previdência Social (INPS). Com essa medida, os trabalhadores perderam também o direito de participar tanto da gerência da instituição, quanto da definição da política previdenciária.

Houve, a partir de então, um aprofundamento do perfil assistencialista da Previdência, consonante com a necessidade de amenizar as tensões e tentar legitimar o regime. Além da extensão da cobertura previdenciária como um todo, deve-se destacar um importante incremento na assistência médica em particular.

*“São agora os serviços médicos que passam a ganhar importância na barganha clientelista da política de favores, e não mais as aposentadorias e pensões, que contemplam todo um segmento de assalariados que do ponto de vista da capacidade produtiva, foi sucateado pelo próprio sistema, e é impotente do ponto de vista da*

*defesa de seus direitos básicos” (Cohn 1996).*

O modelo continuava sendo excludente, isto é, destinado apenas à parcela dos trabalhadores formalmente vinculados ao mercado de trabalho urbano. O trabalhador rural continuava totalmente excluído, apesar da existência do Fundo de Assistência e Previdência do Trabalhador Rural (FUNRURAL), criado pela Lei No. 4.214 de 2/3/63, mas que nunca foi efetivamente implementado. A extensão dos benefícios previdenciários aos trabalhadores rurais só foi parcialmente efetivada a partir de 1971, com a criação do PRORURAL, que destinava fundos específicos para o FUNRURAL. No entanto, esse processo se deu de forma autoritária, sem a participação dos trabalhadores, e manteve a desigualdade entre trabalhadores rurais e urbanos (Faleiros 1992; Nunes e Rocha 1993a).

Outro aspecto importante desse novo modelo é que, com a criação do INPS, ocorreu a estatização do seguro de acidentes do trabalho que, desde 1919, era realizado pelo setor privado. A Previdência Social passou a ser responsável direta por esse seguro. A lei que previa a estatização dos seguros estabelecia, ainda, o direito à assistência médica e à reabilitação. A assistência médica seria prestada diretamente pela empresa ou por meio de clínicas conveniadas ou contratadas pelo INPS. A reabilitação seria realizada pela Previdência, com a participação do Serviço Social da Indústria (SESI). Para a execução dessa ação, foram criados os Centros de Reabilitação do INPS, localizados geralmente nas capitais dos Estados. Os custos da Reabilitação eram e continuam sendo bastante elevados, por utilizar recursos materiais e humanos especializados, ter longa duração e baixas efetividade e eficácia. Para Faleiros (1992)

*“(...) ao Estado cabe a tarefa de realizar esse atendimento que serve ao conjunto dos capitalistas e não a um grupo em particular”.*

E, ainda:

*"(...) constata-se um progresso no estabelecimento do complexo empresa-previdência para desenvolver-se uma política de retorno rápido ao trabalho e de produtividade, o que favorece as grandes empresas que podem manter serviços de atendimento ao acidentado e que se baseiam no capital intensivo. O Estado não intervém diretamente na prevenção interna à empresas e cria os mecanismos de restauração da capacidade de trabalho ou de reparação da sua perda. Não há acidente de trabalho se não houver prejuízo ao próprio trabalho. O acidente deve afetar o trabalho e não somente o trabalhador, isto é, ele se refere a uma relação de produção e não ao prejuízo de uma pessoa. O prejuízo é compensado fora da produção pelos mecanismos da Previdência, já que a produção deve continuar no seu conjunto"* (Faleiros 1992).

Ao mesmo tempo em que o seguro era estatizado, a assistência médica se privatizava ainda mais. Usando como justificativa a necessidade de ampliar a cobertura, pois o número de beneficiários sofrera um acréscimo importante, e devendo adotar medidas racionalizadoras, a Previdência continuou priorizando a compra de serviços em lugar de implementar serviços próprios. É bastante conhecido o "boom" de hospitais privados, nesse período, construídos com recursos públicos. Isto fortaleceu ainda mais o modelo médico-curativo, hospitalocêntrico, privilegiando ações individuais de caráter assistencialista e especializada, em detrimento das ações de saúde pública. Paralelamente, observou-se uma redução no financiamento do Ministério da Saúde, responsável pelas ações de caráter mais coletivo.

Nesse sentido, este período tem algumas características importantes. Destacamos aqui duas delas:

- *"(...) a intervenção estatal na área de saúde, optando pela prática médica curativa e individual veiculada por intermédio da Previdência Social, propiciou a criação de um complexo-médico-industrial, responsável pelas elevadas taxas de acumulação do capital das grandes empresas monopolistas internacionais na área de produção de medicamentos e de equipamentos médicos"; e*

- “(...) a interferência estatal na Previdência Social, através da atuação do Estado como regulador do mercado de produção e consumo dos serviços de saúde, e como resposta às pressões dos consumidores, dos técnicos e dos empresários, desenvolveu um padrão de organização da prática médica orientada em termos da lucratividade do setor saúde propiciando a capitalização da medicina e privilegiamento do produtor privado destes serviços” (Oliveira e Teixeira 1989).

Para viabilizar essa política, além de financiar hospitais privados e comprar serviços médicos, foi adotado o modelo de convênio com empresas. Em decorrência, ocorreu uma expansão substancial da medicina capitalista no país, com a transferência de recursos públicos (basicamente dos trabalhadores) para a iniciativa privada (Donnangelo 1975; Possas 1989).

Os convênios foram estabelecidos entre a Previdência e as empresas, repassando a responsabilidade da atenção médica para as mesmas e desresponsabilizando-se dessa atividade. Assim, as empresas conveniadas eram financiadas pela Previdência e compravam serviços de um terceiro, geralmente uma empresa especializada na prestação de serviços médicos, as conhecidas “Medicinas de Grupo” ou “Empresas Médicas”. Estas recebiam os recursos financeiros, na forma de “pré-pagamento”, e estabeleciam condições para a execução/prestação de serviços. Nesse sentido, quanto mais selecionada fosse a clientela, com menor potencial de apresentar problemas de saúde e de necessitar intervenções, maior seria o lucro da empresa envolvida. Assim, os convênios foram firmados, em sua maior parte, com empresas de grande porte, com mão de obra especializada, em geral multinacionais (Donnangelo 1975; Merhy 1989; Oliveira e Teixeira 1989; Possas 1989).

Com essa política da Previdência, estabeleceu-se uma nova ordem de desigualdade. Além da exclusão já existente de parcela significativa de trabalhadores dos direitos previdenciários, esse modelo possibilitou

*"(...) a reinstalação de um consumo não uniforme para diferentes estratos da classe assalariada, baseados agora no critério de renda e não mais de ocupação" (Donnangelo 1975).*

Representou, ainda, um impulso importante no fortalecimento das empresas médicas privadas no país, intermediado pelo próprio Estado, com dinheiro das classes trabalhadoras.

É importante destacar outro aspecto importante desse modelo, que é seu potencial de ampliar o controle sobre a força de trabalho, por meio da assistência médica, em todos os momentos de seu vínculo com o trabalho envolvendo a seleção (pré-admissional), bem como a reposição e a manutenção (periódico) mais eficiente da mão-de-obra (Oliveira e Teixeira 1989; Possas 1989).

A crise econômica se intensificou na década de 70, tendo como reflexo uma crise política, agravada pelo regime político em vigor. O salário mínimo diminuiu seu poder de compra, as migrações se intensificaram, com conseqüente piora nas condições de vida da população. Havia um clima de insatisfação, inclusive de parte das classes dominantes. O governo fez, então, algumas concessões econômicas e passou a dar maior destaque à questão social. O II Plano Nacional de Desenvolvimento (PND) colocou entre suas prioridades estratégicas a implantação de uma política social que possibilitasse uma distribuição de rendas. A Previdência Social assumiu, então, papel de destaque nessa estratégia. Ocorreu um aumento da cobertura e ampliação dos benefícios.

Nesse contexto foi criado, em 1974, o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), desvinculando-se assim a Previdência do Ministério do Trabalho. A partir de então começou a se estabelecer a definição de competências entre Ministério da Previdência e da Saúde, que culminou com a lei No. 6.229, de 1975 que criou o Sistema Nacional

de Saúde. A Previdência passou a ser a principal responsável pela prestação de assistência médica, cabendo ao Ministério da Saúde o papel de normatização, coordenação política e das ações de saúde pública (Brasil 1975).

A crise financeira da Previdência se aprofundou a partir de então. Apesar da criação do INAMPS, que representou um fortalecimento da assistência, e segundo Oliveira e Teixeira (1989), passo importante no sentido da universalização do atendimento, somente a população trabalhadora do setor formal é que continuava tendo acesso à essa assistência. Este quadro permaneceu até a promulgação da Constituição de 1988, quando o SUS foi institucionalizado e iniciou-se o processo de implantação da universalização. No entanto, essa universalização foi restrita à assistência médica. O seguro de acidente do trabalho continuava sendo direito apenas da população trabalhadora registrada, com vínculo formal e contribuinte para a Previdência.

O componente de assistência médica previdenciária, organizado no antigo INAMPS, foi, então, repassado para o Ministério da Saúde e, em 1993, esse instituto foi formalmente extinto, conforme deliberação da IX CNS (Brasil 1993). As questões referentes à concessão de benefícios continuaram sob a responsabilidade do INSS. Até os dias atuais os benefícios são concedidos a partir da confirmação do nexo entre a doença ou acidente/lesão apresentada pelo trabalhador e seu trabalho. Essa é atribuição do setor de Perícia Médica.

Outra atribuição do INSS é a coleta e consolidação dos dados referentes aos acidentes e doenças do trabalho. Estes dados são obtidos a partir da Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT), instrumento que foi elaborado para uso da Previdência, particularmente para concessão dos benefícios. Esse foi idealizado com a finalidade precípua da concessão de

benefícios. Apesar dos limites desse instrumento, ele se mantém centralizado pela Previdência, não sendo utilizado pelo setor Saúde como subsídio para suas ações.

A estrutura do INSS, referente às questões saúde e trabalho, está centralizada na Coordenação de Serviços Previdenciários, que inclui os setores de Reabilitação Profissional, Serviço Social e Perícia Médica, e a Coordenação Geral de Benefícios. Esta estrutura se repete nos Estados, nos grandes municípios, porém com pouca autonomia dos níveis regionais.

### **3.2. Trabalho**

Até 1888, no mínimo, predominou no Brasil o escravismo, influenciando até hoje as relações de trabalho. Logo após a abolição da escravatura, no período denominado República Velha (1889-1930), começaram a surgir várias formas de contrato de trabalho e de produção, dando continuidade ao processo incipiente de industrialização em curso. O proletariado em formação era composto basicamente por escravos libertos, trabalhadores rurais, vindos das regiões mais pobres e na sua maioria imigrantes. Esses começaram a se organizar, tendo como principal referência política o anarquismo, criando inclusive o Partido Operário (Rezende 1986). Apesar do crescimento da indústria observada nesse período, a economia ainda era predominantemente agro-exportadora e centrada no café.

O Estado assumia o liberalismo econômico no que tangia ao mercado da força de trabalho, com uma postura de não intervir na política trabalhista e social. A própria Constituição de 1891 reafirmava a não intervenção do Estado no mercado e nas relações de trabalho. Essa política

liberal reforçava por um lado a proposta da “livre empresa” e, por outro, justificava a exploração do trabalhador no campo. Em relação ao trabalho rural o Estado sequer se posicionava; o trabalho no campo não era discutido, até pela não organização dos trabalhadores rurais. Algumas concessões feitas aos trabalhadores tinham caráter paternalista e arbitrário. Nas grandes fazendas existiam três formas possíveis de contrato de trabalho: locação da força de trabalho, tarefa, e o colonato (Faleiros 1992).

As condições de trabalho eram extremamente precárias, o que contribuía para um grande número de acidentes de trabalho. Esses eram considerados “*caso de polícia*”. Os acidentados eram recolhidos pela polícia que os encaminhava às Santas Casas. Assim, a mão de obra “*inutilizada*” pelo acidente passa a ser problema para a assistência pública e/ou policial. Os patrões não se responsabilizavam por nada, chegando, inclusive, a demitir os acidentados (Faleiros 1992).

Com o fortalecimento da organização dos trabalhadores e sofrendo pressões internacionais, o Estado brasileiro começou a intervir, a partir de 1910, nas relações de trabalho. Com a Assinatura do Tratado de Versalhes e a criação da Organização Internacional do Trabalho (OIT), ocorreu uma pressão por parte dos países capitalistas centrais, no sentido de que todos os demais países dessem maior atenção às questões sociais e trabalhistas. Surgiu nesse contexto, em 1919, a primeira Lei do Acidente de Trabalho, no Brasil, que representou o marco a partir do qual o Estado passou a intervir nas relações de trabalho (Rocha e Nunes 1993a).

A primeira Lei do Acidente de Trabalho criou a obrigatoriedade de indenização do acidente de trabalho. Esta, no entanto, ficou sob a responsabilidade da empresa, que passou a contratar seguradoras privadas para esse fim, sem nenhum controle do Estado sobre as mesmas. O seguro era feito por companhias privadas, as caixas, as cooperativas e,

posteriormente pelos IAPs. Em 1923 foi criado o Conselho Nacional do Trabalho, que teria papel fiscalizador sobre as companhias de seguro, porém o controle era apenas burocrático. Essa lei, que surgiu num período em que o país tinha uma economia predominantemente agroexportadora, foi importante para atrair a mão de obra imigrante, porém deixou os trabalhadores rurais totalmente excluídos dessa proteção. Além disso, não havia nenhuma interferência sobre as condições de trabalho dos operários com direito ao seguro (Faleiros 1992).

Para Faleiros (1992), essa lei teve papel importante para a burguesia, tanto por tentar diminuir o conflito entre capital e trabalho, quanto por *“eliminar-se a concorrência intercapitalista pela socialização dos custos”*. Além disso criou-se um novo ramo para o crescimento do capital, representado pelo mercado de seguros. Ainda, segundo o mesmo autor,

*“(...) com o desenvolvimento do mercado de seguros, o capital financeiro, aliado ao capital industrial, passa a se interessar pelos riscos de acidente do trabalho organizando um ramo específico para essa finalidade, mediatizando assim o sistema de indenizações e a monetização da perda da capacidade do trabalho” (Faleiros 1992).*

Algumas medidas haviam sido propostas anteriormente, porém de caráter bastante restrito e de pouca repercussão sobre as condições de trabalho. Dentre elas citamos: um decreto de 1891 que instituiu a fiscalização nas fábricas em que trabalhavam menores, no Distrito Federal; a reforma de Oswaldo Cruz (1904) fazia algumas referências às regras para o trabalho; o Regulamento Sanitário e o Departamento Estadual do Trabalho do estado de São Paulo (1911); e a criação do Departamento Nacional do Trabalho, como seção do Ministério da Agricultura (Oliveira 1994).

A reforma Carlos Chagas de 1920 criou o Departamento Nacional de Saúde Pública, que tinha entre suas competências a fiscalização dos

ambientes de trabalho. Em 1923, com a criação da Inspetoria de Higiene Industrial e Profissional, dentro desse Departamento fortaleceu-se a proposta de controle dos ambientes de trabalho. É importante salientar que essa reforma reforçava a vinculação das questões referentes a inspeção do trabalho e da saúde do trabalhador ao setor saúde (Oliveira 1994). Isto representou um avanço para a época, que no entanto se diluiu com as propostas seguintes, e que até os dias atuais constitui ponto polêmico, de disputas, na discussão da política de saúde do trabalhador.

Desde a promulgação da primeira Lei de Acidente do trabalho (1919), outras leis foram promulgadas e foi se definindo o corpo da legislação trabalhista. O grande marco foi a reforma da Constituição, em 1926. Com ela houve um fortalecimento do poder central, com ampliação do poder do governo federal sobre os estados, e do Congresso Nacional, passando a ele a competência exclusiva de legislar sobre o trabalho (Oliveira e Teixeira 1989).

No entanto, foi somente a partir do Estado Novo, com as transformações do Estado, que surgiram novas propostas no campo do Trabalho. O Estado passou a intervir nas relações de trabalho, como intermediário entre empregados e empregadores,

*“(...)basicamente de duas maneiras: através do controle do movimento sindical (atrelando-o ao Estado), (...) [e da concessão de] uma legislação trabalhista que representasse melhoria das condições de vida e trabalho” (Nunes e Rocha 1993a).*

Fato importante que marcou esse período foi a criação do Ministério do Trabalho Indústria e Comércio (MTIC), chamado de “Ministério da Revolução” e que para Vargas era o órgão com a função de manter o relacionamento direto do Estado com as classes trabalhadoras. Seu primeiro ministro, Lindolfo Collor, defendia adoção de leis sociais mais justas. Devia-se modernizar as relações de trabalho, para viabilizar o

projeto de desenvolvimento industrial. Um dos discursos proferidos pelo ministro caracteriza bem o 'espírito da época':

*"É tempo já de substituir o velho e negativo conceito de 'luta de classes' pelo conceito novo, construtor e orgânico, de 'colaboração de classes'. A nova República Brasileira propõe-se a dar expressão legal e real a essas novas diretrizes sociais. (...) Tanto o capital como o trabalho merecem e terão o amparo e proteção do Governo. As forças reacionárias do capital e as tendências subversivas do operariado são igualmente nocivas à pátria e não podem contar com o beneplácito dos poderes públicos"* (Lindolfo Collor *apud* Faleiros 1992).

Destaca-se que a política desse período teve inspiração nas bases do Corporativismo. Assim, as leis deveriam surgir a partir de técnicos, e não de políticos. Somente técnicos especializados teriam "*competência, objetividade e neutralidade*" para definir os interesses da corporação. Nesse sentido, criou-se uma estrutura complexa dentro do Ministério para formular as diretrizes políticas e a legislação para o setor. Os trabalhadores ficaram completamente excluídos desse processo; seu saber não era técnico (Oliveira e Teixeira 1989; Faleiros 1992; Oliveira 1994).

A criação do Ministério do Trabalho representou a institucionalização formal do setor Trabalho no Brasil. Esse movimento, no entanto, impedia a participação dos trabalhadores, excluindo-os totalmente dos processos de gestão e decisão. Os avanços na legislação trabalhista ocorridos durante o governo de Getúlio Vargas, apesar de diretamente dependentes da dura luta dos trabalhadores desde o início do século, contribuíram para o fortalecimento do projeto político de desenvolvimento da industrialização, por possibilitar o apoio político, estratégico, das classes trabalhadoras urbanas, criando as bases sociais para sua sustentação (Oliveira 1994).

Conseqüência desse processo foi o cerceamento da organização dos trabalhadores. Nesse período, a concessão de benefícios se vinculava à

sindicalização; só receberia benefício o trabalhador sindicalizado. A Lei da Sindicalização, de 1931, acabava com a autonomia política dos sindicatos, atrelando o sindicato ao Estado, tornando a sindicalização ser compulsória. O reconhecimento do sindicato estava vinculado à aprovação de seu estatuto pelo Ministério do Trabalho, ao qual deveria enviar relatório anualmente. Essa medida tinha o objetivo de controlar as classes trabalhadoras, tentando negar a luta de classes e estabelecer uma política colaboracionista (princípios corporativistas). Contudo, os trabalhadores não aceitaram essa situação de forma tranqüila (Rezende 1986).

*“Na verdade o traço fundamental naquele momento foi a exclusão das classes populares de qualquer participação efetiva e a repressão política e ideológica desencadeada pelo Estado, através da política sindical controladora e da legislação trabalhista manipulatória” (Antunes 1990).*

Em 1931, foi criado o Departamento Nacional do Trabalho, no Ministério do Trabalho, para exercer as funções relativas à higiene, segurança e inspeção dos ambientes de trabalho. Isso, apesar da existência da Inspetoria de Higiene Industrial e Profissional, vinculada ao recém criado Ministério da Educação e Saúde Pública, que realizava funções semelhantes. A inspeção do trabalho foi se fortalecendo, no Ministério do Trabalho, sendo que em 1934 criou-se a Inspetoria de Higiene e Segurança do Trabalho, com maior número de profissionais, particularmente médicos.

A partir de então, a questão da segurança e saúde dos trabalhadores passou a ter maior relevância na estrutura do MTIC. Os médicos atuavam nas seguintes áreas: higiene do trabalho; exames clínicos do trabalhador; e propagandas, educação e estatística sanitária do trabalho. Participavam, ainda, das perícias de acidentes do trabalho, tanto para fins de

indenização, quanto para verificar cuidados assistenciais. Entretanto a fiscalização realizada por essa Inspetoria era dissociada da fiscalização das relações de trabalho, responsabilidade de outro setor do Ministério. A Inspetoria foi adquirindo mais 'status', chegando a se constituir em Divisão de Higiene e Segurança do Trabalho (Oliveira 1994).

A segunda lei de acidente do trabalho foi promulgada em 1934. Destacam-se nessa nova lei alguns pontos de vantagem aos trabalhadores como: a extensão de seu campo de atuação para os setores assalariados da agricultura, pesca e comércio; aumento de limite de indenizações e a equivalência da doença profissional ao acidente do trabalho. Essa equivalência, no entanto, era bastante restrita, considerando apenas as doenças provocadas exclusivamente pelo exercício do trabalho. E, apesar de contemplar os trabalhadores rurais, essa lei nunca foi aplicada pelos proprietários rurais. Para Faleiros (1992), essa lei

*"(...) contém as principais reivindicações do empresariado dentro dos limites gerais de acumulação e do controle sobre os trabalhadores: custos mínimos e manutenção da autonomia patronal no interior das fábricas".*

Em 1937, momento do golpe de Vargas, foi promulgada uma nova Constituição, que teve como base, inclusive copiando alguns artigos, a Carta del Lavoro italiana, base jurídica do fascismo. Essa Constituição criou as bases legais que propiciaram a cooptação dos trabalhadores, contribuindo para despolitizar ainda mais os sindicatos, ampliando seu caráter assistencialista, e criando condições para o crescimento do peleguismo. Para Rezende (1986):

*"(...) o objetivo político de controlar a classe operária e incentivar o processo de acumulação de capital era marcante. O Estado praticamente assumia o papel de grande tutor das classes sociais (...). Fortalecia-se toda uma ideologia que criava a idéia de um Estado acima das classes, onde o Ministério do Trabalho encarregava-se de tornar o operário dócil e útil".*

Em 1943 foi outorgada a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), que reunia a legislação referente à proteção ao trabalhador, justiça no trabalho, organização sindical e previdência social. A CLT, apesar de um ser um Código de Trabalho, foi o marco que passou a regulamentar o Trabalho no Brasil, sendo o referencial para a ação fiscalizatória, incluindo segurança e saúde do trabalhador. Foi a sistematização dos dispositivos legais, que estabeleciam medidas de prevenção e proteção dos ambientes e condições do trabalho, já existentes, em um único texto (Oliveira 1994).

A CLT, como as demais obras de Vargas, teve caráter eminentemente contraditório. Isto é, se por um lado incorporou as reivindicações das classes trabalhadoras, por outro incorporou a proibição do direito de greve e consagrou o atrelamento dos sindicatos ao Ministério do Trabalho.

*"(...) assim fica evidente que sua preocupação básica (...) não foi defender os trabalhadores (...), mas preservar a ordem vigente e facilitar o desenvolvimento capitalista, na forma autoritária e marginalizadora de larga maioria da população (...). Diante disso, muitos trabalhadores cunharam o comentário (...): 'Se Getúlio foi um pai para os pobres, foi uma mãe para os ricos' "* (Pereira 1984).

O capítulo V da CLT que trata das normas relativas à segurança e higiene do trabalho, dispunha sobre a medicina do trabalho nas empresas e a Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA). As empresas com mais de cem empregados deveriam organizar tal comissão. A regulamentação da CIPA, entretanto, só ocorreu em 1953. É importante destacar que essa é uma comissão teoricamente constituída com o intuito de prevenir os acidentes; porém é atrelada à empresa, aos interesses do capital, servindo, inclusive, para controlar a força de trabalho. O trabalhador tem pouco, ou nenhum controle sobre sua ação (Lacaz 1983).

É importante destacar, ainda, que após a promulgação da CLT, foi

criada no MTIC a carreira de inspetor do trabalho, engenheiro de segurança e médico do trabalho, que definia o perfil de profissionais que deveriam atuar na área.

Em 1944 foi decretada a terceira Lei Acidentária, que é considerada até hoje:

*“(...) a lei mais completa quanto à proteção dos trabalhadores e seus dependentes (...) e teve sua principal característica no fato de representar uma aliança do Estado com as classes subalternas contra determinados setores dominantes” (Rebouças 1989).*

Essa lei manteve o regime de indenização, proposto na primeira lei, porém com maior intervenção do Ministério do Trabalho.

Esse quadro se manteve sem grandes alterações até a década de 60, quando, após o golpe militar e início da ditadura, começaram a surgir algumas mudanças. Primeiro fato a registrar é que a Divisão de Higiene e Segurança do Trabalho passou à condição de Departamento Nacional de Segurança e Higiene do Trabalho (DNSHT). O Departamento passou a assumir um papel mais normativo, ficando a cargo das Delegacias Regionais do Trabalho (DRTs) a execução das ações de fiscalização. As DRTs haviam sido criadas em 1940, a partir das Inspetorias Regionais do MTIC, porém só foram regulamentadas em 1957, ano em que o Brasil ratificou a Convenção 81 da OIT que valorizava a fiscalização do Trabalho. O Departamento teria ainda novas funções, relativas à prevenção de acidentes, passando a estimular a realização das Semanas de Prevenção de Acidentes do Trabalho (Oliveira 1994).

Em 1965 foi decretado o Regulamento de Inspeção do Trabalho - RIT. Este estabeleceu o Sistema Federal de Inspeção do Trabalho, que definia as obrigações dos agentes de inspeção. O Regulamento previa, inclusive, a existência de uma Comissão Sindical de Colaboração da Inspeção do Trabalho (Brasil 1965). Essa Comissão, apesar do papel

bastante limitado no que tangia à participação dos trabalhadores, não permitindo inclusive a participação dos mesmos nas ações de fiscalização, nunca funcionou. Esse Regulamento é a base para as ações de inspeção realizadas pela DRT, até os dias atuais.

No ano seguinte foi criado a Fundação Nacional Centro de Segurança, Higiene e Medicina do Trabalho (FUNDACENTRO), cujo objetivo era a realização de estudos e pesquisas pertinentes aos problemas de segurança, higiene e medicina do trabalho.

*“Na prática, contudo, a FUNDACENTRO, transformou-se num órgão fechado e com produção técnico-científica limitada, de fato controlada pelo setor patronal, e que, pouco contribuiu para a Inspeção do Trabalho. Só recentemente a FUNDACENTRO começou a esboçar os primeiros passos no sentido de uma participação mais engajada no movimento pela segurança e saúde dos trabalhadores” (Oliveira 1994).*

O MTIC se transformou em Ministério do Trabalho e Previdência Social (MTPS) em 1967, através do processo da Reforma Administrativa Federal que ocorreu na época. Com isso os fiscais da Previdência ganharam competência para fiscalizar, também, os aspectos da legislação trabalhista, inclusive os referentes a segurança e higiene do trabalho. Apesar do aumento quantitativo de fiscais não houve reflexo na eficácia ou alcance das ações de fiscalização.

O presidente Castelo Branco elaborou um decreto, no final de seu governo, que propunha a privatização do seguro de acidente do trabalho, que estava sob o monopólio do IAPM desde 1961. Essa proposta, porém, não chegou a ser implementada. Ao contrário, uma nova Lei, de 1967, determinou a estatização do seguro de acidente do trabalho, isto é, sua transferência, das companhias privadas, para o Estado. Essa lei previa, ainda, novos benefícios e a equivalência das doenças vinculadas ao trabalho com os acidentes. O Ministério do Trabalho seria o responsável

pela enumeração das mesmas. Além disso, a lei estabelecia o direito à assistência médica e à reabilitação. A assistência deveria ser prestada pela empresa, ou por clínica conveniada e/ou contratada pelo INPS. A prevenção não era abordada (Faleiros 1992).

Essas mudanças ocorreram durante o período conhecido como “milagre econômico”, em que o desenvolvimento econômico tinha que se dar a qualquer custo. E o custo para os trabalhadores foi muito alto, com piora das condições de vida, arrocho salarial, além da piora importante das condições de trabalho (trabalhadores submetidos a intenso ritmo de trabalho, revezamento por turnos, e aumento das horas extras). Tudo isso acrescido da falta de liberdade, autoritarismo, controle intenso sobre o movimento sindical, repressão, característicos do período da ditadura. Nesse contexto, foram instituídas as Leis de Greve, e criado o Fundo de Garantia por Tempo de Serviço, que representou a perda da estabilidade de emprego. Como consequência dessa situação houve um crescimento importante do número de acidentes do trabalho, tendo o Brasil conquistado o título de campeão mundial de acidentes do trabalho (Faleiros 1992; Rocha e Nunes 1993b).

No sentido de tentar alterar essa situação, desfavorável ao seu projeto político, o governo propôs algumas medidas no campo jurídico-legal como a nova lei de Acidente do Trabalho de 1976. Dado seu conteúdo, além de representar economia para a Previdência, essa lei “fez” com que o número oficial de acidentes diminuísse. Representou, ainda,

*“(...) um grande retrocesso no que diz respeito à abrangência do conceito de doença do trabalho” (Possas 1989).*

Isto porque reduz as doenças profissionais, praticamente, às diretamente relacionadas aos 21 agentes causadores reconhecidos; as demais doenças necessitam do estabelecimento do nexos causal, assumindo um caráter de

excepcionalidade (Rocha e Nunes 1993b).

Além disso, nesse período, entrou em vigor a portaria que criou o Serviço de Medicina e Segurança do Trabalho (SESMT) (Brasil 1972). Apesar de instituído por Decreto-Lei, em 1967, esse Serviço só foi regulamentado em 1972, por portaria do Ministério do Trabalho. Nessa portaria o Ministério definia os critérios para a obrigatoriedade de implantação desses serviços, que levavam em conta o grau de risco da empresa e o número de empregados, bem como perfil dos profissionais que deveriam atuar nos mesmos. Criou-se com isso, inclusive, um novo mercado de trabalho, com a conseqüente necessidade de uma nova especialização profissional. Foram criados, então, cursos de medicina do trabalho e engenharia de segurança, sob a responsabilidade da FUNDACENTRO (vinculada ao Ministério do Trabalho desde 1974), para garantir o funcionamento dos SESMTs. Segundo Benatti (1990)

*"(...) esses argumentos técnicos utilizados pelo governo como justificativa para a implantação dos serviços procuravam ocultar os problemas conjunturais existentes no mercado de trabalho, e, o mais importante, amenizar problemas oriundos do processo de trabalho altamente espoliativo da força de trabalho."*

Essa portaria, entretanto, só entrou em vigor em 1976, devido a grande pressão dos empresários, que alegavam a necessidade de aguardar a formação de mais recursos humanos para poder constituir os serviços.

Os SESMTs, no entanto, foram, e ainda são, obrigatórios somente para empresas com mais de cem empregados, e mesmo assim entre essas as que fossem enquadradas dentro da categoria de apresentar "risco grande" aos trabalhadores. Sendo assim, segundo avaliação feita por Mendes (1986), na década de 1980,

*"(...) 98% de todos os estabelecimentos de trabalho e, no mínimo, 65% da força-de-trabalho empregada est[avam] a descoberto de qualquer programa de Saúde Ocupacional".*

Sendo assim, essa proposta foi seletiva e excludente, na medida em que, além do exposto acima, inclui somente os trabalhadores urbanos, e com vínculo formal de emprego. Os trabalhadores rurais e o grande contingente de trabalhadores do setor informal ficavam completamente “a descoberto”. Nesse sentido, **Benatti (1990)** afirma que

*“(...) a política do Ministério do Trabalho, de cálculo de pessoal especializado para atuação no SESMT (portaria 3.237/72), limitou a atuação da saúde ocupacional somente às grandes empresas estratégicas dentro do ciclo de acumulação capitalista do ‘milagre brasileiro’ ”.*

Algumas considerações têm que ser feitas acerca do significado da proposta do SESMT. A primeira diz respeito à questão do risco, isto é, o fato de que a lei utiliza o risco a que o empregado está exposto como um dos critérios para a obrigatoriedade do serviço. Isto pode representar uma aceitação, legal inclusive, da existência de determinados riscos nos ambientes de trabalho. Outro ponto importante é referente ao objetivo inicial desse serviço. Está afirmado na Lei de 1972, que os SESMTs deveriam atuar visando à continuidade operacional e ao aumento da produtividade da empresa. Fica claro, assim, que o interesse maior desses serviços está definido pela empresa, isto é o aumento da produtividade, e não pelo trabalhador, no sentido de garantir a sua saúde.

Algumas afirmações feitas por **Deursen (1980)** deixam mais evidentes o compromisso dos SESMTs:

- “O serviço médico faz parte e deve ter uma função ligada aos objetivos da empresa. Se essas premissas não são observadas ocorrerá um sério risco de ser rejeitado pela própria organização.”
- “Os objetivos da empresa estão intimamente ligados a sua produção, quer de bens ou de serviços, que resulta do trabalho de sua mão-de-obra. Essa, por sua vez, será tanto mais eficiente quanto maior for sua produtividade.”
- “A manutenção da higidez da força de trabalho é a função do serviço médico de empresa e é onde ele encontra a razão de sua existência à luz dos objetivos da empresa”. [grifos nossos]

Os serviços médicos estão geralmente vinculados ao Setor de Recursos Humanos das empresas, o que possibilita maior controle sobre a mão de obra e um vínculo mais forte com os interesses da empresa.

Segundo **Oliveira e Teixeira (1989)**

*"(...) existe um papel importante, do ponto de vista dos empresários a ser desenvolvido por uma seção médica no interior das empresas."*

Os profissionais que atuam no SESMT são contratados diretamente pela empresa, sem que os trabalhadores participem do processo de seleção. Esse mecanismo reforça o compromisso dos mesmos com a empresa, tendo que se submeter à suas regras, com o risco inclusive de perder o emprego caso não as sigam. É o objetivo da empresa é que o serviço médico contribua para o controle da força de trabalho, principalmente, a partir da seleção de pessoal e do controle do absenteísmo.

Em 1974 o Ministério do Trabalho se tornou um Ministério independente, separando-se da Previdência. Com isso, o órgão responsável, na estrutura do Ministério do Trabalho, pelas questões de segurança e saúde do trabalhador ganhou status de subsecretaria ministerial, a Subsecretaria de Segurança e Medicina do Trabalho, o que garantiu maior autonomia ao setor.

Em 1978 foram editadas as Normas Regulamentadoras (NRs) (**Segurança 1991**), que se constituem no código brasileiro para as questões relativas à segurança e saúde do trabalhador. As NRs além de se tornarem base para as ações de fiscalização dos ambientes de trabalho, passaram a ser consideradas

*"(...) como o parâmetro referencial para os posicionamentos oficiais, tanto do poder executivo quanto da Justiça do Trabalho e também por parte do empresariado" (Oliveira 1994).*

É importante destacar, que essas Normas foram elaboradas durante o período da ditadura militar, o que significa que os trabalhadores ficaram completamente a parte desse processo. Foram os técnicos do Ministério do Trabalho, e de outros órgãos estatais, em conjunto com técnicos dos setores patronais, que tiveram papel hegemônico nessa elaboração.

As NRs, por terem sido editadas como portaria, permitiram uma maior flexibilidade, isto é, podiam sofrer alterações de forma mais ágil. Porém, essas

*“(...) modificações estão sujeitas a pressões e interesses dos grupos sociais mais próximos ao centro de decisão e poder, no caso, os donos do capital” (Benatti 1990).*

É importante destacar, ainda, que o Brasil é um dos países signatários da maioria das convenções da OIT; uma delas, a Convenção n° 81, sugere que os Estados atuem e intervenham nas questões relativas ao trabalho,

*“(...) entretanto, de acordo com os objetivos da inspeção, nela prescritos, a função do Estado deve ser precipuamente a da negociar e conciliar as situações e, somente em instância derradeira, valer-se do poder de impor ao Capital as transformações necessárias ou penalizá-lo pecuniariamente” (Oliveira 1994).*

Em 1986, o Brasil aderiu à Convenção n° 148 da OIT, que sugeria a participação ativa dos trabalhadores nas ações de fiscalização a ambientes de trabalho. Nesse sentido, numa conjuntura de redemocratização do país, foi alterada a NR-17 para assegurar a participação dos trabalhadores brasileiros nas inspeções do MTb/DRTs, possibilitando inclusive a punição das empresas que oferecessem resistência a essa medida. Entretanto, essa NR

*“(...) encontrou de imediato resistências dos setores empresariais, à sua viabilização prática, que persistem até os dias atuais” (Oliveira 1994).*

Em 1988 foram editadas as Normas Regulamentadoras Rurais

(NRRs). Essas normas, no entanto, eram bastante limitadas, referindo-se a poucos aspectos do trabalho rural e não era previsto nenhum tipo de punição pelo seu não cumprimento. Os trabalhadores rurais continuaram sendo 'menos importantes' que os urbanos para os interesses do capital.

Durante a década de 1980 houve um aprofundamento da discussão em torno da relação trabalho e saúde, que se fortaleceu com a proposta do Sistema Único de Saúde, pela VIII Conferência Nacional de Saúde, seguida da I Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, que previam entre outras questões, a incorporação dessa área ao setor saúde. O Ministério do Trabalho, no entanto, teve uma participação

*"(...) tímida e cautelosa, porquanto, inevitavelmente, o papel desempenhado que desempenhara até então, foi objeto de questionamentos de toda ordem, dentre os quais, o da necessidade de redirecionamento e ampliação das ações e o do controle social das mesmas" (Oliveira 1994).*

Dessa forma, em decorrência das pressões para que esse setor se adequasse às novas propostas, foi editada, em 1989, portaria que estabelecia novas bases para a atualização da fiscalização do trabalho, tendo como princípios básicos o planejamento das ações, universalidade da cobertura e o controle social. Assim, o Ministério do Trabalho tentou estabelecer uma política mais democrática e com maior transparência. Destaca-se, ainda, a definição de critérios de prioridade para as ações das DRTs e da FUNDACENTRO. O Conjunto das diretrizes editadas foi denominado de Plano Geral de Ação na Área de Segurança e Saúde do Trabalhador, que, no entanto, não foi implementado pelo governo que se seguiu (Collor), que tinha uma política clara de desmonte da máquina estatal, no sentido de fortalecer a política neoliberal, que não tem os trabalhadores como referência para a ação (Oliveira 1994).

No final de 1994 surgiu uma nova proposta do Ministério: o

Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO), criado a partir de uma portaria, que definia novo texto à NR-7. Essa Norma estabelece a obrigatoriedade de que todos os empregadores (sem restrições) implantem esse programa, que

*“(...) deverá ter caráter de prevenção, rastreamento e diagnóstico precoce dos agravos à saúde relacionados ao trabalho” (Brasil.MTb 1994).*

As ações previstas, para esse programa, são a realização de exames médicos: admissional, periódico, de retorno ao trabalho, de mudança de função e demissional, que deverão ser realizadas por médico do trabalho, indicado pelo empregador, pertencente ao SESMT, ou não.

O processo de elaboração de portarias, normas, pelo governo federal é bastante centralizado e não prevê a participação de todos os interessados no processo de discussão. Portanto, os trabalhadores, principais envolvidos nessa proposta, mais uma vez ficaram à parte desse processo. E ainda, essa medida pode representar um fortalecimento do poder dos empresários sobre a força de trabalho. O Estado entrega, mais uma vez, para o capital o controle da saúde dos trabalhadores, não prevendo inclusive, qualquer forma de controle e/ou avaliação das ações.

Essas medidas, que representam claro retrocesso, surgem num período em que a crise econômica se aprofunda, com conseqüente aumento do desemprego que tem reflexo importante na organização dos trabalhadores.

### **3.3. Saúde**

As ações de saúde podem ser caracterizadas enquanto seu caráter mais coletivo ou individual. Apesar de hoje, após longo processo de

discussão, termos claro que não deve haver dissociação entre ações coletivas e individuais, historicamente essa dissociação sempre se deu. Assim, quando se tenta discutir o setor Saúde no Brasil, é difícil fazê-lo de forma articulada, pois na realidade as ações foram, e ainda são desintegradas.

Para **Braga (1986)**

*“a saúde emerge como questão social no Brasil no bojo da economia capitalista exportadora cafeeira. É a primeira etapa do desenvolvimento capitalista brasileiro que confere caráter social à questão da saúde.”*

A partir de então (Primeira República), a saúde assumiu a forma de política social.

Isto, pois que em períodos anteriores foram propostas ou implementadas ações, que, no entanto, eram dispersas, não assumindo o caráter de política social. Durante o período colonial, várias ações foram implementadas, com o objetivo de investir sobre o desenvolvimento das cidades, controlando a vida social, para garantir por um lado o domínio da metrópole e por outro a defesa da riqueza da colônia. As ações desenvolvidas acompanhavam a evolução dos interesses comerciais do Reino em sua Colônia. O crescimento urbano criava a necessidade de tentar preservar a saúde da população. Nesse sentido foram tomadas algumas medidas em relação às epidemias e criados o Hospital e lazaretos (**Machado 1978**).

Além de medidas de controle do ambiente, o atendimento médico era realizado pelos poucos médicos existentes no período e pelo Hospital - Santa Casa de Misericórdia. As Santas Casas se constituíram, até o início deste século, na principal forma de prestação de assistência médica à população. Foram construídas a partir do modelo da metrópole e tinham um caráter mais caritativo, do que propriamente médico.

As Santas Casas foram fundadas, no Brasil, pelas Irmandades de

Misericórdia, independentes do poder público e seguiam o modelo da metrópole. Seu caráter era muito mais de instituição de caridade, visando o socorro ao desvalido. A assistência hospitalar era mais uma assistência à miséria que à doença, sendo que os pobres constituíam a maior clientela. Em relação aos escravos, algumas passaram a solicitar aos seus proprietários, uma quantia em dinheiro, para realizar o tratamento. Os fazendeiros e demais proprietários da época, não utilizavam a Santa Casa. Tratavam-se em suas próprias casas, chegando inclusive a manter dependências de suas propriedades específicas para esse fim. A atividade hospitalar, nesse período, se caracterizava mais pelo seu aspecto assistencial, sempre de origem privada, sendo que não havia iniciativa da administração pública (Santos Filho 1991; Machado 1978).

Nota-se que, desde esse período, o desenvolvimento das ações de saúde, quer as medidas de caráter mais coletivos, quer as individuais, estava diretamente vinculado ao interesse econômico. Os escravos, principal mão de obra da época, começaram a receber algum tipo de atenção à saúde, quando surgiram algumas limitações ao tráfico negreiro, o que fazia com que fosse importante aumentar a vida útil dos que aqui estavam, para a manutenção do trabalho (Rocha e Nunes 1993a). Machado afirma, em sua análise sobre a Medicina Social no Brasil, que essa era fundamentalmente urbana, voltada para o projeto higiênico e disciplinar em relação à cidade, suas instituições e a população, **não tendo preocupação com o trabalhador (Machado 1978).**

Com a expansão da cultura cafeeira, no fim do século passado, *“(...) a política governamental voltou-se para a constituição do mercado de trabalho para a organização da força de trabalho para o capital. Ao assumir esse novo papel, o Estado inaugurava uma experiência de formação do mercado de trabalho assalariado” (Ribeiro 1993).*

Nesse sentido, o Estado ao assumir a responsabilidade pela criação

do mercado de trabalho livre, teria que garantir uma infra-estrutura mínima para responder aos problemas relacionados ao rápido crescimento populacional, decorrente principalmente do grande incentivo à imigração. Naquele contexto, as ações de saúde passaram a ser necessárias para a manutenção do mercado.

Dessa forma, as principais medidas tomadas no início do século XX foram o saneamento dos portos, o controle de grandes epidemias, que eram necessárias para garantir as condições mínimas às relações comerciais, para exportação de café e de atração à imigração. As ações predominantes naquele momento eram as de caráter coletivo, os programas sanitários que, apesar de teoricamente destinados à toda a população, ficavam restritos às áreas portuárias e às regiões produtivas dos principais centros econômicos - São Paulo, Rio de Janeiro e Minas Gerais (Possas 1989). Os Estados tinham nesse período grande poder, atribuídos pela Constituição, assumindo a responsabilidade por essas ações.

Somente com a Reforma Administrativa nos Serviços de Saúde Pública, ocorrida em 1922, fundamentada na educação sanitária, é que esse quadro começou a se alterar. Foi criado o Departamento Nacional de Saúde Pública, propondo algumas atribuições importantes para o nível federal. A partir de então, as medidas de saúde pública se caracterizaram por tentar se expandir para todo o país. Em 1923 a reforma Carlos Chagas tentou ampliar o atendimento à saúde, através da criação de unidades de saúde pública. A sociedade brasileira passava por importante crise, naquele momento, quer do padrão econômico de exportação, quer do Estado. Nesse contexto a saúde pública cresceu como questão social (Rocha e Nunes 1993a).

*"(...) A partir de 1930 emerge e toma forma uma política nacional de saúde e, mais precisamente, instalam-se os aparelhos necessários à sua efetivação" (Braga 1986).*

Essa política, no entanto, mantinha um caráter "restrito", dada a limitação da cobertura populacional, dos aspectos técnicos e financeiros e da estrutura organizacional.

Esse período foi marcado por uma mudança do Estado, já discutida anteriormente, que se caracterizou por avançar nas políticas sociais, tentando dar algumas respostas às demandas das classes trabalhadoras, ao mesmo tempo que limitava sua autonomia. A atuação do Estado frente às questões sociais passou a ser mais "orgânica" (conjunto de medidas integradas), conformando as chamadas políticas sociais. A política de saúde que se constituiu a partir de então, teve caráter nacional, organizada centralmente, contando com dois subsetores independentes entre si: a saúde pública e a medicina previdenciária. O subsetor de saúde pública predominou, como política estatal, até 1960, quando então houve uma inversão, passando a predominar a medicina previdenciária (Braga 1986).

Em 1930 o Ministério da Educação e Saúde foi criado, assumindo a centralização das ações de saúde, com atuação de seus técnicos no sentido de "intervir" junto aos serviços estaduais de saúde, marcando um avanço da atenção à saúde para o interior do país. As ações predominantes nessa década foram relativas às principais doenças endêmicas da época, desenvolvidas através de campanhas sanitárias (modelo campanhista), criando-se inclusive, alguns serviços especiais de combate às mesmas.

A atenção individual e curativa não era prioridade do Ministério da Saúde, ficando a cargo do setor previdenciário, que tinha, como já discutido acima, abrangência bastante restrita - parcela da população urbana trabalhadora, com vínculo formal. A maior parte da população continuava tendo como único recurso para assistência médica as Santas

Casas. As unidades de saúde pública existentes, além de serem em número bastante restrito e limitadas aos grandes centros, executavam basicamente ações preventivas, restritas à área materno-infantil, ou ao combate de doenças endêmicas como tuberculose e hanseníase. A saúde pública, apesar de considerada questão social, não se constituiu em prioridade de investimento pelo Estado, em nenhum momento (Donnangelo 1975; Braga 1986; Possas 1989).

Outra questão importante a ser lembrada é a influência norte-americana na construção desses serviços. A fundação Rockefeller patrocinou técnica e financeiramente a criação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), que teve grande importância na região norte e nordeste do país, representando um dos principais recursos de saúde até a década de 1980. Essa influência ainda se deu quer na formação de recursos humanos para a saúde, onde o modelo flexneriano predominou, quer na concepção das unidades de saúde. Essas

*"(...) unidades sanitárias-modelo [eram] inadequadas à estrutura brasileira e às nossas possibilidades financeiras" (Braga 1986).*

O Ministério da Saúde foi criado em 1953, tornando-se autônomo, independente da Educação, num novo contexto político, em que a preocupação maior era consolidar o desenvolvimento capitalista, a industrialização. O novo ministério se caracterizava pela centralização técnico-burocrática e pela racionalização. A grande discussão daquele momento era a teoria do círculo vicioso da pobreza-doença. Alguns técnicos, sanitaristas, afirmavam que a pobreza acabaria com a solução das doenças e que para isso seria necessário investir muitos recursos e montar uma estrutura semelhante a dos países ricos, reforçando a crença de que o nível de saúde da população dependia diretamente do gasto per capita na área. O governo, por seu lado, afirmava que o desenvolvimento

econômico traria automaticamente um melhor nível de saúde à população (Braga 1986).

E, ainda, a partir de 1960 ocorre uma diminuição crescente nos investimentos em saúde pública, com a inversão do modelo predominante, que passou a ser o da medicina previdenciária. A participação decrescente do Ministério da Saúde no orçamento global da união

*“(...)não deixa a menor dúvida sobre o declínio da importância da Saúde Pública como opção de política social e, mais diretamente, a diminuição de sua importância político-institucional” (Braga 1986).*

Concretizou-se, assim, a dicotomia entre os modelos de saúde pública e o da medicina curativa, individual. Cada vez mais o modelo da medicina curativa/individual se fortalecia. Esse passou a ser coordenado pelo Ministério da Previdência, criado na década de 1970, com atuação independente, não integrado ao Ministério da Saúde.

Esse desprestígio do setor saúde não se deu em decorrência de que as condições de saúde da população houvessem melhorado. Pelo contrário, a conjuntura era de grande crise econômica, com decorrente piora das condições de vida da população, persistindo o quadro de algumas importantes endemias, associado ao crescimento e/ou surgimento de algumas doenças relacionadas ao processo de industrialização.

A crise do setor saúde, assumida pelo próprio governo da época, associada à pressões da sociedade para que alguma medida fosse tomada, fez com que surgissem algumas propostas novas a nível do Ministério da Saúde. A criação de programas como o II Programa Nacional de Alimentação e Nutrição (PRONAM), e o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), tentava responder à crise. Outra medida importante foi a promulgação da Lei No.6229, em 1975, que

organizou o Sistema Nacional de Saúde (Brasil 1975).

Essa Lei propunha a rearticulação entre os diversos níveis do governo, Ministérios, Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. Ao Ministério da Saúde caberia

*"(...) formular a política nacional de saúde e promover ou executar ações preferencialmente voltadas para as medidas e os atendimentos de interesse coletivo."*

e o Ministério da Previdência deveria ter

*"[uma] atuação voltada principalmente para o atendimento médico-assistencial individualizado" (Brasil 1975).*

Assim, apesar de um discurso de integração, reafirmava-se a dicotomia entre as ações de caráter mais coletivos e as individuais. E dado os interesses políticos do governo militar, aliados à necessidade de responder à demanda crescente de assistência médica por parte das classes trabalhadoras, fortaleceu-se ainda mais a medicina previdenciária.

Essa proposta ocorreu num contexto político em que o governo militar, que assumira o poder através de um golpe, impunha uma ditadura, marcada por autoritarismo, centralismo, e exclusão das organizações sociais de qualquer instância de decisão, garantidos através de forte repressão. Porém, apesar das medidas de força para impedir a organização dos movimentos sociais, esses foram se mobilizando, no sentido de contestar o regime político e a política econômica, que ampliava cada vez mais as desigualdades, aumentando o exército dos excluídos.

Foi nessa conjuntura que surgiu o Movimento Sanitário, propondo a Reforma Sanitária, que tinha como principal lema a extensão do direito à saúde para todos os cidadãos. A Reforma Sanitária foi um movimento que ocorreu em alguns países, num contexto de democratização, que não conseguiram resolver a questão da atenção à saúde através do Sistema de

## Bem-Estar Social.

O conceito da Reforma Sanitária:

*“(...) refere-se a um processo de transformação da norma legal e do aparelho institucional que regulamenta e se responsabiliza pela proteção à saúde dos cidadãos que corresponde a um efetivo deslocamento do poder político em direção às camadas populares, cuja expressão material concretiza-se na busca do direito universal à saúde e na criação de um sistema único de serviços sob a égide do Estado” (Teixeira 1989).*

O Movimento Sanitário surgiu, desde o início da ditadura, a partir das Universidades, através dos Departamentos de Medicina Preventiva e Social, que iniciaram processo de elaboração teórica, no sentido de crítica ao modelo de saúde vigente, a partir de novos referenciais e categorias, incorporadas das ciências sociais. Logo, os médicos, organizados no movimento sindical, integraram o movimento, o que possibilitou sua expansão para outros sindicatos de trabalhadores e o movimento popular. Porém, a participação desses últimos segmentos foi restrita, o que reforça a afirmação de a reforma sanitária brasileira ter sido um movimento de intelectuais, com limitada base social (Teixeira 1989).

Cabe ressaltar, uma diferença entre a Reforma brasileira e italiana, nosso paradigma, particularmente importante por ser a saúde do trabalhador o objeto deste estudo. O movimento italiano não surgiu a partir dos intelectuais, e sim a partir dos movimentos sindicais, que tinham a luta pela saúde nas fábricas como núcleo para a discussão sobre a política de saúde. Nesse sentido, Teixeira (1989) afirma que

*“(...) no Brasil, as questões da saúde do trabalhador são o ponto mais frágil da reforma, evidenciado na impossibilidade de garantir qualquer controle na carta constitucional. Em consequência, impedida de controlar o processo produtivo, a reforma fica restrita a atender os efeitos deletérios de um processo de trabalho e consumo da saúde do trabalhador”.*

Esse movimento culminou com a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS) (**Brasil.MS 1986**), ocorrida em 1986, que propôs a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), tendo como princípio fundamental "*a saúde como direito do cidadão e dever do Estado*". A Conferência ocorreu num momento favorável politicamente, pois havia iniciado o processo de redemocratização do país, a Nova República. Esse evento teve uma ampla participação dos diversos setores da sociedade envolvidos com a questão da saúde, destacando a participação dos movimentos populares e sindicais. O SUS foi concebido como um sistema de saúde com comando único, do Ministério da Saúde, tendo como princípios básicos: a universalidade de acesso, a integralidade de assistência (no sentido de integrar ações e serviços preventivos e curativos), a equidade, a descentralização político-administrativa, a resolutividade das ações e a participação e controle social.

A proposta da VIII CNS foi então encaminhada para a Assembléia Nacional Constituinte, para que fosse apreciada, debatida e transformada em lei. Apesar do rico processo de debates, os lobbies dos diversos grupos vinculados à medicina privada fizeram com que esse processo se prolongasse excessivamente, além de excluir alguns pontos importantes da proposta inicial. Assim, praticamente quatro anos após a Conferência, foi promulgada em 1990 a lei nº 8080, que criou o SUS (**Brasil 1991**).

Com a criação do SUS, que tem como um dos princípios básicos a universalidade do acesso, e com a extinção do INAMPS, a população trabalhadora passou a integrar a clientela atendida por esse novo Sistema, em construção.

#### 4. ATENÇÃO À SAÚDE DO TRABALHADOR NO SUS: ASPECTOS TEÓRICO-CONCEITUAIS DO MODELO DE ATENÇÃO PROPOSTO

O SUS é um projeto em construção. Portanto, o modelo de atenção à saúde do trabalhador deve ser entendido da mesma forma, isto é, está sendo construído. E como todo processo histórico apresenta contradições, com momentos de avanço e retrocesso.

O processo de construção da atenção à saúde do trabalhador no SUS foi periodizado na tentativa de facilitar sua análise em três momentos (Dias 1994). O primeiro momento foi denominado de *difusão das idéias*, que se estendeu de 1978-86, e que foi marcado pelo fortalecimento dos pressupostos que conformam a área temática de Saúde do Trabalhador. Apesar da atenção à saúde dos trabalhadores ter permanecido, nesse momento, enquanto uma atividade marginal,

*“(...) 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” (Dias 1994).*

O segundo momento foi o de *institucionalização das ações*, tendo como marco, divisor, a I Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador. Esse momento foi caracterizado pela

*“(...) institucionalização das ações de saúde do trabalhador na rede de serviços de saúde, através das conquistas no âmbito legal e das instituições” (Dias 1994).*

Os avanços desse período se deram tanto no plano macro, através

da elaboração/promulgação de dispositivos legais, quanto no micro, através do importante crescimento e difusão dos Programas de Saúde do Trabalhador.

O terceiro momento foi denominado de *implantação da atenção à saúde dos trabalhadores na rede pública de serviços de saúde*, que começou em 1990, com a promulgação da Lei Orgânica da Saúde, e foi até 1994, ano em que ocorreu a II Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador. É considerado como o período em que começou a se instituir “*de fato*” a atenção à saúde do trabalhador na rede de serviços de saúde. Nos capítulos 5 e 6 deste estudo, far-se-á a avaliação e discussão sobre a efetiva implantação do modelo de atenção à saúde do trabalhador no SUS, tanto no plano teórico-conceitual, quanto no plano empírico, usando para tanto o caso do município de São Paulo.

Neste capítulo, realizaremos uma descrição dos principais marcos políticos e documentos “oficiais”, particularmente dos momentos de *institucionalização e implantação*, que serviram como referência/base para a proposta do modelo de atenção à saúde do trabalhador no SUS. Dada a extensão do tema, e ao fato de muitos desses marcos já terem sido bastante discutidos por vários autores, restringiremos nossa abordagem às questões mais diretamente relacionadas à saúde do trabalhador.

O marco inicial, a partir do qual a proposta de atenção à saúde do trabalhador, que será discutida e analisada neste estudo, começou a tomar corpo, no sentido de se institucionalizar, foi a VIII Conferência Nacional de Saúde. A relação trabalho-saúde e a incorporação da atenção à saúde do trabalhador pelo Sistema de Saúde foram temas de discussão da Conferência. No seu relatório final destaca-se:

*“Em seu conceito mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de*

*organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida” (Brasil.MS 1986).*

Ressalta-se que essa proposta, de que os serviços de saúde incorporem as ações de saúde do trabalhador, não nasceram na Conferência. Experiências internacionais e recomendações de organizações como OMS e OIT, já colocavam essa questão desde o final da década de 1970. Marco importante nessa direção foi a Conferência de Alma-Ata, realizada em 1978, que em suas Recomendações apontava de forma clara essa diretriz:

*“La Conferencia (...) recomienda que, como parte de la cobertura total de las poblaciones mediante la atención primaria de salud, se atribuya alta prioridad a las necesidades especiales de las mujeres, los niños, los trabajadores muy expuestos y los sectores desfavorecidos; y que se prosigan las actividades necesarias para identificar sistemáticamente, en el seno de todos os hogares y lugares de trabajo, a las personas más expuestas, a fin de prestarles atención permanente y eliminar los factores que contribuyen al mal estado de salud” (OMS 1978). [grifos nossos]*

No sentido de contribuir para viabilizar a proposta de *saúde como direito do cidadão e dever do Estado*, proposto pela VIII CNS, e ainda subsidiar a Assembléia Nacional Constituinte que trabalhou o texto legal do Sistema de Saúde, foram propostas Conferências Nacionais sobre temas considerados *“como os mais expressivos para o estabelecimento de um Sistema Nacional de Saúde”*. Dentre os temas selecionados estava a saúde e trabalho. Assim, foi realizada em dezembro de 1986, a I Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador (I CNST). Em seu relatório final destaca-se que:

*“(...) o conceito de saúde do trabalhador não pode ser limitado apenas ao âmbito da fábrica, nem tão pouco à sua formulação estritamente biológica. É necessário que se entenda a saúde como determinada pelos processos sociais mais abrangentes, entendendo-a, portanto, como um conceito integral e dinâmico, levando-se em conta que a saúde é determinada simultaneamente pelas condições de vida e pelas condições*

*de trabalho. Assim sendo, a situação de saúde do trabalhador é resultado de um longo processo histórico, desde os tempos da colonização, processo esse que se caracterizou pela constante exploração do trabalho, mais acentuada ainda em relação ao trabalhador rural” (Brasil 1986b).*

A Conferência teve como ponto de partida para sua discussão as deliberações da VIII CNS, tendo, portanto, compromisso com a luta pela construção do SUS lá proposto. Dentre as propostas da Conferência destacam-se:

- a política da saúde do trabalhador deveria ser entendida dentro do contexto da política geral de saúde, fazendo parte desta. A formulação dessa política faria parte, portanto, do Sistema Único de Saúde, sob controle dos trabalhadores;
- inclusão no SUS de programas específicos de atendimento ao trabalhador;
- integrar à rede pública o tratamento acidentário, inclusive a reabilitação profissional;
- necessidade de modificar a política de fiscalização, propondo que as ações fiscalizadoras, realizadas pelas DRTs passassem a ser exercidas pelo SUS, garantindo a participação do trabalhador;
- garantir-se a participação dos trabalhadores na administração da Previdência;
- garantir-se que os SESMTs fossem fiscalizados pelo sindicato e integrados ao SUS;
- criação de Comissões de Saúde nas empresas, em substituição as CIPAs;
- revisão da legislação vigente, com a participação dos trabalhadores.

Outro marco importante para o projeto de construção de um sistema de saúde mais democrático foi a promulgação da Constituição Federal de 1988, que definia a **saúde como direito de todos e dever do Estado,**

garantido através de acesso universal e igualitário às ações e serviços públicos de saúde, que constituem um sistema único. Em seu texto encontramos uma referência específica à saúde do trabalhador. Assim, um de seus artigos tem a seguinte redação:

*“Art.200: - Ao sistema de saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei:*

*(...) II - executar as ações da vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador;*

*(...) VIII - colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho” (Brasil 1992).*

A Lei Federal N° 8080 de 1990 (Brasil 1991), que constitui o SUS, foi elaborada tendo como referência as deliberações da VIII CNS. Porém, as propostas da VIII CNS representavam um avanço importante na política de saúde, comprometida com os interesses da população e uma ameaça a iniciativa privada do setor. Em decorrência dessa ameaça, os grupos com interesses privatizantes conseguiram, além de retardar bastante o processo de institucionalização da proposta, alterar e/ou suprimir alguns pontos importantes da mesma. Apesar dessas alterações representou importante avanço na política nacional de saúde.

O Capítulo I, art. 6° dessa Lei, traz como atribuições do Sistema Único de Saúde a execução de ações de saúde do trabalhador, de vigilância sanitária e de vigilância epidemiológica, e ainda caracteriza o que se entende por esse campo:

*“par.3° Entende-se por saúde do trabalhador, para fins desta lei, 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(...)” (Brasil 1991).*

Encontra-se também, entre suas atribuições a informação aos trabalhadores sobre os riscos a que estão submetidos e ao resultado de

exames médicos e inspeções realizados, além de garantir ao sindicato requerer a interdição de ambientes que exponham o trabalhador a risco de adoecer ou morrer. Ao SUS caberia, ainda, participar na normatização, fiscalização e controle dos serviços de saúde do trabalhador nas instituições e empresas públicas e privadas.

Entre as competências da direção nacional do Sistema Único de Saúde (artigo 16) destaca-se:

*“(... )II- participar na formulação e na implementação das políticas:*

*a) de controle das agressões ao meio ambiente; (...)*

*c) relativas às condições e aos ambientes de trabalho. (...)*

*“V- participar da definição de normas, critérios e padrões para o controle das condições e dos ambientes de trabalho e coordenar a política de saúde do trabalhador” (Brasil 1991). [grifos nossos]*

Em 1993, o Ministério da Saúde, com o compromisso de “*cumprir as deliberações da IX Conferência Nacional de Saúde*”, e dando prioridade “*à formulação de uma proposta de operacionalização dos dispositivos legais que determinam a descentralização do Sistema Único de Saúde*”, elaborou o documento proposta “DESCENTRALIZAÇÃO DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE - A Ousadia de Cumprir e Fazer Cumprir a Lei”. Nessa proposta o Ministério assumia como pressuposto a

*“(... ) prioridade absoluta nesta gestão o cumprimento dos dispositivos legais que regulam a implantação do SUS, priorizando a descentralização” (Brasil.MS 1993).*

Coloca-se aí a necessidade de uma “*transformação profunda na organização e forma de funcionamento do Sistema Único de Saúde*”, no sentido de alcançar um novo modelo assistencial, construído através de algumas diretrizes, já apontadas na lei 8080, destacando-se

*“(... ) a incorporação das atividades de vigilância em saúde como parte da rotina dos serviços, incluindo ações voltadas ao ambiente e à saúde do trabalhador” (Brasil.MS 1993). [grifos nossos]*

*“(...) tal Sistema Único tem como objeto a saúde (...) entendida como um requisito para o exercício pleno da cidadania e que envolve indivíduo, coletivo e ambiente com todas as suas inter-relações”* (Brasil.MS 1993). [grifos nossos]

O controle social, entendido como exercício da cidadania, foi contemplado nessa proposta como requisito essencial à implantação da mesma, no sentido de assegurar as condições de acesso a informações e de democratização dos processos decisórios.

O Ministério da Saúde assumia, então uma posição:

*“(...)convicto da necessidade de empreender medidas claras e irreversíveis no sentido de dar materialidade aos avanços propugnados na lei”* (Brasil 1993).

Para tanto, formulou um projeto para operacionalizar a municipalização das ações e serviços de saúde, no qual propôs três formas de gestão do Sistema de Saúde, conforme as condições que os municípios e estados apresentassem para assumí-lo. Essas três situações coexistiriam durante um período de transição, até que todos atingissem a situação “desejada”, isto é, assumissem plenamente a gestão do SUS.

Cabe ainda salientar que segundo a Norma Operacional Básica - SUS 01/1993 (NOB-SUS), anexo único daquele documento, era da responsabilidade dos municípios, mesmo os classificados na condição mais básica de gestão, desenvolver **ações de vigilância de ambiente e processos de trabalho e de assistência e reabilitação do acidentado e portador de doença do trabalho.**

Para viabilizar esse projeto propunha-se uma reorganização das várias esferas de governo. No âmbito federal, fazia-se necessária a revisão da organização administrativa do Ministério da Saúde. Para tanto, foi proposta a criação de Grupos-Tarefa, que deveriam funcionar enquanto *“foros de articulação e coordenação do processo de redefinição das funções e de*

*reorganização administrativa do MS*". Entre os vários grupos propostos estavam o de Saúde do Trabalhador. Foi a partir deste Grupo que surgiu a proposta da Norma Operacional de Saúde do Trabalhador no SUS (NOST) (Brasil 1994).

A NOST foi elaborada tendo como eixo norteador as diretrizes e princípios da Lei Orgânica da Saúde e as recomendações da IX CNS e a II CNST. O modelo de atenção proposto seguia as mesmas diretrizes do SUS. Foram colocados como pressupostos básicos:

- Universalidade e equidade;
- Integralidade de ações;
- Direito à informação;
- Participação e controle social;
- Regionalização e hierarquização;
- Utilização do critério epidemiológico para planejamento, avaliação, e estabelecimento de prioridades;
- Configuração da saúde do trabalho como conjunto de ações visando promoção, proteção, recuperação e reabilitação.

A introdução da NOST destacava a abrangência que um modelo de atenção em Saúde do Trabalhador deveria ter, ao colocar que:

*"(...) a saúde tem o trabalho como um dos fatores determinantes/condicionantes, tal como reconhecido pelo artigo 3º da lei 8.080/90. A expressiva maioria de usuários do SUS é constituída de trabalhadores. À população brasileira é assegurada, nos termos do artigo 7º, inciso II, a 'integralidade de assistência, entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso, em todos os níveis de complexidade do sistema.' Esses dispositivos são por si só, explicativos para as exigências legais de incorporação das ações de saúde do trabalhador entre o elenco de ações do SUS, como estabelece o art. 200, inciso II, da Constituição Federal, em todas as esferas de governo e em todas as unidades prestadoras de serviços de saúde"* (Brasil 1994).

Para operacionalizar essa diretriz, a proposta colocada na NOST era a de que:

*“(...) as ações de atenção à saúde do trabalhador - assistência e vigilância - devem ser desenvolvidas em todos os níveis da rede de serviços de saúde do SUS, desde as Unidades Básicas de Saúde até os níveis mais complexos de referência, através de uma abordagem interdisciplinar e por equipes multiprofissionais” (Brasil 1994).*

Destaca-se, ainda, a necessidade de mudança do modelo assistencial para atenção integral, que superasse as antigas dicotomias - individual/coletivo, biológico/social, assistência/vigilância, e ultrapassasse os limites das ações de vigilância sanitária e epidemiológica. Assim, o novo modelo deveria articular ações individuais/curativas com ações coletivas de vigilância da saúde, *“(...) uma vez que os agravos à saúde advindos do trabalho são essencialmente preveníveis.”* [grifos nossos]. A vigilância à saúde é considerada a *“essência do modelo proposto”*.

Apesar do avanço que representou essa proposta do Ministério da Saúde, no sentido da integralidade das ações, devemos destacar um ponto considerado por nós como limite importante para a sua operacionalização. No caso, a estrutura atual do Ministério da Saúde, que de acordo com decreto 99.244/90, é composto, entre outros, por dois órgãos específicos: a Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária e a Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. A Saúde do Trabalhador está contida em cada uma dessas instâncias como: Divisão de Proteção à Saúde do Trabalhador, do Departamento Técnico-Normativo, da Secretaria de Vigilância Sanitária (SVS); e é um Programa Especial da Divisão de Grupos Especiais, do Departamento de Programas de Saúde (ou Departamento de Assistência e Promoção a Saúde), da Secretaria de Assistência à Saúde (SAS). Na prática a estrutura vigente reafirma a dicotomia, que a projeto teórico propõe superar.

Em 1993, antes da realização da II Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, foi criada a Comissão Interministerial de Saúde do Trabalhador (CIST), composta por técnicos dos Ministérios da Saúde, Trabalho, Previdência Social e Secretaria da Administração Federal (SAF), com o objetivo de:

*“(...) apresentar propostas de compatibilização e integração de políticas e práticas concretas em saúde do trabalhador, detalhando os papéis e responsabilidades de cada área; (...) e os mecanismos de articulação interinstitucional (...)” (Brasil.MPAS.MS.MTb 1993).*

O Relatório Final dessa Comissão contém a definição do papel e responsabilidades dos diversos Ministérios. Ao Ministério da Saúde caberia, segundo o relatório, exatamente o que estabelece a Lei Orgânica da Saúde, descrito acima. Quanto ao Ministério do Trabalho aparece entre suas atribuições a *“segurança e saúde no trabalho”* e, ainda, através da sua Secretaria de Segurança e Saúde no Trabalho, a coordenação da inspeção dos ambientes e das condições de trabalho.

Em relação às ações de vigilância, a Comissão estabeleceu que:

*“a) o Ministério da Saúde/SUS tem responsabilidades legais na execução de ações de vigilância sanitária e epidemiológica dos locais de trabalho;*

*“b) o Ministério do Trabalho tem responsabilidades legais na execução de ações de fiscalização das condições de segurança e saúde nos locais de trabalho;*

*(...)*

*“d) devido às extensas interfaces entre as ações de fiscalização e as de vigilância, recomenda-se que os órgãos locais do SUS e do Mtb estabeleçam canais de discussão, troca de informações e de planejamento conjunto” (Brasil.MPAS.MS.MTb 1993).*

Com relação à Previdência foi mantida a sua atribuição de executar a perícia médica, reafirmando, inclusive, que *“(...) o nexo causal deve ser obrigatoriamente confirmado pela perícia do INSS (...)”*. Propôs-se, ainda, que os médicos peritos do INSS realizassem visitas aos locais de trabalho, com

o objetivo de caracterizar este nexos.

Observa-se com a leitura desse documento que, apesar de ter sido elaborado no mesmo momento histórico dos demais, inclusive tendo o Ministério da Saúde como um dos integrantes da Comissão, algumas contradições importantes ficaram mais explícitas. A dicotomia de ações relativas à saúde do trabalhador são mantidas e reforçadas nessa proposta, apesar de esse vir sendo um dos pontos-chaves da discussão/elaboração das propostas para a área, desde a VIII Conferência Nacional de Saúde e da I Conferência de Saúde do Trabalhador.

As Conferências Nacionais de Saúde subsequentes - a IX e a X, reiteraram a proposta original, o mesmo se dando com a II Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador. A IX Conferência colocou a necessidade de garantir o cumprimento dos dispositivos legais, anteriormente definidos, em relação à saúde do trabalhador. Recomendava, ainda, que fosse garantida a operacionalização pelo SUS das ações de Vigilância, conforme estabelecido na Constituição Federal. A X Conferência discutiu o tema, reforçando as deliberações anteriores, e recomendou a realização da III Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, que ainda não ocorreu.

A II CNST (**Brasil 1994**) merece um maior destaque, pois nela foram abordadas, de forma mais detalhada, as questões referentes à organização das ações em saúde do trabalhador. Nessa direção, foram reiterados os princípios e diretrizes básicos do SUS e exigida sua efetiva implementação na área de Saúde do Trabalhador. Destacamos aqui algumas das características principais do modelo proposto:

- A construção e consolidação do SUS deveria contemplar a totalidade das ações de saúde dos trabalhadores, ações estas que envolveriam a promoção da saúde, a pesquisa, a vigilância, a assistência e a reabilitação,

que ainda se encontram distribuídas em diversos Ministérios (Previdência, Saúde e Trabalho).

- As ações em saúde do trabalhador deveriam ser desenvolvidas sob a coordenação do SUS.
- A implantação das ações coordenadas em Saúde do Trabalhador deveria compreender os seguintes aspectos: envolver toda a rede pública; incluir ações em saúde do trabalhador nos programas existentes, em todas as unidades de saúde; trabalho desenvolvido por equipes multiprofissionais.
- Os Centros de Referência deveriam atuar de forma integrada aos demais serviços do SUS, e contemplar a participação popular na implantação e gerenciamento.

A Norma Operacional Básica do SUS de 1996 ( NOB-SUS 96), que propunha o aperfeiçoamento da gestão dos serviços de saúde, buscando a plena responsabilidade do poder público municipal, e, ainda, a “reordenação do modelo de atenção à saúde”. Nesse sentido, estabeleceu que a atenção à saúde deveria compreender três grandes campos:

*“a) o da assistência (...)*

*b) o das intervenções ambientais, no seu sentido mais amplo, incluindo as relações e as condições sanitárias de vida e de trabalho (...)*

*c) o das políticas externas ao setor saúde, que interferem nos determinantes sociais do processo saúde-doença das coletividades, de que são partes importantes questões relativas às políticas macroeconômicas, ao emprego, à habitação, à educação, ao lazer e à disponibilidade e qualidade dos alimentos” (Brasil 1996). [grifos nossos]*

A NOB-96 estabelecia, ainda, que o novo modelo deveria resultar da ampliação do enfoque do modelo atual, com um enfoque epidemiológico, que atendesse ao compromisso da integralidade da atenção, incorporando ações individuais e relativas ao meio ambiente; um modelo “centrado na qualidade de vida das pessoas e do seu meio ambiente” (Brasil 1996).

Conforme observamos em toda a descrição feita acima houveram

importantes avanços no campo jurídico-legal. Por um lado, incorporam-se novos conceitos, nova abordagem na discussão e na proposta de ações de saúde como um todo e, em particular de saúde do trabalhador. Por outro, propõe-se a centralização dessas questões no setor saúde, definindo o SUS como coordenador da política de saúde do trabalhador. Entretanto, o modelo que vem se conformando prevê a participação/integração das instituições governamentais dos setores Saúde, Trabalho e Previdência. Em alguns momentos, como na II CNST, notamos claramente a proposta de redefinir atribuições, de alterar a lógica de funcionamento dessas instituições. Em outros, como nos documentos do Ministério, o que se observa é a tentativa de integrá-las, sem interferir muito em suas práticas, historicamente consolidadas.

## 5. ATENÇÃO À SAÚDE DO TRABALHADOR EM SÃO PAULO-SP: ASPECTOS DO MODELO DE ATENÇÃO NA PRÁTICA

Para facilitar a análise e discussão do(s) modelo(s) de atenção à saúde do trabalhador, a descrição foi feita pelos setores estudados (Saúde, Trabalho e Previdência), no município de São Paulo. Procedeu-se dessa maneira, porque esses setores têm relativa independência tanto em seu objeto, quanto em seu desenvolvimento histórico-institucional.

### 5.1. Saúde

Embora o SUS tenha diretrizes claras para evitar duplicidade de ação, indicando distintos níveis de responsabilidade por esfera do governo e a municipalização, no município de São Paulo, isso não se aplica. No âmbito do setor saúde, constata-se duplicidade das ações em saúde do trabalhador desenvolvidas pela Secretaria Municipal de Saúde e pela Secretaria de Estado da Saúde. Por esse motivo, a caracterização de cada serviço, municipal ou estadual, foi individualizada.

#### 5.1.1. Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo

Até a década de 1980, os serviços municipais de saúde de São Paulo não desenvolviam ações programáticas voltadas especificamente para os

trabalhadores. A prioridade sempre foi a atenção à mulher e criança, desenvolvida basicamente a partir da assistência médica individual. As vigilâncias epidemiológica e sanitária, historicamente, sempre estiveram sob a responsabilidade da Secretaria de Estado da Saúde (SES-SP), sendo que o município até aquele momento não desenvolvia ações nessa área.

A eleição de um governo de caráter democrático popular comprometido com a construção do SUS, que assumiu a prefeitura de São Paulo em 1989, viabilizou o espaço para implantar um novo modelo de atenção em saúde. Nesse contexto, em março de 1989, a Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (SMS-SP) implantou o Programa de Saúde do Trabalhador (PST)

*“(...) respondendo a uma antiga reivindicação do movimento sindical (...), e com o objetivo principal de introduzir o trabalhador dentro do Sistema Único de Saúde, equipando e treinando a rede municipal de saúde para o atendimento individual e coletivo dos agravos à saúde dos trabalhadores, criando assim as bases para influir na mudança das condições de trabalho” (Carneiro 1992).*

Na versão institucional

*“(...) o Programa de Saúde do Trabalhador da Prefeitura do Município de São Paulo foi proposto com o objetivo precípua de organizar formas de intervenção sobre os principais fatores de agravo à saúde, decorrentes dos diferentes processos de trabalho, produção, visando a implantação de política e práticas de prevenção, diagnósticos, atendimento e reabilitação da Saúde do Trabalhador” (São Paulo.SMS 1993).*

Para a incorporação institucional das ações de saúde do trabalhador na sua rede de serviços de saúde, a SMS-SP adotou a estratégia de implantar Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CRSTs), que são caracterizadas como:

*“(...) unidades especializadas, de modo a servir de retaguarda e constituírem-se como Centros articuladores das práticas de Saúde do Trabalhador na rede básica de saúde” (São Paulo.SMS 1993).*

Durante essa gestão, foram criados seis CRSTs em regiões

*“(...) em que havia maior concentração da população economicamente ativa e organização sindical e popular” (Carneiro 1992).*

É importante considerar, ainda, que a partir de 1993, com o início de uma nova gestão municipal, foram propostas modificações no modelo de atenção do município. Desde o início dessa gestão, o orçamento da saúde foi reduzido e desviado para outros setores e, ao final da gestão, foi deslocado para a implantação de um novo modelo de atenção, Plano de Atendimento à Saúde (PAS). O PAS é um sistema de cooperativas médicas formadas a partir de funcionários licenciados da prefeitura, agregados a outros, não pertencentes ao quadro próprio, que recebem verbas da SMS-SP para gerenciar os serviços que pertenciam à rede pública municipal. No final do governo, o PAS foi uma alternativa, de caráter privatizante, para o “caos” da saúde e para o SUS. Contudo, desde sua concepção, esse sistema vem sendo questionado e criticado por várias entidades e movimentos sociais, por se contrapor às diretrizes do SUS.

Durante toda essa gestão (1993-1996), os serviços municipais de saúde foram sucateados; as prioridades foram as obras viárias e não a saúde. Não houve investimentos em recursos humanos e materiais. Os CRSTs, que estavam em fase de implantação, sofreram ainda mais com a falta de investimentos e a evasão de alguns profissionais, comprometidos com o projeto inicial. A partir de junho de 1996, com a implantação do PAS, os CRSTs passaram a receber grande número de profissionais não aderentes às cooperativas, contudo sem formação ou compromisso com o projeto da saúde do trabalhador. Esses fatos comprometeram o desenvolvimento das atividades que vinham sendo executadas, bem como a implementação de novas.

Em julho de 1996 foi finalizado o processo de implantação do PAS.

Nesse processo, todas as Unidades Básicas e Hospitais do município passaram a ser gerenciadas pelas cooperativas. A SMS-SP manteve sob sua coordenação apenas os órgãos técnicos centrais e regionais, os CRSTs, o Hospital do Servidor Público Municipal, um Hospital Maternidade-Escola e algumas Unidades Básicas estaduais (municipalizadas na gestão 1989-1992), que se transformaram em Centros de Referência de DST/AIDS. Dessa forma, toda a rede básica de serviços de saúde municipal foi transferida para as cooperativas do PAS.

Desde então, o PST e os CRSTs não têm qualquer nível de integração com os serviços do PAS e da SMS-SP. Deve-se ressaltar também que nenhuma unidade básica do PAS desenvolve ações de saúde do trabalhador. Nesse sentido, as ações nessa área ficaram restritas aos CRSTs.

O Programa de Saúde do Trabalhador da SMS-SP tem os seguintes objetivos:

"Objetivo geral:

- *organizar formas de intervenção sobre os principais fatores de agravo à saúde, decorrentes dos diferentes processos de produção, visando a implantação de uma política e prática de prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação em saúde do trabalhador*

"Objetivos específicos:

- *realizar ações de vigilância à saúde, com avaliação dos riscos e agravos à saúde decorrentes dos ambientes e processos do trabalho, incluindo medidas preventivas necessárias;*
- *realizar encaminhamentos previdenciários, como emissão de laudos e relatórios necessários para o atendimento dos trabalhadores acidentados e portadores de doenças decorrentes ou relacionadas ao trabalho;*
- *realizar o atendimento ao trabalhador portador de doença profissional ou relacionada ao trabalho, desde a fase de investigação diagnóstica;*
- *assegurar o atendimento ao acidentado do trabalho através dos prontos-socorros, bem como as condições necessárias para o acesso posterior aos serviços de referência" (São Paulo.SMS 1997).*

Em 1997, existiam cinco CRSTs em funcionamento no município:

- CRST "André Grabois" (Sé)\*      ARS-1 (Centro)
- CRST Lapa      ARS-2 (Lapa - Butantã)
- CRST Moóca      ARS-4 (Penha)
- CRST Freguesia do Ó      ARS-7 (Santana - Tucuruvi)
- CRST Santo Amaro      ARS-9 (Santo Amaro)

\*Em 1993, o CRST Sé incorporou o CRST Itaquera (ARS-5), ficando responsável, além da região central do município, pela cobertura da área correspondente à da zona leste.

Os CRSTs são subordinados administrativamente às Administrações Regionais de Saúde (ARSs) e tecnicamente ao PST, do Centro para Organização da Atenção à Saúde (COAS). Isto significa que as propostas técnicas que são discutidas com o PST têm que ser submetidas às ARSs, que são as instâncias que viabilizam ou não sua implantação e/ou implementação.

Desde sua implantação, o PST estabeleceu um modelo de gestão, onde os CRSTs deveriam ser gerenciados por um conselho gestor, constituído por representantes dos usuários (50%) e representantes da administração e dos trabalhadores da unidade (50%). E a direção técnica deveria ser exercida por um coordenador técnico e um auxiliar de chefia.

As ações programáticas dos CRSTs estão compreendidas em três grandes áreas: vigilância em saúde no ambiente de trabalho; assistência à saúde; formação e pesquisa. A vigilância vem se desenvolvendo de modo contínuo e sistemático e *"se baseia no modelo epidemiológico de pesquisa aos agravos, nos diversos níveis da relação entre o trabalho e a saúde"*. A assistência vem sendo desenvolvida por profissionais de especialidades médicas e não médicas. Em relação à formação e pesquisa, podem ser destacadas as seguintes atividades: formação das equipes multiprofissionais dos

serviços; abertura dos serviços para estágios de graduandos e/ou pós-graduandos de cursos da área da saúde; desenvolvimento de projetos de pesquisa na área (São Paulo.SMS 1997).

Desde sua implantação, o PST-SP nunca padronizou uma tabela de lotação de pessoal (TLP) para os CRSTs. Todo CRST vem tendo autonomia relativa para definir a sua necessidade de recursos humanos, com quadro próprio de pessoal.

Para caracterizar melhor o perfil das equipes multiprofissionais, avaliou-se a tabela de pessoal dos CRSTs, no ano de 1996. As categorias que compunham as equipes eram: assistente social, educador em saúde pública, enfermeiro, farmacêutico-bioquímico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, psicólogo, sociólogo, terapeuta ocupacional, cirurgião dentista e médicos (clínico, dermatologista, do trabalho, ginecologista, neurologista, ortopedista, otorrinolaringologista, pneumologista, psiquiatra e sanitarista). Essa tabela registrava, ainda, a necessidade de outros profissionais, não disponíveis nos CRSTs naquele momento (advogado-procurador, engenheiro e médico oftalmologista). Observou-se a existência de uma variação importante tanto numérica, quanto qualitativa dos profissionais lotados em cada serviço, particularmente no que diz respeito aos especialistas.

Optou-se por descrever o funcionamento de um CRST para ilustrar melhor o modelo do município. O CRST Freguesia do Ó foi eleito por apresentar, na data da realização da pesquisa, o maior número de profissionais e diversidade de ações.

#### 5.1.1.a. O CRST Freguesia do Ó: o modelo em um serviço

O CRST FÓ iniciou suas atividades em 1990, como um programa

específico, junto à UBS Freguesia do Ó. Em 1993, com a disponibilidade de um equipamento para uso exclusivo, foi transformado em CRST, tendo como objetivo "(...) *prestar assistência ao acidente, a doenças do trabalho, com prevenção e promoção à saúde*". O gerenciamento do CRST é realizado por um coordenador técnico e um auxiliar de chefia. Segundo avaliação da coordenação, na prática, o conselho gestor não funciona; não tem reuniões ordinárias, atuando quando demandado pelos técnicos do serviço.

A área de abrangência do CRST FÓ vem sendo a área geográfica de toda a ARS-7. Atendia, preferencialmente, os trabalhadores dessa área e, em algumas situações, trabalhadores de outras regiões. Segundo a coordenação, geralmente os trabalhadores são encaminhados por: outros trabalhadores que fizeram uso do serviço; sindicatos; serviços de saúde; e Ministério Público.

O primeiro atendimento realizado é a triagem, que dá as orientações gerais e encaminha para consulta médica no CRST ou outros serviços. Os trabalhadores que permanecem no CRST sempre passam por uma consulta médica inicial, com um médico do trabalho. Após essa avaliação inicial, se necessário, o trabalhador é encaminhado para os demais profissionais do próprio serviço, sejam médicos ou não. Esse atendimento vinha sendo exclusivamente individual, nas seguintes especialidades: médicas (pneumologia, ortopedia, acupuntura e neurologia); e não médicas (psicologia, fisioterapia, terapia ocupacional, enfermagem, fonoaudiologia e serviço social).

Além do atendimento individual, há trabalhos em grupos realizados por técnicos de nível superior, à exceção dos médicos, que "*não têm interesse em participar*". Existiam três grupos temáticos: LER e qualidade de vida; raquialgia; e recepção e orientações gerais.

O serviço possuía salas/consultórios para o atendimento das

diversas especialidades, sala destinada especificamente para realização de audiometria e outra para fisioterapia, com alguns equipamentos básicos para esse fim. O CRST vinha realizando apenas a reabilitação física; quando necessária a reabilitação profissional, o trabalhador era encaminhado ao Centro de Reabilitação Profissional (CRP-INSS). Contudo, não existia qualquer relação institucional ou contato formal com o CRP-INSS, sequer para facilitar esses encaminhamentos.

As ações de vigilância foram iniciadas e implementadas a partir de demanda do Ministério Público. Deve-se ressaltar que o desenvolvimento desse campo de ações foi sempre aquém das expectativas e potenciais; a justificativa para tanto, era atribuída à inexistência de legislação específica do município sobre o tema.

O Ministério Público vem mantendo um convênio com a SMS-SP estabelecendo o papel assessor dos CRSTs para as questões relacionadas à saúde do trabalhador. Nesse sentido, os CRSTs vêm tendo a atribuição de avaliar ambientes de trabalho e elaborar laudos técnicos sobre as condições encontradas. O Ministério contata a empresa e negocia, com a participação de técnicos do CRST, a execução das medidas propostas nos laudos técnicos. O sindicato da categoria envolvida costumava ser convidado para participar da ação de vigilância, porém, nem sempre comparecia; já o representante dos trabalhadores na CIPA costumava participar.

Ações de vigilância podem se originar a partir de trabalhadores-pacientes atendidos pelo CRST. Contudo, essas situações eram pouco freqüentes e não desencadeavam ações de vigilância de forma direta pelo CRST. Eram primeiro transformadas em denúncia ao Ministério Público que, após abrir processo específico, desencadeava ritual semelhante ao descrito acima.

Para a realização das ações de vigilância, os técnicos da equipe multiprofissional do CRST-FÓ constituíram sete equipes de trabalho, sendo que algumas se especializaram em determinados "fatores de risco" como: solventes, poeiras, fibras e construção civil. Na avaliação do coordenador, essa organização do trabalho possibilitava uma "melhor qualidade" da vigilância, pois as equipes estariam mais capacitadas, aprofundando mais o conhecimento num tema específico.

A integração com o Ministério Público possibilitou, ainda, que se desenvolvesse a informatização das Comunicações de Acidente do Trabalho (CATs). O Ministério Público vem recebendo as CATs das agências do INSS, reencaminhando-as, por sua vez, ao CRST. Com a informatização, vem sendo possível o desenvolvimento de um sistema de vigilância de acidentes do trabalho, na região.

A relação do CRST com as demais instituições, que atuam no campo da saúde do trabalhador, é praticamente inexistente. Segundo o coordenador do serviço, a relação com o INSS era "amigável". Entretanto, foi destacado que, em algumas situações, os peritos do INSS descaracterizam onexo causal, entre os problemas apresentados e o trabalho, dos trabalhadores atendidos pelo CRST. A relação com a DRT, do Ministério do Trabalho, é inexistente. Não há, tampouco, qualquer relação com os SESMTs das empresas da região.

Após a criação do PAS, a relação com os serviços de saúde tornou-se mais limitada, conforme assinalado acima. Mesmo assim, foi realizado um treinamento para os serviços da região visando o atendimento ao acidentado do trabalho. Os Pronto-Socorros vinham atendendo os acidentados e encaminhando o respectivo relatório do atendimento (RAT) para o CRST. Contudo, não havia qualquer supervisão ou controle dessa atividade. Os acidentados que necessitassem acompanhamento

ambulatorial eram encaminhados para um hospital privado, conveniado ao SUS. Essa situação ocorria porque o CRST não estava estruturado para oferecer algumas especialidades fundamentais para o seguimento do acidentado, como ortopedia por exemplo.

### 5.1.2. Secretaria de Estado da Saúde

Desde o final da década de 1980, a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES-SP) vem tendo uma crescente diminuição na prestação direta de serviços à população e, particularmente uma pequena participação nas ações de saúde do trabalhador no município de São Paulo. Existem basicamente dois serviços que desenvolvem ações nessa área, que são: o Centro de Vigilância Sanitária (CVS) e o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador do Estado de São Paulo (CEREST), evolução institucional do antigo Programa de Saúde do Trabalhador da Zona Norte (PST-ZN).

O Centro de Vigilância Epidemiológica (CVE) é responsável pela coleta, análise e divulgação das informações relacionadas à epidemiologia. Porém, dada a precariedade do sistema de informação, seu papel vem sendo muito limitado. Por esse motivo, esse órgão não foi objeto de análise neste estudo.

A SES-SP definia seu papel, na área de Saúde do Trabalhador, como sendo:

- "- organizar e coordenar um sistema (REDE), capaz de articular as áreas integrantes;*
- desenvolver ação complementar, como referência terciária;*
- assessorar a implantação de ações nessa área;*
- fomentar a criação e manutenção dos serviços;*
- facilitar a troca de experiências, fomentando a criação e manutenção de serviços" (São Paulo.SES 1996).*

Desde 1994, como desdobramento de um projeto de cooperação técnica entre o Brasil e a Itália, a SES-SP vem coordenando uma rede de serviços de saúde do trabalhador (REDE).

*“A REDE vem se configurando como um sistema de articulação entre os serviços públicos de saúde que possuem interface na área de saúde do trabalhador e que se dispõem a executar procedimentos e rotinas estabelecidas em comum acordo entre seus integrantes” (São Paulo.SES 1996).*

#### • Centro de Vigilância Sanitária

O CVS é o órgão da Secretaria de Estado da Saúde responsável pela coordenação e assessoria técnica das ações de vigilância sanitária, em seus diversos campos. O CVS é constituído por várias divisões, sendo uma delas a Divisão de Saúde do Trabalhador (DVS).

Na concepção da atual direção, a Divisão de Saúde do Trabalhador *“(...) tem compreensão e atuação diferente das demais divisões do CVS”*, pois as ações de vigilância sanitária e epidemiológica deveriam ser integradas; o referencial para sua ação seria o da vigilância à saúde. Nesse sentido, não têm atuado no que tradicionalmente é considerado campo da vigilância sanitária.

Não existe qualquer relação entre essa divisão e as vigilâncias sanitárias (VISAs) do nível loco-regional, Diretorias e Núcleos de Saúde. As VISAs são responsáveis pelo desenvolvimento de ações de vigilância sanitária nas áreas de abrangência dos respectivos Núcleos de Saúde, aos quais são subordinadas administrativamente (no município de São Paulo, existem cinco Núcleos). Atualmente, as VISAs têm uma atuação muito limitada, praticamente nula, na área de saúde do trabalhador.

O objetivo principal da Divisão de Saúde do Trabalhador do CVS vinha sendo incentivar e apoiar tecnicamente os níveis locais e regionais

para a implantação e a implementação de ações na área de saúde do trabalhador. Para tanto, a Divisão vem concentrando seus esforços e ações na implementação da REDE.

• **Centro de Referência em Saúde do Trabalhador do Estado de São Paulo**

O CEREST, que é a evolução institucional do antigo Programa de Saúde do Trabalhador da Zona Norte (PST-ZN), iniciou suas atividades em 1986. Enquanto Programa, estruturado para ser desenvolvido em uma região específica do município de São Paulo, o PST-ZN se propunha a:

*"(...) oferecer, através de centros de saúde da região, serviços de atenção à saúde dos trabalhadores com ênfase particular para as patologias decorrentes do trabalho; e desenvolver atividades de intervenção nos ambientes de trabalho, com vistas a eliminar ou reduzir-lhes as agressividades, articulando as ações entre técnicos e trabalhadores"* (Costa et al. 1989).

Esse programa, apesar de localizado geograficamente na zona norte do município de São Paulo, desempenhou papel de destaque na assistência à saúde do trabalhador do município. Por ter sido o primeiro serviço de saúde da rede pública implantado com os referenciais da saúde do trabalhador, no município de São Paulo (SP), conquistou espaço como referência de serviço e, até mesmo, paradigma nessa área.

Desde o início da década de 1990, com a ampliação de suas ações e o aperfeiçoamento técnico de seus profissionais, a proposta inicial vem sendo reavaliada, tendo sido reformulados seus objetivos, no sentido de se transformar em um Centro de Referência em Saúde do Trabalhador para todo o Estado de São Paulo e não mais o programa de saúde do trabalhador da zona norte.

O CEREST e seus técnicos vinha pretendendo se consolidar

enquanto um centro de referência técnica e “cultural” na área de saúde do trabalhador para os municípios do Estado de São Paulo. Segundo a atual coordenação, seus objetivos eram:

- contribuir para que as questões da relação saúde e trabalho sejam incorporadas pelas ações de saúde pública;
- oferecer apoio e suporte técnico para que os municípios desenvolvam e consolidem ações para dar respostas às questões relativas à saúde e trabalho;
- desenvolver modelos, tecnologia, que possam contribuir para os serviços municipais.

O CEREST era vinculado diretamente à Coordenação de Saúde da Grande São Paulo, mas não tinha estrutura administrativa formal. Era gerenciado por um coordenador, auxiliado por coordenadores de setores: assistência, vigilância, informação e comunicação, e educação. O quadro de pessoal era composto por: 12 técnicos de nível superior, incluindo enfermeiro, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, médico e psicólogo; nove profissionais de nível médio e de apoio; e 15 aprimorandos das áreas de comunicação, engenharia, fisioterapia, fonoaudiologia e psicologia. As ações vinham sendo desenvolvidas, basicamente, em três áreas: assistência, vigilância e educação.

A assistência é centrada em problemas considerados “importantes”, a partir de critério epidemiológico (incidência e prevalência), político (“*demanda manifestada pela sociedade*”) e/ou cuja “*resposta ainda não está clara*”. Foram citados como exemplos desses problemas: LER; dor crônica; dermatose ocupacional; saúde mental e trabalho; trabalho do menor; e critérios de avaliação em audiometria.

A proposta do serviço era selecionar a clientela para desenvolver os “modelos” em temas específicos; não se propunha a atender toda a

demanda. Nesse sentido, era realizada uma triagem inicial, para dar algum tipo de resposta ao trabalhador: atender no próprio Centro os selecionados como *"casos de interesse"*, encaminhando os demais para os serviços mais próximos à sua origem, desde que possível (caso contrário, são atendidos). A demanda era proveniente de qualquer município do Estado e na sua maioria a procura é *"espontânea"* (ouviu falar, indicação de usuário). Havia, ainda, encaminhamentos de outros serviços públicos, INSS, sindicatos, poder judiciário, empresas.

A assistência era prestada através de atendimento individual, nas seguintes especialidades: medicina, fisioterapia, fonoaudiologia, saúde mental (psicologia). Existia aparelho para audiometria e sala com equipamentos para fisioterapia (100% do atendimento de fisioterapia era para casos de LER). A equipe multiprofissional vinha realizando, ainda, grupos de dor.

As ações de vigilância *"visa[va]m a criação de modelos tecnológicos"*. Trabalhava-se com projetos específicos, como ruído e questões relacionadas à organização do trabalho (LER). A *"inspeção"* realizada tinha, na maioria das vezes, o objetivo de avaliar uma situação específica e não o ambiente de trabalho como um todo. Essas ações eram realizadas em conjunto com a Vigilância Sanitária da região da empresa, ou isoladamente, utilizando o Código Sanitário do Estado e as definições da Constituição Federal, para conseguir entrar na empresa. Embora o CRST da região fosse convidado a participar, na maioria das vezes não participava. Os sindicatos das categorias envolvidas também eram convidados a participar.

O CEREST vinha desenvolvendo, ainda, um trabalho a partir da demanda *"qualificada"* do Ministério Público. Isto é, vinha prestando assessoria ao Ministério apenas em alguns casos, *"os mais complicados"*, que

exigiam uma abordagem mais específica, para a qual o serviço era tido como referência. Em algumas situações, a vigilância também podia ser desencadeada a partir de um caso atendido no próprio serviço.

A coordenação destacou, ainda, outras ações vinculadas à vigilância que vinham sendo desenvolvidas: criação de um centro de documentação e informação, que pudesse reunir informações dessa área; criação de sistema de informatização de dados de atendimento ambulatorial; e um sistema de informatização das CATs.

No âmbito da educação, o CEREST vinha atuando como campo de estágio para alunos de graduação e pós-graduação em algumas áreas. Vinha realizando, ainda, treinamentos e reciclagens para profissionais de outros serviços, inclusive da iniciativa privada, de outras regiões do país. Ofereciam estágios de aprimoramento em saúde do trabalhador, destinados a profissionais de nível superior da área da saúde, à exceção de médicos. E, quando solicitado, desenvolvia ações educativas (palestras) em fóruns sindicais.

A relação do CEREST com os CRSTs municipais vinha ocorrendo nos espaços da REDE, do projeto de cooperação técnica entre o Brasil e a Itália. A relação institucional com o INSS era limitada, restringindo-se à participação em alguns fóruns de discussão sobre temas relativos à área. Com a DRT, não mantinha qualquer relação institucional.

### **5.1.3. Análise das práticas em saúde do trabalhador no setor saúde**

Até 1989, apenas a SES-SP vinha atuando na área de saúde do trabalhador, no município de São Paulo (SP). Nesse ano, com uma nova gestão no governo municipal, a SMS-SP assumiu o compromisso de criar

um Programa de Atenção à Saúde do Trabalhador (PST) para ser desenvolvido pelos serviços de saúde municipais.

Deve-se destacar que a gestão municipal do período em que foi implantado o PST-SP, tinha como prioridade de governo as políticas sociais, entre elas a de saúde. Quando a SMS-SP propôs a criação desse programa, estava assumindo a saúde como direito do cidadão e dever do Estado. Nesse sentido, o município desenvolveu ações e serviços de saúde tendo o SUS como referência.

No plano teórico, as ações em saúde do trabalhador também foram desenvolvidas com base na diretriz fundamental da saúde como direito de cidadania, em que o Estado, no caso a administração municipal, assumia papel central e direto na coordenação e desenvolvimento das mesmas. Esse compromisso era expresso da seguinte forma:

*"A SMS entende como seu papel o atendimento ao trabalhador, de forma integral em todas as unidades (...)" (São Paulo.SMS 1992).*

Outro documento reforçava esses princípios, destacando que:

*"A partir de 1989 dando curso aos compromissos do SUS e respondendo a uma antiga reivindicação do movimento sindical, inicia-se na Secretaria Municipal de Saúde as ações de Saúde do Trabalhador. O estabelecimento da atividades em Saúde do Trabalhador foi considerado uma das prioridades da SMS. (...) A proposta do programa obedece aos princípios do SUS, contemplando a descentralização, hierarquização, regionalização, gerenciamento com participação popular, visando a atenção integral à saúde" (São Paulo.SMS s.d.).*

Como já apontado anteriormente, esse programa se diferenciou dos desenvolvidos até então por outros municípios ou estados, por ter sido assumido enquanto política pública municipal (Cavalcanti 1996). Considerando a conjuntura, o caráter da governo municipal e o modo como o PST-SP foi implantado pelo município bem como as diretrizes que o balizaram, fica claro o compromisso assumido, no sentido de o Estado,

no caso, a administração municipal, tomar para si a responsabilidade por essas ações.

Em relação à universalidade do atendimento algumas questões merecem ser destacadas. Por um lado, o PST-SP e os CRSTs representaram um avanço importante, garantindo o acesso universal e igualitário aos serviços, independentemente da condição previdenciária do trabalhador-usuário. No âmbito da assistência, os serviços implantados foram abertos à demanda de quem a eles recorresse, fosse ela de trabalhadores do setor formal, informal ou, ainda, desempregados. Nesse sentido, o PST-SP e os CRSTs assumiram o caráter universal, não restritivo, e se diferenciaram dos antigos Postos de Atendimento Médico (PAMs) do INAMPS, bem como dos SESMTs que, historicamente, foram dirigidos aos trabalhadores do setor formal.

Por outro lado, deve-se salientar que o avanço conseguido no plano da assistência não foi viabilizado no âmbito da vigilância. As ações dessa área vinham sendo dirigidas preferencialmente ao setor formal da economia e, muitas vezes, priorizando aqueles setores em que os sindicatos estavam melhor organizados.

Ainda em relação à questão da universalidade, é importante registrar outra limitação da proposta do PST-SP. Na medida em que a estratégia adotada para o desenvolvimento do programa foi a criação de CRSTs, a efetivação dessa diretriz ficou comprometida, particularmente no que se refere à cobertura da população trabalhadora e de ambientes de trabalho do município. O objetivo inicial era que esses Centros atuassem como fonte irradiadora, capacitando e estimulando as unidades de saúde da rede pública a desenvolverem ações de saúde do trabalhador, servindo de referência ou retaguarda para as mesmas. Isso não se deu e, apesar de algumas tentativas isoladas no sentido de viabilizar esse objetivo, o

programa ficou limitado aos cinco CRSTs, não se estendendo às unidades básicas, nem modificando e/ou melhorando a qualidade do atendimento ao acidentado do trabalho nos pronto-socorros e hospitais.

A capacidade de atendimento dos CRSTs é bastante limitada, viabilizando acesso concreto para uma pequena parcela dos trabalhadores do município. Nos três primeiros anos de funcionamento desses serviços (1989-91), período em que tanto a administração municipal, quanto os funcionários estavam muito envolvidos e estimulados, o número de trabalhadores atendidos foi cerca de dez mil (Carneiro 1992). Ressalte-se, ainda, que as ações desenvolvidas eram:

*“(...) dirigidas para os segmentos mais bem estruturados das atividades produtivas, onde os trabalhadores encontravam-se com uma melhor situação de inserção no mercado de trabalho, em relação por exemplo aqueles no mercado informal, e possuíam maior grau de organização” (Cavalcanti 1996).*

Deve-se reconhecer que a implantação de ações em saúde do trabalhador representou um avanço importante, tentando modificar o caráter das ações e contribuir para a consolidação do campo da saúde do trabalhador no município de São Paulo. Contudo, o PST-SP não conseguiu, até o momento, estender suas ações para além e para fora dos CRSTs. Salvo iniciativas isoladas e pontuais, não conseguiu sensibilizar e capacitar as UBSs para incorporarem as ações do programa, nem tampouco ampliar a abrangência das ações de vigilância a ambientes e processos específicos de trabalho.

O modelo de atenção implantado utilizou a referência teórica da determinação social do processo saúde-doença, onde o trabalho é categoria fundamental. Nesse sentido, as equipes de trabalho eram multiprofissionais e vinham atuando de forma a contextualizar o trabalhador em suas relações sociais e no processo de produção. O

trabalhador não seria apenas um indivíduo exposto à riscos e portador de *patologias do trabalho*, mas um sujeito social cuja saúde seria resultante dessas relações.

O modelo operário italiano, particularmente no que se refere à incorporação do saber operário, também influenciou o desenvolvimento desse programa. Nesse sentido, a maioria dos serviços desenvolvia atividades nas quais a participação dos trabalhadores era estimulada: grupos para discussão de alguns temas específicos; e as "*frentes de trabalho*", nas ações de vigilância do CRST - Santo Amaro.

A vigilância em saúde foi considerada estratégica, tendo se constituído uma nova prática em serviço, até então inexistente. As ações de vigilância dos ambientes de trabalho, desenvolvida por equipes multiprofissionais dos CRSTs, com a participação dos trabalhadores, apresentavam caráter central de prevenção e/ou orientação e não mera ação fiscalizatória e/ou punitiva. As ações de vigilância têm o objetivo de conhecer o ambiente e intervir no mesmo, buscando transformar os condicionantes da saúde do trabalhador.

É importante considerar que as ações de vigilância em saúde começaram a ser desenvolvidas pela administração municipal somente a partir de 1989. E, ainda, estavam em fase de implantação, quando ocorreu a mudança da gestão municipal, em 1993. A nova gestão tinha um projeto de privatização da saúde que, esvaziou a SMS-SP técnica e financeiramente, culminando com a implantação do PAS. Os serviços do PAS ficaram responsáveis apenas pelo atendimento individual e curativo, cabendo aos órgãos, de níveis central e regionais, da estrutura da SMS-SP o desenvolvimento das ações de caráter coletivo. Nesse sentido, apesar da manutenção dos CRSTs, essa mudança de orientação da política de saúde do município repercutiu no programa de saúde do trabalhador.

Nesse cenário, a possibilidade de desenvolver ações em saúde do trabalhador na rede básica, que já encontrava limites mesmo na gestão que havia implantado o PST-SP, ficou praticamente inviabilizada. O programa não tem qualquer ascendência e/ou integração com as unidades do PAS. Até o momento, as unidades do PAS não desenvolveram ações em saúde do trabalhador. Os CRSTs, que deveriam ser a referência secundária para os serviços da rede pública municipal, perderam esse papel.

O retrocesso que essas medidas representaram para o modelo de atenção à saúde em geral e, particularmente, à saúde do trabalhador é bastante significativo. A partir de 1989, o projeto de modelo de atenção à saúde vinha tentando superar históricas dicotomias entre individual *versus* coletivo e prevenção *versus* cura. Contudo, a magnitude da mudança na política do governo municipal contribuiu para desestruturar os alicerces ainda frágeis do projeto que vinha sendo construído.

Em relação à integralidade, foram observados alguns limites para a sua efetiva incorporação na prática dos CRSTs. Antes de iniciar a análise dessa *praxis*, é importante relembrar algumas questões sobre esse tema. A integralidade na atenção à saúde pode se efetivar ao nível do atendimento individual, ou seja, cada profissional abordando o indivíduo como um todo indivisível, com história e inserção social específicas. E ao nível da organização dos serviços, por meio do trabalho em equipe multiprofissional de cada serviço e, ainda, na relação complementar e integrada de vários serviços.

No entanto, deve-se considerar que o modo como a prática médica foi estruturada historicamente, centrada em procedimentos curativos e individuais, interfere negativamente no desenvolvimento de uma atenção integral (Campos 1992). Acresça-se a esse fato, o processo crescente de especialização das profissões da saúde, que também tem dificultado a

implementação dessa integralidade.

Pela análise da rotina do CRST-FÓ, constatou-se os limites para se implantar e implementar uma atenção integral na prática. Os trabalhadores que recorriam àquele serviço eram atendidos, primeiramente, por um médico do trabalho. A partir dessa avaliação inicial, o trabalhador permanecia em seguimento com o próprio médico do trabalho ou, então, era encaminhado para outros profissionais do serviço. Um profissional encaminhava o trabalhador para outro, e assim sucessivamente, quantas vezes fossem necessárias, sem que houvesse qualquer discussão conjunta sobre o caso. É importante ressaltar que esses atendimentos eram sempre individuais, não havendo espaço institucional para a integração desses profissionais; na maioria das vezes, esses atendimentos eram desarticulados das ações de vigilância, restringindo-se apenas a uma abordagem individual do problema.

Em relação à responsabilização da equipe do serviço pelo trabalhador, deve-se considerar que pela metodologia adotada a análise desta categoria ficou um pouco prejudica. Contudo, pelo que se pode constatar do trabalho dos CRSTs com vários profissionais/especialistas não estruturados em equipes, sem espaços institucionais de articulação de suas práticas, e a lógica do modelo de repasses internos e/ou externos, envolvendo outras instituições, pode-se deduzir que não houve avanço no sentido de uma efetiva responsabilização do serviço pelo trabalhador.

A saúde do trabalhador é um campo complexo que envolve, idealmente, ação intersetorial, não restrita à área da saúde. Para se implementar um projeto que tenha por objetivo a promoção da saúde, seriam necessárias mudanças político-estruturais mais profundas, que repercutissem nas condições de vida e de trabalho da população trabalhadora. Restringindo essa abordagem às questões relacionadas ao

trabalho, as ações de vigilância teriam papel fundamental na promoção da saúde dos trabalhadores. Foi exatamente neste item, na vigilância, que se encontrou um dos principais limites do PST e dos CRSTs do município de São Paulo.

A proposta da vigilância em saúde do trabalhador contempla a integralidade das ações. A vigilância à saúde é entendida como uma prática sanitária que integra diferentes saberes e práticas, articulando as ações suscitadas pela presença de doença, com as ações suscitadas pela qualidade de vida, na ausência da doença (Souza e Kalichman 1992; Mendes et al. 1993). Nesse contexto, a vigilância na área de saúde do trabalhador poderia ser entendida como:

*“(...) um processo de articulação de ações de controle sanitário no sentido de promoção, proteção e atenção à saúde dos trabalhadores”*  
(Machado 1997).

Nesse sentido, a integralidade seria condição básica e consequência direta da prática da vigilância. Além de articular as ações de dimensão individual com as coletivas, essa prática possibilitaria a integração intersetorial.

Considerando esses aspectos teórico-conceituais, nota-se que o potencial integrador da vigilância, apesar de reconhecido no discurso, não foi suficientemente explorado no modelo desenvolvido no município de São Paulo. As ações de caráter individual, predominantemente clínicas e assistenciais, prevaleceram no decorrer do programa e, na maioria das vezes, não se articularam às ações coletivas. No CRST-FÓ, raras foram as vezes em que o atendimento individual desencadeou ações de vigilância; a maior parte dessas ações vinham sendo realizadas a partir de demandas do Ministério Público. Deve-se ressaltar que essa prática era mais abrangente, não se restringindo a um único serviço, como se pode deduzir

da avaliação do PST, no período 1991-93:

*"(...) as ações de atenção individual passa[ra]m, muitas vezes, a representar a maior parcela da demanda dos CRST's, quando na realidade estes serviços deveriam ter o papel prioritário e fundamental no desenvolvimento de ações de caráter coletivo" (Cavalcanti 1996).*

O CRST Santo Amaro, que desde o início de suas atividades teria investido bastante na vigilância, desenvolvendo-as na forma de "*frentes de trabalho*", teria realizado apenas 58 frentes, nos três primeiros anos de seu funcionamento (Cavalcanti 1996). É importante salientar que a conjuntura político-institucional nesse período foi a mais favorável que esses serviços experimentaram. Deve-se considerar, ainda, que as mudanças significativas e o retrocesso ocorrido na SMS-SP certamente repercutiram negativamente na continuidade dessas ações.

Associam-se a esses problemas, limitações de caráter estrutural relativas à organização do sistema de vigilância no Brasil. Apesar da prática institucional de ações de vigilância remontarem ao final do século passado, sua sistematização e oficialização só ocorreram em meados da década de 1970. O maior problema é que esse processo de legalização consolidou a dicotomia de duas vigilâncias, a sanitária e a epidemiológica, que sempre atuaram de forma dissociada, sem qualquer integração. Como já avaliado por outros autores (Mendes 1993; Cavalcanti 1996), essa questão tem contribuído para a fragmentação da intervenção sobre os problemas de saúde.

Ainda em relação à vigilância, particularmente na área da saúde do trabalhador, deve-se considerar a existência de mais um fator limitante, de caráter estrutural. O setor saúde e seus técnicos vêm enfrentando uma disputa com os técnicos do Ministério do Trabalho e seus órgãos, que sempre detiveram o monopólio da **fiscalização** das relações trabalhistas e dos ambientes de trabalho. Esse conflito de competências é utilizado pelo

capital no sentido de dificultar o acesso dos profissionais da saúde aos ambientes de trabalho e, conseqüentemente, o próprio projeto de vigilância nessa área.

Seria lógico esperar que um projeto de vigilância na área de saúde do trabalhador coordenado pelo setor saúde, que pressupõe a integração de ações dos diversos setores envolvidos, encontraria resistências importantes. Nesse sentido, apesar do aparato jurídico-legal, que atribuiu ao SUS a coordenação e a execução das ações de vigilância na área de saúde do trabalhador, na prática, esse projeto ainda não foi efetivado. O PST e os CRSTs tentaram operacionalizar seu projeto teórico, mas os limites e resistências encontrados foram maiores. Esses serviços não se credenciaram nem foram reconhecidos enquanto autoridades sanitárias, o que os vem impedindo de ter acesso a ambientes de trabalho, avaliar situações de risco e, no limite, aplicar sanções. Ou, como já foi expresso:

*"(...) apesar de para o PST/SP, e conseqüentemente para os CRST's, as ações de vigilância deveriam estar prioritariamente voltadas para a dimensão educativa que buscasse a sua transformação através da participação efetiva dos trabalhadores enquanto sujeitos deste processo, em alguns momentos tem havido necessidade da aplicação de punições, principalmente às empresas reincidentes e naquelas resistentes às mudanças" (Cavalcanti 1996).*

Segundo avaliação do coordenador de um dos CRSTs,

*"(...) foi um equívoco não termos aproveitado a brecha [da administração municipal de 1989-92] para trabalhar na vigilância, entrar na empresa. Esperou-se a formalização legal (...) Devia ter feito um decreto, pois tinha a legislação a favor".*

Ou seja, com uma gestão municipal comprometida com o projeto da saúde do trabalhador e com poder para intervir em possíveis conflitos, dever-se-ia ter aproveitado melhor a conjuntura política favorável e ousar mais: avançando, ocupando e consolidando o espaço da vigilância na prática.

Em relação à reabilitação, uma das ações básicas que compõem a

atenção integral à saúde, é importante destacar que os avanços conseguidos foram limitados. Alguns CRSTs vinham desenvolvendo, parcialmente, a reabilitação física; trabalhadores com limitações funcionais, devido a seqüelas de acidentes ou LER, realizavam atividades de fisioterapia e terapia ocupacional. Porém, não havia serviço de referência para os casos mais complexos, que necessitassem de cirurgias ou próteses. E, ainda, os trabalhadores que necessitassem de reabilitação profissional eram encaminhados ao INSS, único serviço que vinha realizando essa atividade.

O controle social é um dos princípios fundamentais que diferenciam o PST e os CRSTs de seus congêneres. Desde sua implantação, os CRSTs deveriam estar sendo gerenciados por conselhos gestores, compostos por representantes de usuários, funcionários e administração. Por se tratar de uma experiência nova, de caráter democrático e instituinte, os conselhos gestores vêm enfrentando vários tipos de dificuldades para sua efetiva implementação. Na prática, o conselho gestor não conseguiu assumir o papel de gestor do serviço; sua atuação vem se restringindo a responder algumas questões específicas, na maioria das vezes, de forma subordinada à orientação de técnicos do serviço.

Na década de 1990, a atuação institucional da SES-SP na área da saúde do trabalhador, no município de São Paulo, vem se limitando às vigilâncias sanitária e epidemiológica e ao CEREST. Em relação à vigilância dos ambientes de trabalho, a atuação das cinco VISAs existentes tem sido limitada; atuam basicamente a partir de demandas, sem nenhum projeto técnico específico. O CVS, a instância técnica de coordenação das VISAs, não vem assumindo esse papel, nem o de controle em relação às mesmas. As ações vêm sendo desenvolvidas na dependência do interesse e da iniciativa pessoal dos técnicos lotados nessa estrutura.

Por sua vez, o CEREST tem um projeto de se tornar uma "(...) *referência técnica e cultural na área de saúde do trabalhador, para todos os municípios do Estado de São Paulo*". As ações de assistência e vigilância têm abrangência limitada e estão vinculadas e coerentes com os interesses do serviço, no sentido de se consolidar enquanto esse tipo de referência. Pretende-se que esse serviço seja transformado em um centro de excelência, com estrutura especializada e independente, um "Instituto de Saúde do Trabalhador", como alguns similares na Itália, Finlândia e Suécia. Nesse sentido, esse instituto seria a referência nos campos da assistência, pesquisa e ensino na área. Como se pode constatar, esse serviço assumiu um caráter diverso dos demais e, por isso, não foi avaliado da mesma forma neste estudo.

Ainda em relação à atuação da SES-SP na área de saúde do trabalhador, no município de São Paulo, é importante considerar que sob sua coordenação direta havia uma rede de serviços considerável: 131 UBSs, 15 ambulatórios de especialidades e 10 hospitais. Ou seja, no município mais importante do país não se viabilizou a municipalização dessa rede estadual. Além desses serviços, com raríssimas exceções, não virem desenvolvendo qualquer ação em saúde do trabalhador, tampouco havia integração institucional dessa rede estadual com o PST e os CRSTs.

Constata-se uma contradição entre o discurso e a prática da SES-SP, nas áreas da saúde do trabalhador. No plano discursivo e teórico, o papel de coordenação política e assessoria técnica, que vem sendo manifestado nos últimos anos, é coerente com as diretrizes do SUS e as orientações do Ministério da Saúde. Esse papel se aplicaria numa realidade onde a municipalização dos serviços de saúde tivesse sido efetivada. Não era o caso do município de São Paulo, até julho de 1998. Nesse sentido, como a SES-SP era responsável direta por cerca de metade da rede de serviços

públicos de saúde existentes no município, não deveria limitar seu papel ao plano de referência e assessoria, devendo se envolver concretamente na elaboração e execução das ações do PST.

No município de São Paulo, pode-se observar a não integração e a desarticulação dos serviços do setor saúde, relacionados com a saúde do trabalhador, entre as esferas de governo estadual e municipal. A proposta do Sistema Único de Saúde busca, no mínimo, superar essa duplicidade irracional de serviços e/ou ações de saúde numa mesma base territorial.

## 5.2. Trabalho

As ações desenvolvidas pelo setor trabalho ao nível do município de São Paulo são efetivadas através da Delegacia Regional do Trabalho no Estado de São Paulo (DRT-SP). Por isso, é importante situar as DRTs na estrutura do Ministério do Trabalho (MTb).

As DRTs foram implantadas a partir de 1940, porém sua regulamentação só ocorreu em 1957. Por esse regimento as DRTs subordinavam-se diretamente ao MTb e tinham como finalidade: orientar, executar e fiscalizar, na esfera de sua jurisdição, o cumprimento das leis de proteção do trabalho, bem como outros encargos do MTb, que lhes fossem legalmente conferidos. As DRTs se fortaleceram a partir da descentralização das ações do MTb, a ponto de hoje reproduzirem, em menor escala, a estrutura ministerial (Oliveira 1994).

No Estado de São Paulo, a DRT-SP possui uma sede, na capital, e sub-sedes regionais, em algumas cidades do interior. A área atuação da sede da DRT-SP abrange além da capital, os demais municípios da Grande São Paulo se estendendo a outros municípios do interior.

A estrutura da DRT-SP é composta, basicamente, por duas divisões: a de Proteção ao Trabalho (DPT) e a de Segurança e Saúde do Trabalhador (DSST). A DPT é responsável pela fiscalização das relações de trabalho, *“cuida do cumprimento da legislação trabalhista em geral”*; e a DSST é responsável pela fiscalização das questões referentes à *“segurança e medicina do trabalho”*. A DRT-SP utiliza como referência para o desenvolvimento de suas ações, basicamente, dois instrumentos legais: o Regulamento da Inspeção do Trabalho (RIT) (Brasil 1965) e a CLT, particularmente suas Normas Regulamentadoras (NRs) (Segurança 1991).

É importante destacar que a atuação da DPT tem relação direta com a saúde do trabalhador, pois seu papel é garantir o cumprimento das determinações legais referentes às relações de trabalho. Essas ações teriam fundamental importância para um projeto de saúde do trabalhador, no qual a saúde fosse concebida como resultante das relações entre capital e trabalho, no processo de produção (Brasil 1994). Pelas características deste estudo, optou-se por não analisar essa atuação específica do Mtb.

De acordo com a Norma Regulamentadora n° 1 (NR-1)

*“(...) a Delegacia Regional do Trabalho - DRT, nos limites de sua jurisdição, é o órgão regional competente para executar as atividades relacionadas com a segurança e medicina do trabalho, (...) e a fiscalização do cumprimento dos preceitos legais e regulamentos sobre segurança e medicina do trabalho”* (Segurança 1991).

As competências da DRT, segundo a mesma NR, são:

- “a) adotar medidas necessárias à fiel observância dos preceitos legais e regulamentares sobre segurança e medicina do trabalho;*
- “b) impor as penalidades cabíveis por descumprimento dos preceitos legais e regulamentares sobre segurança e medicina do trabalho;*
- “c) embargar obra, interditar estabelecimento, setor de serviço, canteiro de obra, frente de trabalho, locais de trabalho, máquinas e equipamentos;*
- “d) notificar as empresas, estipulando prazos, para a eliminação e/ou neutralização de insalubridade;*
- “e) atender requisições judiciais para a realização de perícias sobre*

*segurança e medicina do trabalho nas localidades onde não houver Médico do Trabalho ou Engenheiro de Segurança do Trabalho, registrado no MTb” (Segurança 1991).*

E, de acordo com a atualização realizada pelo Decreto No. 1643, de 25 de setembro de 1995, que aprova a estrutura do MTb:

*“(...) às Delegacias Regionais do Trabalho, subordinadas diretamente ao Ministério de Estado, compete coordenar, orientar e controlar, na área de sua jurisdição, a execução das atividades relacionadas com a fiscalização do trabalho à inspeção das condições ambientais de trabalho, a orientação ao trabalhador, o fornecimento de carteira de trabalho e previdência social, a orientação e o apoio ao trabalhador desempregado, a mediação e a arbitragem em negociação coletiva, a conciliação de conflitos trabalhistas, a assistência na rescisão do contrato de trabalho, em conformidade com a orientação e normas emanadas do Ministério do Trabalho” (Brasil 1995).*

Considerando o objetivo deste estudo, a análise do setor trabalho foi focalizada nas ações desenvolvidas pela DSST. Essa divisão é composta por três seções: a de Programas e Prevenção de Acidentes do Trabalho (SPPAT); a de Controle e Avaliação (SCA); e o Plantão Tecno-Operacional (PTO). As competências da DSST-SP, são:

- “a) FISCALIZAR a área de Segurança e Saúde do Trabalhador*
- “b) MEDIAR acordos coletivos, entre sindicatos, patronato e poder público, na área de segurança e saúde do trabalhador*
- “c) COLABORAR na elaboração das NR - Normas Regulamentadoras da CLT*
- “d) ORIENTAR a coletividade na aplicação das NR - Normas Regulamentadoras da CLT*
- “e) REGISTRAR e CONTROLAR os SESMTs e CIPAs das empresas*
- “f) CREDENCIAR entidades para ministrar cursos para cipeiros*
- “g) ORIENTAR sobre PAT - Programa de Alimentação do Trabalhador*
- “h) EXECUTAR a CANPAT - Campanha Nacional de Prevenção de Acidente do Trabalho*
- “i) ATENDER as demandas de órgãos públicos” (Brasil.MTb.DRT-SP 1997).*

O PTO é responsável pela fiscalização dos ambientes de trabalho.

As ações de fiscalização são realizadas por agentes de inspeção: médicos do trabalho, engenheiros e técnicos em segurança. As inspeções eram desencadeadas a partir de denúncias e/ou ordens de serviço emitidas pela chefia do setor, que definia as prioridades. As denúncias eram originadas de: trabalhadores individuais, sindicatos, Ministério Público e anônimas; e costumavam seguir um fluxo determinado: eram registradas em impresso próprio e encaminhadas ao protocolo para constituir um processo.

Segundo um agente de inspeção entrevistado, as prioridades do PTO para realização de inspeção vinham sendo: acidente fatal, acidente grave, iminência de acidente, ocorrência de acidente ou intoxicação. As doenças relacionadas ao trabalho, como a LER, por exemplo, não foram consideradas prioridades, pois *“podem esperar um pouco mais para serem avaliadas”*. A chefia do PTO designava um agente, engenheiro ou médico, para a inspeção. O agente recebia o processo e tinha, a partir de então, um prazo de oito dias para realizar o serviço e apresentar relatório padronizado.

Na maioria das vezes, a inspeção vinha sendo realizada por um único agente. Em algumas situações poderia haver a participação de mais um ou dois agentes, *“especialistas”* em alguns ramos ou equipamentos, ou por ser considerado importante a presença de um engenheiro e/ou um médico para realizar determinadas avaliações.

O objetivo da fiscalização era *“(...) verificar a aplicação da portaria 3214 [que estabelece as NRs]; não tem caráter educativo. (...) fiscalizar o cumprimento da portaria, autuar, embargar, notificar”*. É importante destacar que os profissionais, em atividade em 1997, nunca haviam recebido qualquer tipo de orientação e/ou treinamento para o desempenho de sua função.

A ação de inspeção/fiscalização não era padronizada, embora fosse

embasada em leis, decretos, portarias e normas. As referências básicas utilizadas na ação de fiscalização eram o Regulamento da Inspeção do Trabalho (RIT) e as NRs. Na prática, os agentes têm um roteiro informal e não sistematizado de inspeção/fiscalização, que foi desenvolvido pela impossibilidade de se fiscalizarem todos os detalhes das normas. Esse roteiro tinha um componente comum a vários agentes, que parece ter sido resultado de um consenso progressivo entre eles sobre o que seria mais importante, e um sem número de componentes particulares a cada agente.

De acordo com o RIT, a competência dos médicos do trabalho e engenheiros é:

- "a) inspecionar os locais de trabalho, a fim de verificar o cumprimento da legislação de medicina, higiene e segurança do trabalho;*
- "b) proceder às verificações locais, promovendo, quando fôr o caso, o levantamento da respectiva ficha cadastral;*
- "c) realizar perícias, no campo de suas atribuições, emitindo laudos e relatórios;*
- "d) fazer coleta de materiais, nos locais de trabalho, a fim de que possam ser analisados;*
- "e) proceder a pesquisas no campo da fisiologia do trabalho, da patologia ocupacional, da toxicologia industrial, da higiene e segurança do trabalho e da medicina preventiva do trabalho;*
- "f) determinar medidas técnicas de proteção ao trabalho, de imediato e irrecusável cumprimento pelo empregador, sempre que comprove a existência de perigo iminente para a saúde ou para a segurança dos trabalhadores;*
- "g) lavrar os competentes autos de infração pela inobservância das exigências constantes das notificações extraídas, referentes às disposições legais de higiene e segurança do trabalho" (Brasil 1965).*

Na maioria das vezes, a inspeção/fiscalização das empresas era realizada em duas visitas. A primeira tinha por objetivo a entrega da notificação para apresentação dos documentos (NAT), solicitando à empresa os documentos considerados essenciais e necessários. Nessa visita era marcada uma data para o retorno quando, então, seriam entregues os documentos e realizada a inspeção propriamente dita. Nas

pequenas empresas, uma única visita podia ser suficiente para completar toda a inspeção.

Quando se verificava(m) irregularidade(s) na inspeção/fiscalização, procedia-se aos encaminhamentos de rotina: notificação, autuação ou embargo da empresa. Esse “resultado” não era construído sobre regras lógicas ou únicas, dependendo do agente envolvido, o que fica mais claro no relato de um deles:

*“(...) a proposta/orientação é para autuar. Mas, a gente tem que ver outras questões. Se tem uma empresa que tem muitos problemas, de repente ela não tem como arcar com as multas; aí pode fechar. Então, temos que ver a questão social. Por outro lado, se a gente não dá nenhuma multa, eles acham que a ação não vale nada, não ficam preocupados”.*

Além das ações de rotina, vinham sendo desenvolvidos alguns programas especiais. Em 1997, estavam em desenvolvimento os programas de normatização e fiscalização da construção civil, dos condutores, dos comerciários, do benzeno, das padarias, das injetoras plásticas, da LER e do trabalho do menor. A demanda para a organização desses programas foi originada de sindicatos, do Ministério Público, ou dos próprios agentes.

A participação de sindicatos de trabalhadores nas inspeções realizadas pela DRT-SP geralmente ocorria nos programas descritos acima e quando a denúncia era encaminhada pelo Ministério Público. Na maioria das vezes, os trabalhadores não tinham qualquer participação; nem mesmo os representantes da CIPA de empresas.

Em 1997, trabalhavam na DRT-SP cerca de 90 agentes de inspeção, divididos entre médicos do trabalho e engenheiros, com discreta predominância de engenheiros; ingressaram na instituição em igualdade numérica, mas saíram mais médicos do que engenheiros. Segundo avaliação dos próprios agentes, esse fato não interferia no

desenvolvimento das ações, uma vez que as duas categorias vinham desempenhando as mesmas funções. Exceção a isso era quando, em situações especiais, havia necessidade de avaliação técnica específica.

Existiam, ainda, dez técnicos de segurança, que vinham tendo uma função bastante limitada. De acordo com um entrevistado "(...) o que interessa na DRT é o poder de fiscalizar, interditar, multar, autuar" e os técnicos de segurança não tinham esse poder. Como consequência desse fato, o contingente desses profissionais vinha sendo reduzido e sua atuação vinha sendo cada vez mais limitada. No momento do estudo, os técnicos de segurança limitavam-se a acompanhar agentes, ou a realizar visitas com o objetivo específico de "coletar informação", para subsidiar uma inspeção que seria realizada posteriormente, por agentes.

De outubro de 1996 a abril de 1997, o trabalho da DRT-SP estava centrado na Campanha Nacional de Combate aos Acidentes do Trabalho (CANCAT). A CANCAT, que é um projeto do MTb com as DRTs, objetiva direcionar as ações de inspeção para empresas/ramos de atividade que apresentaram maior incidência de acidentes fatais e graves, com afastamento, nos 3 anos que antecediam o levantamento realizado pelo MTb. O Ministério pretendia que, após o término da Campanha, essas ações passassem a constituir programas específicos. Durante esse período, os agentes alteraram sua rotina de trabalho, fiscalizando 30 empresas por mês; a média mensal era de 18 a 20 inspeções.

Em março de 1997, a SPPAT, que é a seção responsável pelo controle dos SESMTs, possuía um único funcionário, o chefe. Uma atribuição importante dessa seção, além de cadastrar os SESMTs e seus respectivos profissionais, seria o de fiscalizar o cumprimento da NR-6, o Programa de Proteção a Riscos Ambientais (PPRA). Esse programa, que tem como objetivos identificar, avaliar e controlar os riscos existentes nos ambientes

de trabalho, deveria estar sendo desenvolvido por todas as empresas com potencial de gerar riscos ambientais. O cadastro dos SESMTs só começou a ser informatizado a partir de 1996 e, por isso, as informações estavam incompletas e não disponíveis para este estudo; isso impossibilitou a obtenção de dados referentes às empresas com SESMTs, no município de São Paulo. De acordo com o responsável, não seria papel da DRT-SP avaliar e/ou fiscalizar as ações desenvolvidas por esses serviços; *“O SESMT é da empresa. Portanto, cabe a mesma cobrar de seus funcionários o desempenho de suas atribuições”*.

Segundo os entrevistados, a relação da DRT-SP com as outras instituições, que atuam na área de saúde do trabalhador, era irregular. Com o INSS, a relação existente foi considerada *“precária”*. Pois, embora houvesse um acordo prévio entre ambas as instituições, o INSS não vinha enviando, com a devida regularidade, as cópias das CATs para a DRT-SP. Com o setor saúde, tanto municipal quanto estadual, considerou-se que não havia *“nenhuma integração”*. Dos seis agentes entrevistados, quatro referiram nunca terem realizado qualquer ação com órgãos da saúde; um disse ter realizado uma única inspeção com profissionais da SES-SP, em 12 anos de trabalho na instituição; e outro agente relatou ter participado de uma inspeção conjunta, envolvendo a SES-SP e a SMS-SP, e concluiu dizendo que *“isso não dá certo, tem conflito de atribuições”*. Com o Ministério Público, considerou-se existir um trabalho mais integrado.

### **5.2.1. Análise das práticas em saúde do trabalhador no setor trabalho**

Em relação às práticas do setor trabalho, deve-se considerar como uma questão fundamental o caráter dessas ações. O MTb, particularmente

a DRT, vem sendo responsável tanto pela execução direta de algumas ações, quanto pela normatização e coordenação de ações realizadas pelas empresas, através de seus SESMTs. Na prática, o que se pode observar em relação a essas últimas ações foi que o MTb controla apenas o cumprimento da lei, fiscalizando se as empresas constituíram o SESMT ou, pelo menos, elaboraram um PCMSO. A DRT não se responsabilizava pelo acompanhamento e supervisão das ações executadas pelas empresas; os técnicos da DRT atribuíam às empresas a responsabilidade de controlar os serviços e/ou programas executados em seu interior.

Desde a década de 1970, quando houve o agravamento das condições de trabalho, o Estado brasileiro definiu e aprofundou sua política para a área: a implantação de serviços médicos, vinculados diretamente ao capital (os SESMTs), sem nenhuma participação dos trabalhadores e sem qualquer controle e/ou supervisão do mesmo. O papel do Estado tem se limitado a fiscalizar a implantação de SESMTs pelas empresas e a cadastrá-los, de forma burocrática. Ou seja, o Estado não tem assumido qualquer papel em relação ao funcionamento desses serviços.

O Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO), normatizado por meio da NR-7 (**Brasil.MTb 1994**), caracteriza ainda mais esse papel assumido pelo MTb. Criou-se mais um programa, com o objetivo de "*promover e preservar*" a saúde dos trabalhadores, porém, vinculado ao capital e, novamente, sem a participação e controle dos trabalhadores e/ou do Estado. Novamente, o papel do MTb/DRT tem se limitado a fiscalizar o cumprimento da Norma, ou seja, se o programa vem sendo cumprido; parece nunca ter sido objetivo do MTb monitorar e/ou avaliar sua execução.

É importante registrar que a NR-7 foi oficializada por portaria do

MTb, após a II CNST que em suas resoluções detalhava a diretriz, deliberada desde a I CNST, da incorporação das questões relativas à saúde do trabalhador por todos os serviços de saúde do SUS. Com essa medida, o MTb desrespeitou as deliberações de um fórum amplo e democrático, como a CNST, que teve a participação de representantes de todos os setores envolvidos com a questão saúde e trabalho, inclusive do próprio MTb e do empresariado.

Nesse contexto, o PCMSO pode ser interpretado como uma alternativa, de caráter conservador, ao SUS. Pode responder aos interesses corporativos, dos médicos do trabalho, e do capital; contudo, não responde aos interesses e necessidades dos trabalhadores.

É importante destacar, ainda, que a atuação do MTb/DRT é voltada essencialmente para o setor formal da economia. E, ainda, em decorrência da sua capacidade operacional limitada, apenas uma pequena parcela desse setor é coberta por essas ações. Existiam cerca de 90 agentes, na DRT-SP, para fiscalizar as empresas de todos os ramos da economia (indústria, comércio, prestação de serviços) do município de São Paulo, Grande São Paulo e alguns municípios do interior. Ressalte-se que essa disparidade entre o número de agentes e de locais a serem fiscalizados é crônica, no país (Oliveira 1994).

Os SESMTs têm cobertura também limitada, tendo sido estimada em cerca de 35% da força de trabalho empregada, na década de 1980 (Mendes 1986). Embora não exista estudo atualizado sobre o tema, é importante considerar que, com o importante crescimento do setor informal na última década, essa porcentagem deve ter se reduzido ainda mais, nesse período.

As ações desenvolvidas pelo MTb/DRT têm um caráter essencialmente burocrático, no sentido negativo desse conceito (Bobbio et

al. 1995), ou seja, são fundamentadas na centralidade de normas e regulamentos, em rituais rígidos e na falta de iniciativa. O papel da DRT tem se limitado à fiscalização do cumprimento da legislação, em particular das Normas Regulamentadoras.

É importante lembrar que existem

*"(...) uma gama de fatores insalubres conseqüentes do trabalho que não são considerados no texto legal. Trata-se dos aspectos relativos à própria organização do trabalho na empresa capitalista moderna"* (Rebouças et al. 1989).

Esses aspectos, por não constarem de qualquer Norma, não são sequer observados pelos agentes do MTb/DRT. Nesse sentido, esses profissionais têm atuado de forma mecânica e acrítica, seguindo burocraticamente o que lhes foi atribuído, tendo como objetivo principal de sua ação o estrito cumprimento do que está nas leis trabalhistas.

Constata-se que esse setor não tem compromisso com a saúde do trabalhador, em seu sentido mais amplo. As ações desenvolvidas pelo MTb/DRT não utilizam o referencial da vigilância em saúde, no sentido de modificar as condições de trabalho. Nas entrevistas, foi frisado inclusive que a função da DRT era apenas **fiscalizar**, o que estava normatizado, e não educar. Quando se observava qualquer irregularidade numa determinada empresa, o papel da DRT era enquadrá-la na lei, autuando se necessário. E, ainda, quando é lavrado o auto de infração, a fiscalização é interrompida, temporariamente, até que a empresa realize os trâmites burocráticos necessários. Apoiada pela CLT, a empresa tem o direito de entrar com recurso; esse processo pode durar anos, até um desfecho final. E, muitas vezes, esses processos dão ganho de causa em favor das empresas, mantendo as condições e/ou ambiente de trabalho sem qualquer modificação; mas, para a instituição, sua função foi técnica e burocraticamente cumprida.

Nesse sentido, as ações de inspeção/fiscalização da DRT têm um caráter limitado e, no máximo, reparador. São ações realizadas *a posteriori*, ou seja, freqüentemente a inspeção só é realizada após a ocorrência de um fato, que gerou a denúncia. Nesse trabalho do MTb/DRT, o componente de prevenção praticamente inexistente, nem tampouco o de promoção à saúde; o MTb/DRT não atua sobre a situação de risco ou a causa dos problemas, apenas sobre seus efeitos e, ainda assim, de forma parcial.

Geralmente, as ações de inspeção/fiscalização do MTb/DRT são realizadas por um único profissional, médicos do trabalho ou engenheiros. Apenas em situações especiais essas ações são realizadas por mais de um profissional, considerado na instituição "especialista" em alguns ramos/setores ou equipamentos. Nesse sentido, além de efetivamente não existir um trabalho em equipe, tampouco busca-se construir uma atuação com caráter multiprofissional e/ou interdisciplinar. É importante considerar que a institucionalização dessas especialidades sempre esteve vinculada aos interesses do capital (Nardi 1996); e ainda que sua formação é baseada nos referenciais da clínica e da higiene e segurança do trabalho.

Apesar da existência de recomendação formal, a participação de trabalhadores nas ações desenvolvidas pelo MTb/DRT praticamente inexistente e nem é estimulada. Tampouco existe qualquer espaço institucional para a participação dos trabalhadores na gestão do MTb ou da DRT. Nesse sentido, não existe controle social nesse setor. Avaliação semelhante foi feita em estudo sobre a DRT do Rio de Janeiro:

*"(...) mesmo a forma mais tímida de participação na fiscalização, prevista pelo Regulamento da Inspeção do Trabalho, jamais foi implantada, assim como a tentativa de criação de um conselho gestor da Inspeção do Trabalho ao final da década de 1980, com a participação efetiva dos trabalhadores, não foi até hoje regulamentada. Assim sendo a inspeção do trabalho mantém-se como prática impermeável ao controle dos trabalhadores e de outras instâncias da sociedade"* (Oliveira 1994).

A relação institucional do MTb/DRT com os outros setores, que atuam no campo da saúde do trabalhador, é muito precária. Deve-se registrar que, apesar do MTb/DRT ter participado das duas Conferências Nacionais de Saúde do Trabalhador e da Comissão Interministerial de Saúde do Trabalhador e de afirmar em documentos a intenção de se integrar com outros setores, na prática, essa integração não vem ocorrendo devido à grande resistência interna.

### 5.3. Previdência Social

O Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), é uma autarquia vinculada ao Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS). Ao nível dos estados da federação, o Instituto é representado pelas Superintendências Regionais. Por sua vez, a superintendência é constituída por várias coordenações: do Seguro Social, de Arrecadação, de Patrimônio, Financeira e de Recursos Humanos. Não existe estrutura específica ao nível dos municípios.

Desde 1995, o INSS vem passando por um processo de reestruturação funcional, segundo de acordo a Superintendência Regional do Estado de São Paulo. Nesse sentido, vêm sendo implementadas algumas medidas visando melhorar e agilizar o atendimento ao *segurado* (termo utilizado pelos entrevistados dos diversos setores, ao se referirem aos trabalhadores). As medidas citadas foram treinamento de pessoal, melhorias na estrutura física dos locais de atendimento e a criação de duas novas centrais de concessão de aposentadorias e pensões, o que teria reduzido significativamente o tempo de espera.

Para os objetivos deste estudo, procurou-se caracterizar apenas a

Coordenação do Seguro Social. Essa coordenação é composta por várias divisões, entre elas a Divisão de Atividade Previdenciária, que é formada por três seções: de Perícia Médica, de Reabilitação Profissional e de Serviço Social. E, em função dos interesses deste estudo, restringiu-se um pouco mais a caracterização dessa Coordenação às ações desenvolvidas pelas seções de Perícia Médica e Reabilitação Profissional.

### 5.3.1. A Perícia Médica

A coordenação da Seção de Perícia Médica é realizada por um coordenador e oito supervisores, que são responsáveis pela perícia médica previdenciária, em todo o estado de São Paulo. As ações dessa perícia são realizadas em Unidades Executivas de Perícia Médica, localizadas em Postos de Atendimento do INSS. Na estrutura da Previdência, essas Unidades geralmente têm uma chefia e médicos peritos locais. No início de 1997, havia 10 Unidades Executivas e cerca de 60 médicos peritos, incluindo aqueles em cargos de chefia e/ou supervisão, no município de São Paulo.

Além dos médicos pertencentes ao quadro próprio da Previdência, o setor de Perícia trabalha com peritos credenciados. São médicos de diversas especialidades que, após um treinamento teórico-prático, eram submetidos a uma prova/seleção, habilitando-os para realizar ações da área. No início de 1997, havia cerca de 150 peritos credenciados atuando no município de São Paulo. Esses médicos recebiam por produção, sendo que o valor na época da entrevista era de 21 reais por laudo pericial emitido, podendo cada perito somar no máximo 2.000 reais por mês. O atendimento era realizado no consultório ou clínica particular. Segundo a coordenação, o número de credenciados vem crescendo nos últimos anos

devido ao número reduzido de pessoal próprio e também ao valor pago por laudo, que era superior ao valor pago pela maioria dos convênios médicos, por consulta.

A perícia atendia os segurados com qualquer patologia, incluindo as doenças e acidentes do trabalho, que solicitassem auxílios e benefícios previdenciários previstos na legislação: auxílio doença; auxílio doença acidentária; aposentadoria por invalidez; aposentadoria por invalidez acidentária; auxílio acidente e pensão por doença acidentária.

Particularmente, os trabalhadores-segurados com algum problema relacionado ao trabalho, recorrem à Perícia Médica, após terem sido atendidos por outro serviço médico. Dessa forma, costumam chegar ao setor já com um diagnóstico e tratamento iniciais, além de uma proposta de seguimento; também costumam portar a CAT preenchida. Na Perícia, esses trabalhadores buscam a caracterização do seu problema como doença ou acidente do trabalho, que é pré-requisito para a concessão dos auxílios ou benefícios previdenciários.

É importante considerar que a Perícia Médica da Previdência Social foi criada para:

*"(...) examinar o postulante e avaliar sua capacidade laborativa para habilitação a uma das situações previstas em lei, mais freqüentemente o direito à percepção de um benefício" (Brasil.MPAS 1995).*

Sendo uma das atribuições da Previdência Social, enquanto seguro-social, o ressarcimento de seus segurados com:

*"(...) compensação financeira pela perda da capacidade de ganho acarretada por condições patológicas. Para fazer jus a esses benefícios em dinheiro, o interessado deve satisfazer a uma série de requisitos legais, vários dos quais dependentes de avaliação e parecer médicos" (Brasil.MPAS 1995).*

Contudo, deve-se destacar que, em relação aos acidentes e/ou doenças e as incapacidades associadas:

*"(...) a lei não cogita de benefícios por doença, e sim de benefícios por incapacidade. Para fazer jus ao benefício não basta estar doente, é preciso que haja incapacidade para o trabalho em consequência deste. Nem toda doença acarreta incapacidade. Ao contrário, muitas situações são compatíveis com tratamento ambulatorial sem afastamento do trabalho. (...) Na prática diária, um terço dos pareceres proferidos são no sentido de inexistência de incapacidade do examinado" (Brasil.MPAS 1995).*

A legislação que regulamenta as ações da Previdência Social são a Lei Orgânica da Seguridade Social nº 8212, de 24.07.91, e o Regulamento dos Benefícios da Previdência Social nº 611, de 29.07.92. De acordo com esse regulamento:

*"O acidente de trabalho deverá ser caracterizado:*  
*"I - administrativamente, através do setor de benefícios do INSS, que estabelecerá o nexo entre o trabalho exercido e o acidente;*  
*"II - tecnicamente, através da Perícia Médica do INSS, que estabelecerá o nexo de causa e efeito entre:*  
*"a) o acidente e a lesão;*  
*"b) a doença e o trabalho;*  
*"c) a causa mortis e o acidente" (Brasil.MPAS 1995). [grifos nossos]*

A Perícia Médica, de acordo com a coordenação do setor em São Paulo, teria:

*"(...)a mesma função que qualquer perícia. A função do perito é definir o 'enquadramento' do segurado, da doença, nos termos da lei, para a concessão de benefícios. A perícia é um ato administrativo (...) Os peritos estabelecem o nexo técnico, e não o nexo causal. Não discutem a doença em si, nem os fatores causais, mas sim se o 'fato' se enquadra na legislação para a concessão do benefício. Não basta estar doente, além de doente precisa estar incapacitado para o trabalho". [grifos nossos]*

Muitas vezes, para realizar uma perícia, os médicos peritos necessitam exames complementares ou especializados ou, ainda, a avaliação de um médico especialista. Para tanto, o trabalhador é encaminhado para serviços ou profissionais credenciados pela Previdência Social. Segundo a coordenação, existem alguns profissionais preferenciais

para essa função, por serem supostamente “(...) experientes, tarimbados e trabalha[re]m há anos para a Perícia”. O laudo do especialista não é entregue ao trabalhador; é encaminhado diretamente ao perito, para “impedir fraude”.

O trabalhador que não concordar com o parecer emitido pelo perito pode fazer um Pedido de Reconsideração (PR). Esse pedido é avaliado rapidamente por outro(s) perito(s). Caso o PR seja desfavorável, o trabalhador ainda teria mais uma instância para recorrer, a Junta de Recursos. Sendo novamente desfavorável, pode aguardar por um prazo de trinta dias, após o primeiro pedido, e entrar com novo recurso.

Para a realização deste estudo, foram solicitados dados sobre a produção dessa seção (número de perícias, classificadas por médicos próprios ou credenciados; resultados das mesmas, por caracterização ou não donexo com o trabalho; benefícios concedidos etc.). Contudo, eles não foram disponibilizados com a justificativa de que não havia qualquer informação solicitada.

É importante destacar que, de todas as instituições e setores visitados e avaliados neste estudo, a Seção de Perícia Médica foi o setor que apresentou a maior resistência institucional em discutir e tornar pública sua organização funcional. Conseqüentemente, este também foi o setor em que a autora encontrou grande dificuldade para sistematizar as poucas informações disponibilizadas. Nesse sentido, a descrição das ações da perícia médica está mais limitada do que a das demais instituições e/ou setores avaliados, o que pode comprometer parte da análise e/ou discussão finais.

### 5.3.2. A Reabilitação Profissional

A Seção de Reabilitação Profissional tem a atribuição de organizar e desenvolver ações de reabilitação profissional, através dos Centros de Reabilitação Profissional (CRPs) ou núcleos, quando a estrutura é mais simples. No estado de São Paulo, funcionavam 15 unidades de reabilitação (CRPs e núcleos). No município de São Paulo, funcionava um único CRP e uma equipe de extensão; o CRP de São Paulo é o mais antigo do Brasil, tendo sido implantado há 37 anos.

A reabilitação profissional pode ser definida como:

*"(...) um serviço prestado pelo INSS, com o objetivo de proporcionar ao incapacitado para o trabalho por acidente ou doença, os meios de re-educação ou readaptação profissional para o seu (re-)ingresso no mercado de trabalho" (Brasil.MPAS 1994).*

E, ainda, os objetivos institucionais da reabilitação profissional seriam:

- "- evitar a marginalização e a dependência;*
- "- resgatar no indivíduo o sentimento de utilidade, valor e o direito à cidadania, pelo trabalho;*
- "- transformar o reabilitado em contribuinte da Previdência Social, promovendo a compensação econômica do fundo de Seguro" (Brasil.MPAS 1994). [grifos nossos]*

No início de 1997, a proposta da gestão da Previdência Social era descentralizar o atendimento, ou seja, atender o trabalhador mais próximo ao seu local de trabalho ou residência. E, ainda, realizar o atendimento na própria Gerência Regional do Seguro Social, onde o trabalhador está sendo atendido. Em 1994, a partir dessas diretrizes, foi estruturada uma equipe de extensão, composta por profissionais que desenvolviam ações de reabilitação profissional, no próprio Posto de Atendimento do INSS.

Na avaliação da coordenação, apesar desse modelo ser considerado mais adequado, por falta de recursos humanos, foi constituída apenas

uma equipe de extensão, no Posto de Seguro Social de Vila Mariana. Essa equipe de extensão era composta por um médico, um assistente social, dois psicólogos e um sociólogo, que atendiam os segurados das agências de Vila Mariana e Ipiranga; o trabalho da equipe era restrito à reabilitação profissional, sem qualquer ação no âmbito da reabilitação física. Dessa forma, os segurados que necessitavam reabilitação física vinham sendo encaminhados para o CRP ou para o serviço de reabilitação do Hospital das Clínicas de São Paulo.

O CRP e a equipe de extensão vinham atendendo os trabalhadores-segurados que, após acidente ou doença do trabalho, perderam a capacidade de realizar a mesma atividade ou função profissional que desenvolviam antes desse evento. O trabalho desenvolvido pelo CRP com o trabalhador-segurado visava reabilitá-lo ou capacitá-lo para uma nova função. Toda a demanda era originada a partir da Perícia Médica do próprio INSS. Ou seja, para ser atendido pelo CRP o trabalhador-segurado tinha que, obrigatoriamente, ter passado pela Perícia, que definia sobre a necessidade da reabilitação caso a caso.

No CRP, buscava-se agendar e atender o trabalhador-segurado no período máximo de um mês. Pelos dados de produção do serviço de 1996, pode-se constatar que houve "*represamento*" (pacientes atendidos no mês seguinte ao do agendamento) apenas no mês de dezembro, mês em que costuma haver redução dos dias de funcionamento.

O trabalhador-segurado era atendido primeiramente por um médico, que avaliava se o mesmo podia ser seguido pelo serviço e/ou se havia necessidade de ser avaliado por outros profissionais. Se necessitava tratamento e/ou reabilitação física, de média ou longa duração, era reencaminhado à Perícia, pois a proposta do CRP era desenvolver apenas a reabilitação profissional, "não é fazer tratamento" [grifos nossos]. A

reabilitação física era realizada, apenas, em algumas situações específicas: casos em que o tratamento era de curta duração e quando havia necessidade da colocação de prótese de membros inferiores ou superiores ou, ainda, de mudança de dominância (quando há perda ou incapacidade do membro dominante).

O serviço dispunha de "*salas bem montadas*", com os equipamentos básicos para o trabalho de fisioterapia e terapia ocupacional. Porém, segundo a coordenação, por não ter havido investimento em equipamentos nos últimos anos, alguns estavam velhos e obsoletos. A falta de investimento também foi enfatizada em relação a recursos humanos, o que tem inviabilizado a continuidade de alguns trabalhos e a implantação de novos projetos.

Nesse serviço, os profissionais ingressavam exclusivamente por meio de concurso público. Contudo, desde 1980, não era realizado concurso para essa área. Além disso, os profissionais mais antigos se aposentaram e, a partir de 1996, muitos se demitiram com o Plano de Demissão Voluntária promovido pelo governo federal, o que agravou ainda mais a situação de déficit de pessoal. Segundo a avaliação da coordenação, o trabalho de reabilitação deve ser um "*trabalho de vínculo*", precisando haver uma relação de confiança com o profissional que realizava o atendimento. Nesse sentido, havia dificuldades em se trabalhar com profissionais "*emprestados*" de outros setores, como por exemplo os da Perícia Médica.

O quadro de pessoal do CRP, em março de 1997, era constituído por: três médicos, um farmacêutico, dois fisioterapeutas, 17 psicólogos, 11 sociólogos, um técnico em assuntos educacionais, oito terapeutas ocupacionais e 24 funcionários administrativos.

Os médicos vinham atuando como clínicos gerais, independente da

especialidade. Quando era necessária avaliação de algum especialista, o trabalhador-segurado era encaminhado a um serviço do SUS, particularmente um ambulatório de especialidades da SES-SP (ex-PAM do INAMPS, que funciona no mesmo prédio do CRP); foi citado a existência de um acordo informal para esse tipo de atendimento. Em algumas situações, os trabalhadores também podiam ser encaminhados para serviços ou profissionais credenciados.

Após a consulta médica inicial, os segurados que permaneciam no CRP, eram encaminhados a um *orientador profissional* (um profissional de nível superior da equipe). Esse profissional realizava uma análise das funções possíveis para reabilitação ou readaptação. Em algumas situações eram realizados cursos de formação, por meio de convênios com o SESI e com algumas escolas privadas, com um período de estágio na empresa para avaliar a possibilidade de adaptação à nova atividade. Após o término do estágio, a empresa encaminhava a avaliação e o certificado do trabalhador-segurado para o CRP. O segurado era, então, reencaminhado à Perícia Médica do INSS, com laudo que indicava a aptidão para a nova função. A Perícia Médica elaborava o laudo final, com a alta, encaminhando o segurado à empresa.

Um ano após a alta, costumava ser realizada uma pesquisa de fixação. Na época da entrevista, essa pesquisa não vinha sendo realizada devido à falta de recursos humanos mas, pelos resultados dos anos anteriores "*sabe-se que aproximadamente 60 a 70% dos reabilitados permanecem na empresa nesse primeiro ano*".

Durante o ano de 1996, 14.295 segurados foram atendidos pelo CRP. Desses, 4.281 ingressaram em 96, sendo que o restante já estava "*em programa*" (em seguimento desde o ano anterior). Foram reabilitados 2.993 segurados, realizados 28 cursos de formação e 3.021 treinamentos

(estágios). O tempo médio de permanência dos segurados no serviço variou de 61 a 240 dias. Cabe lembrar que esses dados não são exclusivos de segurados do município de São Paulo, pois o CRP da capital atendia, também, segurados dos municípios de Guarulhos, Tatuí, Boituva, Itapeva, Tietê, Osasco, Suzano e São Roque. Embora não houvesse dados disponíveis, segundo avaliação da coordenação da seção, o principal problema (acidente ou doença) que vinha demandando atendimento de reabilitação era a LER (Lesões por Esforços Repetidos).

### **5.3.3. Análise das práticas em saúde do trabalhador no setor previdência**

A Previdência Social brasileira já foi extensamente analisada por outros autores (Donnangelo 1975; Braga 1986; Oliveira e Teixeira 1989; Possas 1989). Neste estudo, tentou-se focar a atuação desse setor nas questões mais diretamente relacionadas à atenção à saúde do trabalhador.

Em relação às ações de assistência à saúde, desde sua constituição, a Previdência Social optou pela compra de serviços, constituindo uma reduzida rede própria de serviços, num claro processo de privilegiar o setor privado. Nesse sentido, os convênios médicos e as empresas de grupo se fortaleceram e se consolidaram enquanto serviços destinados ao atendimento da população trabalhadora, especificamente a parcela do setor formal da economia. Até mesmo o atendimento ao trabalhador com doença profissional, ou acidentado do trabalho, vinha sendo realizado por serviços privados contratados.

Essa lógica privatizante também pode ser observada na Perícia Médica do INSS. As ações periciais podem ser realizadas por profissionais do quadro próprio da Previdência, ou por profissionais credenciados para

esse fim. Neste estudo, constatou-se que o número de médicos credenciados era cerca de duas vezes e meia superior ao dos profissionais do quadro próprio do INSS. Destaca-se, ainda, que os médicos especialistas, que servem de referência para os peritos, também eram do setor privado. Dessa forma, até mesmo ações diferenciadas como a perícia médica, vêm sendo repassadas para o setor privado.

Um fato significativo, indicador da lógica institucional dominante, foi a forma como os funcionários do INSS, dos vários setores pesquisados durante este estudo, se referiam aos trabalhadores. Em momento algum ouviu-se a palavra **trabalhador**; o termo invariavelmente utilizado era "*segurado*".

As dificuldades encontradas na realização das entrevistas com a coordenação da seção de Perícia Médica, podem ser consideradas como mais um indicativo do caráter privatizante e da herança autoritária dessa instituição. Houve grande resistência em discutir e tornar pública a atuação desse setor, como se aquele fosse um espaço privado e as informações fossem de domínio exclusivo da instituição, ou dos funcionários do setor.

O desenvolvimento da previdência brasileira, na lógica do seguro social e não de seguridade social, bem como as conseqüências desse fato para a população trabalhadora já foram devidamente caracterizadas (Oliveira e Teixeira 1989). Pela análise dos documentos e entrevistas, pode-se constatar que os objetivos e as próprias as ações da Perícia Médica, da Previdência Social brasileira, ainda se mantêm estruturadas sob a mesma lógica de uma empresa privada de seguros.

O relato do coordenador da Perícia Médica sobre as atribuições daquela seção, deixou mais explícito o caráter de seguro, pré-pagamento, da Previdência. Para caracterizar melhor o papel da Perícia Médica, fez

uma analogia da mesma com a perícia de uma seguradora de automóveis: “(...) Se um carro está segurado para roubo e incendiar não receberá indenização. Da mesma forma, um segurado só vai receber o benefício relativo ao que consta em seu seguro[a lei previdenciária]”. Destacou, ainda, que a função daquela seção era “(...) enquadrar o indivíduo, a doença aos termos da lei, para concessão de benefícios”.

As ações desenvolvidas pela Perícia se restringem a consultas médicas, cujo objetivo específico vem sendo julgar, com critérios particulares, sobre a concessão de benefício previdenciário e/ou acidentário ao trabalhador-segurado pela instituição. O trabalhador e seus problemas de saúde não são acompanhados/seguidos pelos profissionais desse setor; não compete ao médico perito cuidar da saúde dos trabalhadores que a ele recorrem.

Nesse sentido, a atuação desses profissionais, além de limitada ao atendimento clínico individual, assume um caráter particular, pontual, fragmentada e sem qualquer vínculo e/ou responsabilização. Não parece ser objetivo institucional que o médico perito crie vínculo com o trabalhador ou, pelo menos, verifique se ele está sendo adequadamente seguido, se existe algum serviço ou equipe que por ele se responsabilize e se está havendo algum tipo de intervenção nos fatores causais, relacionados ao seu adoecimento. O papel institucionalmente atribuído ao perito é o de ajuizar sobre problemas apresentados por trabalhadores-segurados e sobre a existência de relação desses problemas com o trabalho, ou seja, estabelecer **nexo**, condição *sine qua non* para a concessão dos benefícios previdenciários e/ou acidentários.

Um trabalhador, que se acidenta ou adoce em decorrência de seu trabalho, via de regra, procura primeiramente um serviço de saúde que faz o diagnóstico, tratamento e/ou seguimento. Caso necessite de

afastamento do trabalho, ou qualquer outro benefício, é encaminhado à Perícia Médica do INSS que, como qualquer seguradora privada, realiza uma avaliação e julga sobre a pertinência do benefício pretendido. Na prática, constata-se que mesmo diagnósticos e condutas dos serviços de saúde são freqüentemente descaracterizados pela Perícia Médica. Essa prática institucional do INSS tem jogado os trabalhadores em verdadeiras "via crucis", de serviço em serviço, na tentativa de colher pareceres e/ou laudos técnicos que possam "convencer" a Perícia.

Por sua vez, a seção de Reabilitação Profissional tem um caráter um pouco distinto daquele da Perícia. Como a reabilitação é, geralmente, um procedimento custoso, de longa duração, com pouca possibilidade de gerar lucros, fica sob a responsabilidade do Estado. Mas, como os demais serviços públicos brasileiros, essa área também tem enfrentado o mesmo processo de sucateamento e abandono. Os recursos destinados ao setor são insuficientes tanto para a reabilitação física, quanto para a reabilitação profissional; e esta não dispõe de qualquer tipo de controle e/ou supervisão sobre o processo de reinserção dos trabalhadores ao trabalho. Embora responsável de direito, o Estado tem se omitido, não se responsabilizando de fato pela reabilitação.

Nesse sentido, a Reabilitação Profissional também assume um caráter privatizante, em que pese ser menos explícito do que o da Perícia. É importante lembrar que o objetivo do setor seria o de realizar apenas a reabilitação profissional, apesar da existência de equipamentos e espaço físico ociosos no CRP, que poderiam ser usados para a reabilitação física. Sendo desenvolvida de forma pontual pela estrutura pública estatal, essa ação é realizada quase que exclusivamente pelo setor privado conveniado. O discurso oficial não consegue escamotear o objetivo central e a lógica dominantes da instituição, de "re-educar" e "re-adaptar" o trabalhador-

segurado e

“(...) transformar o reabilitado em contribuinte da Previdência Social, promovendo a compensação econômica do fundo de Seguro”  
(Brasil.MPAS 1994). [grifos nossos]

É importante destacar, ainda, que as ações de reabilitação têm um caráter dicotômico e fragmentado. No processo histórico de institucionalização da reabilitação, o INSS desmembrou-a em reabilitação física (ações terapêuticas) e reabilitação profissional, que vêm sendo desenvolvidas por distintos serviços e de forma desarticulada. Na maioria das vezes, o CRP realiza apenas a reabilitação profissional. Conseqüentemente, a maior parte dos trabalhadores atendidos e seguidos no CRP são encaminhados para outro serviço, geralmente os da rede privada conveniada, para realizar a reabilitação física.

As ações do CRP vinham sendo realizadas por equipe multiprofissional, que buscava desenvolver um trabalho integrado visando reabilitar trabalhadores ou capacitá-los para novas funções. Contudo, mesmo assumindo que fosse efetiva, é importante considerar que essa integralidade é limitada às ações desenvolvidas dentro daquele serviço. Isso porque o CRP não vinha tendo qualquer integração com outros serviços, nos quais os trabalhadores eram acompanhados, nem tampouco com as empresas que deveriam recebê-los após a reabilitação.

Mesmo a relação entre a Reabilitação e a Perícia, ambas do INSS, é muito limitada e burocrática; ocorre apenas quando os trabalhadores são encaminhados de um setor para o outro. Só têm acesso ao CRP os trabalhadores encaminhados pela Perícia Médica do INSS, ou seja, esse setor não vinha recebendo trabalhadores encaminhados por outros serviços. Esse fato vem representando um importante obstáculo ao acesso dos trabalhadores à Reabilitação.

Até o momento, não existe qualquer espaço institucional para a

participação e/ou controle da Previdência Social brasileira pelos trabalhadores, incluindo o planejamento, a gestão e a execução de suas ações. Desde o final da década de 1960, quando a ditadura militar que governava o país unificou os IAPs no INPS e excluiu os trabalhadores de sua gestão, o caráter da instituição vem sendo essencialmente tecnoburocrático e autoritário. Conseqüentemente, essa instituição não vem considerando e/ou incorporando o conhecimento e a opinião dos trabalhadores em sua *praxis*.

#### 5.4. Ministério Público

Desde o final da década de 1980, o Ministério Público de São Paulo tem desempenhado um papel destacado na área da saúde do trabalhador. Por distintos motivos, a importância dessa instância do Estado brasileiro também foi reconhecida por todos os órgãos e/ou setores pesquisados.

Na Constituição Federal (artigo 127), o Ministério Público é conceituado como uma:

*"(...) instituição permanente, essencial à função jurisdicional do Estado, incumbindo-lhe a defesa da ordem jurídica, do regime democrático e dos interesses sociais e individuais indisponíveis"* (Brasil 1992).

É importante destacar, entre suas atribuições institucionais (artigo 129), a de:

*"(...) promover o inquérito civil e ação civil pública, para a proteção do patrimônio público e social, do meio ambiente e de outros interesses difusos e coletivos"* (Brasil 1992).

Nesse sentido, pode-se dizer que o Ministério Público deveria assumir o papel de *"advogado da sociedade"*, sendo que na área da saúde do trabalhador teria

*“(...) o dever funcional de atuar na tutela jurisdicional do meio ambiente de trabalho e para garantia da saúde do trabalhador.*

*“(...) mais que eventual interesse individual, ou mesmo coletivo, há **interesse social** na proteção do meio ambiente de trabalho, para a diminuição de acidentes e doenças laborais; interesse que se enquadra no conceito de interesse difuso pois a espoliação e aviltamento da força de trabalho da sociedade, por danos causados ao ambiente laborativo, e a crescente legião de mutilados e doentes, em razão deles, assomando aos cofres da Previdência Social, são circunstâncias de fato que unem toda a sociedade - de forma transindividual - no interesse - indivisível - de reprimí-las, pois embora, ainda subliminar no plano do inconsciente social, em razão da ideologia da sociedade contemporânea, não é possível deixar de ver que toda a sociedade - trabalhadores, contribuintes, cidadãos, crianças, homens, mulheres... - sujeita-se ‘a uma idêntica condição desfavorável de vida’ em razão dos danos ao ambiente de trabalho” (Ussier 1994).*

Embora vinculado ao governo do Estado, o Ministério Público do Estado de São Paulo é um órgão relativamente autônomo. Desde 1985, foi implantada e implementada, em sua estrutura, uma Coordenação de Acidentes do Trabalho, que contém uma Promotoria de Acidente de Trabalho, com dois promotores responsáveis pelo município de São Paulo. Essa Promotoria é organizada em dois setores, um de atendimento ao público, que recebe e encaminha qualquer queixa feita por trabalhadores, e outro de prevenção, que trabalha a partir de “denúncias”.

Neste estudo, analisou-se apenas o setor de prevenção. Na entrevista, foram reafirmados os objetivos da instituição, tendo sido ressaltado que sua atuação na área da saúde do trabalhador teria um caráter de defesa do interesse de toda a sociedade. Foi destacado, ainda, que:

*“(...) o trabalho tem papel fundamental na sociedade. Ele é o principal valor. Esse valor é ofendido quando se adoecer ou morre no trabalho. E é toda a sociedade que paga os custos do acidente. Além disso, a saúde do trabalhador é uma questão de saúde pública. Portanto, interessa à sociedade essa questão”.*

Foi relatado que, desde sua implantação, a Coordenadoria de Acidentes do Trabalho teria sempre atuado de forma a estimular ações preventivas. Mas, essa atuação teria tido um avanço efetivo a partir da implantação do setor de prevenção, em 1991.

Esse setor vinha atuando predominantemente a partir de denúncias de trabalhadores e/ou representação de sindicatos ou, ainda, processos encaminhados pela DRT. A demanda também poderia advir da própria Promotoria. Além disso, existia um acordo com os promotores criminais para que fossem encaminhados todos os inquéritos de acidente do trabalho para aquela instância. As denúncias determinam abertura de inquérito, que é um procedimento de investigação para verificar se o fato denunciado é procedente, ou seja, se existem riscos e/ou irregularidades nos ambientes e/ou locais de trabalho.

As CATs são outra fonte de informação, que podem desencadear a investigação da Promotoria. Desde julho de 1995, através de acordo firmado com o INSS, as CATs vinham sendo sistematicamente encaminhadas ao Ministério Público. Porém, o Ministério não tinha recursos humanos para analisar esse tipo de informação. Para superar essa limitação, o Ministério firmou um convênio com a SMS-SP, pelo qual ele repassa as CATs para os CRSTs municipais para que estes façam a análise das mesmas. Esse trabalho vinha sendo desenvolvido por dois CRSTs: o da Freguesia do Ó, relativamente consolidado, e o da Lapa, ainda em fase de implantação.

O primeiro ato do inquérito é a convocação da empresa para comparecer ao Ministério, onde o fato é notificado e são requisitados documentos e relatórios, considerados essenciais ao processo. Nessa etapa, a empresa também é informada sobre as próximas etapas da investigação.

A partir da entrega dos documentos, o Ministério nomeia assessores

técnicos para a realização de uma perícia técnica. Essa assessoria vinha sendo realizada por: técnicos dos CRSTs do município, em cerca de 70% dos processos; técnicos lotados no próprio Ministério Público (3 engenheiros comissionados do MTb), em cerca de 20%; e técnicos do CEREST e da FUNDACENTRO, nos 10% restantes. Segundo a Promotoria, a relação preferencial era com os CRSTs; e só não era maior porque estes alegavam falta de condições para assumir mais.

O Ministério Público orienta sua perícia no sentido de avaliar sobre a existência de risco no ambiente de trabalho e sobre a possibilidade de controle ou eliminação dos mesmos. De acordo com a Promotoria, essa avaliação deve levar em consideração tanto o conhecimento técnico existente quanto o dos trabalhadores; portanto, não pode ser baseada apenas nos aspectos já incorporados na legislação vigente. A proposta do Ministério, segundo a Promotoria, *"(...) é tentar acordo com a empresa, sempre que possível. Pois, o interesse é modificar o ambiente de trabalho e não tomar medidas imediatas, mas que não transformam o ambiente"*. Como consequência dessa estratégia, a conclusão dos inquéritos pode se estender até 4 anos.

Avalia-se que cerca de 80% dos casos têm sido resolvidos com o inquérito; o restante é transformado em ação civil pública. A maior parte dessas ações concentra-se no ramo da construção civil, devido ao fato dos riscos serem grandes, explícitos e iminentes e não sendo possível, segundo a Promotoria, flexibilizar os prazos para as mudanças sugeridas para minimizar e/ou eliminar as situações de risco. A ação é encaminhada ao poder judiciário; o promotor de acidente do trabalho geralmente é chamado para ser uma das *"peças"* do julgamento, porém o veredito final é dado pelo poder judiciário.

Em abril de 1997, existiam 701 inquéritos em andamento, sendo que cerca de 10% deles encontravam-se em fase de investigação inicial. Outros

20% estavam em fase de acompanhamento e/ou execução, fase caracterizada como aquela em que se acompanha o cumprimento do acordo. Em média, são encerrados de seis a oito inquéritos por mês. Além dos inquéritos registrados, havia 118 ações civis públicas em andamento; estimava-se que cerca de 85% destas contra a construção civil. É importante registrar que, desde o início dessas atividades, apenas dois inquéritos abertos foram considerados improcedentes, ou seja, após avaliação específica constatou-se que não havia riscos.

Os sindicatos das categorias envolvidas nesses inquéritos são usualmente convidados a participar de todos os atos realizados pelo Ministério. Essa participação dos sindicatos é considerada "*fundamental nas audiências*", nas quais os acordos são estabelecidos. Contudo, apesar de estimulados, os sindicatos nem sempre participam.

De acordo com a Promotoria, a única relação institucional efetiva do Ministério Público se dá com o PST-SP e os CRSTs. Com a DRT, apesar da existência formal de um convênio, na prática ele não é cumprido; a Promotoria considerava esse instrumento "*inadequado*", já tendo sugerido, inclusive, a sua rescisão. Com o CEREST, a relação existente é limitada a algumas poucas questões, nas quais esse serviço é considerado mais experiente. A relação com a FUNDACENTRO também é limitada.

\*\*\*\*\*

A atuação do Ministério Público nas questões referentes à saúde do trabalhador segue a mesma lógica de sua atuação em outras áreas. Ou seja, é fundamentada no princípio de que o Estado deve intervir para garantir os direitos de cidadania. Portanto, sua atuação é distinta dos demais setores governamentais que atuam na área da saúde do

trabalhador (saúde, trabalho e previdência), podendo ser entendida como complementar. Por meio da utilização do aparato jurídico-legal, busca garantir a saúde coletiva dos trabalhadores ou o interesse difuso da sociedade.

Para o desempenho desse papel, o Ministério Público necessita de avaliações e pareceres técnicos para subsidiar acordos e instruir ações civis públicas, respectivamente, com e contra empresas. Não dispondo de técnicos em seus quadros, vem recorrendo e mobilizando recursos técnicos de outras instituições (CRSTs, CEREST e FUNDACENTRO). Nesse sentido, como subproduto de sua atuação principal e por meio de respaldo jurídico para entrar em ambientes de trabalho, tem estimulado essas instituições a desencadearem ações de vigilância.

Feitas essas considerações, optou-se por não se analisar esta instituição da mesma forma que os demais setores e órgãos governamentais analisados neste estudo.

## 6. AVANÇOS E LIMITES DO MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE DO TRABALHADOR PROPOSTO PARA O SUS

Neste capítulo, foi realizado um exercício de síntese das análises desenvolvidas neste estudo. Nesse sentido, pretendeu-se elaborar uma síntese do modelo de atenção à saúde do trabalhador proposto para o SUS nos planos teórico-conceitual e empírico-concreto. Além disso, buscou-se também analisar se houve coerência entre esses planos, ou seja, se na prática os serviços vêm conseguindo implementar o projeto teórico.

Uma limitação de caráter metodológico deste estudo está relacionada ao fato da análise do plano empírico-concreto ter sido realizada em um único município. Contudo, como já foi referido no capítulo sobre as questões metodológicas, o município de São Paulo (SP) reunia as condições básicas para esse tipo de estudo. Além de sua importância nos cenários político e sócio-econômico do país, possuía serviços dos três órgãos e/ou setores governamentais que vem desenvolvendo ações na área de saúde do trabalhador.

É importante ressaltar, ainda, que este estudo tentou caracterizar a lógica e as limitações institucionais desses órgãos e/ou setores. Nesse sentido, mesmo considerando que possam existir particularidades de funcionamento das estruturas regionais dos referidos órgãos, julga-se que, ao nível estrutural, pode-se estender esta análise para o restante do país.

## 6.1. No plano teórico-conceitual

Em síntese, pode-se afirmar que o modelo de atenção à saúde do trabalhador proposto para o SUS, no plano teórico-conceitual, representou importante avanço. Esse modelo foi baseado em referenciais teóricos que avançam na compreensão do processo saúde-doença e do papel central que o trabalho desempenha em sua determinação. Nesse sentido, o referencial foi deslocado da Clínica para a Saúde Coletiva. O compromisso em resgatar e preservar a saúde do trabalhador também fica marcado nessa proposta.

Os documentos elaborados pelo setor saúde, após a VIII Conferência Nacional de Saúde, deixam claro essa nova postura. Ao estabelecer as diretrizes para a saúde do trabalhador no SUS, o Ministério da Saúde, destaca que:

*“Ao se considerar o trabalho como eixo em torno do qual se organiza a vida dos homens, como um processo histórico, definidor das relações do homem com o meio natural e dos homens entre si, reconhece-se seu papel na determinação do processo saúde-doença da população em geral e dos trabalhadores de forma particular” (Brasil.MS 1991).*

E, ainda, o mesmo Ministério ao propor a Norma Operacional de Saúde do Trabalhador (NOST), considerou que:

*“A saúde do trabalhador é resultante das relações sociais que se estabelecem entre capital e trabalho no processo de produção, pressupondo a garantia da integralidade física e mental” (Brasil.MS 1994).*

Esse referencial foi utilizado por governos municipais, em gestões de caráter mais progressista, que passaram a desenvolver ações no campo da saúde do trabalhador, como o município de São Paulo. É importante destacar, ainda, que o processo de elaboração dessa proposta se diferenciou substancialmente do que vinha ocorrendo até então. Foi

desdobramento das resoluções das Conferências de Saúde, que tiveram a participação de vários segmentos sociais, particularmente do movimento sindical. Nesse sentido, o acúmulo adquirido pelo movimento sindical e pelos profissionais da saúde vinculados a essa área, durante anos de discussões e lutas, foram direta ou indiretamente incorporados na proposta.

Nessa proposta, o Estado se responsabilizaria pelas ações de saúde do trabalhador, sendo que o Ministério da Saúde deveria assumir o papel de coordenação nacional. Para viabilizar esse projeto, propunha-se que toda a rede de serviços do SUS desenvolvesse ações de saúde do trabalhador.

*“No Brasil, é importante considerar que o trabalho faz parte do cotidiano da população, desde a infância até a morte, envolvendo homens e mulheres, tanto nas áreas urbanas como nas rurais, o que implica em riscos e formas específicas de adoecer e morrer, para aqueles direta e indiretamente envolvidos e para seus descendentes. Portanto, cabe à rede de serviços de saúde do SUS incorporar o TRABALHO como um importante fator capaz de gerar agravos à saúde” (Brasil.MS 1994). [grifos nossos]*

Ao propor que o setor saúde coordene e execute as ações, criou-se uma situação de conflito com os setores historicamente responsáveis pelo controle das ações no campo da saúde e trabalho. Como registrado por outros autores (Oliveira 1994; Lacaz 1996), também pode-se constatar neste estudo que a maior resistência a essa nova política vem se manifestando no setor trabalho, que identificou nessa proposta uma perda de seu papel institucional, com conseqüente perda de poder.

Apesar de avançar nas questões teóricas, nos princípios e diretrizes do modelo de atenção à saúde do trabalhador para o SUS, as propostas oficiais, inclusive a NOST, mostraram-se limitadas na estratégia de operacionalização. Na nossa avaliação, era de se esperar que surgissem

resistências a um modelo de atenção à saúde do trabalhador, que desloca o papel institucional central para o setor saúde e o SUS e que tem o trabalhador como referência para ação. Hoje, pode-se constatar que os problemas estruturais das instituições envolvidas na área foram avaliados de forma precária e, conseqüentemente, as estratégias propostas foram idealistas e insuficientes para enfrentar as resistências institucionais.

A estratégia do setor saúde no município de São Paulo, e na maior parte dos municípios e estados que desenvolveram ações em saúde do trabalhador, foi a implantação de serviços especializados ou Centros de Referência. Em que pese suas justificativas, essa estratégia representou e continua representando uma limitação importante para a construção do modelo de atenção à saúde do trabalhador, que seguisse tanto os princípios e diretrizes das Conferências de Saúde, quanto os dos documentos do Ministério da Saúde.

Enquanto estratégia para implantar ações em toda a rede de serviços do SUS, ao invés de atingirem esse objetivo, os Centros de Referência estariam reforçando a concepção de que a saúde do trabalhador é um campo complexo que necessitaria de serviço e recursos humanos altamente especializados para o seu desenvolvimento. A complexidade do campo é real, porém ela se situa muito mais no campo político, do que no técnico.

A saúde do trabalhador, por suas características, enfrenta de forma mais direta o conflito capital/trabalho. Como o caráter técnico das ações nessa área é dado pelos referenciais da Saúde Coletiva, toda a rede de serviços de saúde do SUS poderia incorporar em sua prática ações de saúde do trabalhador, reconhecendo o trabalho, enquanto categoria central na determinação do processo saúde-doença, seja para suspeitar de diagnósticos, seja para avaliar situações de risco em ambientes específicos.

Essa área não difere de qualquer outra, cujo modelo de atenção busca a integralidade, nas quais deve-se prever serviços com distintos níveis de complexidade e de atenção.

É importante reconhecer que existe uma certa especificidade do campo e que, tanto para desenvolver as ações assistenciais, quanto para ações de vigilância, os serviços e os profissionais ainda não estão devidamente capacitados. Contudo, esse fato, por si só, não justifica a concentração dessas ações em um único serviço, ao invés de se investir na capacitação e disseminação desses conhecimentos de forma mais ampla. Nesse sentido, não se deveria implementar uma única estratégia, sendo importante considerar a existência de outros caminhos para estruturar um programa de atenção em saúde do trabalhador.

Quando a NOST considerou a implantação de serviços especializados, indicava que eles deveriam assumir o papel de retaguarda para os demais serviços, destacando que:

*“Deve considerar-se ainda que, dentro do campo de interesse do SUS, a caracterização de agravos relacionados ao trabalho é mais abrangente que a simples definição de doenças ocupacionais clássicas. Sinais e sintomas (desgaste, cansaço crônico, envelhecimento precoce e outros), ainda que incipientes, podem estar relacionados com a atividade laborativa atual e/ou pregressa, não se restringindo ao conceito de nexo causal tradicionalmente utilizado. (...) [Deve-se] introduzir como prática sistemática e obrigatória na assistência médica a adultos, a anamnese profissional, visando sua utilização pelo profissional de saúde que atende o paciente” (Brasil.MS 1994).*

Em relação à integralidade das ações, a NOST salientava a necessidade de mudança do “*modelo assistencial*”, articulando ações individuais e curativas com ações coletivas e preventivas. A vigilância em saúde é considerada a “*essência do modelo proposto*”. Era, ainda, ressaltada a necessidade de se superar as antigas dicotomias individual/coletivo, biológico/social, assistência/vigilância, e de ultrapassar os limites

institucionais das vigilâncias sanitária e epidemiológica (Brasil.MS 1994).

Novamente, os problemas e desafio estão na operacionalização dessa diretriz; mesmo a NOST, que deveria dar as diretrizes operacionais da saúde do trabalhador no SUS, não define uma estratégia clara sobre essa questão. Os limites e resistências para viabilizar esse projeto são muitos, importantes e complexos. Pois, além de romper com o modelo assistencialista e centrado no médico sob o qual a atenção à saúde vem sendo organizada, representa uma ameaça concreta para algumas instituições e/ou serviços consolidados como responsáveis pelas ações de vigilância. Para aprofundar essa discussão e superar esses limites, dever-se-ia considerar questões complexas como: a burocracia institucional cartorializada, o papel historicamente assumido pelos serviços públicos de saúde, o poder médico, entre outras.

Apesar do avanço dessa proposta, no plano teórico-conceitual, é importante considerar a existência de contradições entre esse plano teórico e a estrutura organizacional do próprio Ministério da Saúde, que deveria viabilizar a integralidade das ações. Um limite importante identificado está na manutenção, pelo Ministério, de estruturas específicas, desarticuladas e independentes para coordenar as ações de assistência e vigilância (vide capítulo 4); a saúde do trabalhador deveria se integrar a essa estrutura.

O controle social é outro ponto de destaque, representando um avanço significativo em relação à situação anterior. Esse princípio foi incorporado ao SUS e sua estrutura organizacional, em decorrência da mobilização e pressão dos movimentos sociais. Por ser uma prática diferenciada e nova, de caráter democrático, vem encontrando resistências para sua ampla e efetiva implantação. Nesse sentido, é importante que essa questão seja destacada, em todos os documentos e espaços de

discussão, para se ampliar as possibilidades de viabilizá-la em todos os níveis do sistema.

A NOST recomendou a elaboração e/ou atualização dos Códigos de Saúde, municipais e estaduais, destacando algumas atribuições dos serviços públicos para viabilizar o controle social. Assumiu, ainda, como pressupostos:

*“Participação e controle social, reconhecendo o direito de participação dos trabalhadores e suas entidades representativas em todas as etapas do processo de atenção à saúde, desde o planejamento e estabelecimento de prioridades, o controle permanente da aplicação dos recursos, a participação nas atividades de vigilância em saúde, até a avaliação das ações realizadas” (Brasil.MS 1994).*

A operacionalização da vigilância na área da saúde do trabalhador pressupõe, como um dos princípios básicos, o controle social. Um dos critérios propostos para priorizar as ações de vigilância seria a:

*“(...) ação Sindical: em que se adota a intervenção nos estabelecimentos de uma base sindical em que haja tradição de luta pela saúde, capacidade de mobilização dos trabalhadores e de reprodutibilidade das questões de saúde do trabalhador para o movimento sindical como um todo” (Brasil.MS 1994).*

O SUS, no município de São Paulo, avançou um pouco mais no âmbito do controle social, constituindo o Conselho Gestor que previa a participação paritária entre usuários, administração e trabalhadores da saúde, na gerência dos CRSTs. Contudo, na prática esses Conselhos não têm conseguido atuar, conforme idealizado.

Embora pouco discutida nos documentos oficiais, outra questão que deve ser destacada é a relativa aos serviços médicos de empresa, sendo atribuição do SUS a **fiscalização e controle** desses serviços, pela Lei 8080 de 1990 (Brasil 1991). Contudo, nem mesmo a NOST apresentou qualquer proposta no sentido de operacionalizar essas ações. Tampouco há qualquer discussão para definir o papel que esses serviços deveriam

assumir em um modelo de atenção integral à saúde do trabalhador.

Na análise do modelo de atenção à saúde do trabalhador proposto para o SUS, a relação interinstitucional e as atribuições definidas para cada um dos setores envolvidos são questões fundamentais. Apesar de a Lei 8080 estabelecer claramente o papel do SUS nessa área, não houve qualquer alteração no campo jurídico-legal, que redefinisse os papéis dos demais setores.

A Comissão Interministerial de Saúde do Trabalhador (CIST), constituída em 1993, poderia ter avançado na integração entre os diversos setores. Contudo, suas resoluções foram extremamente limitadas e de manutenção do *"status quo"*, preservando os tradicionais papéis dos setores previdência e trabalho. Não apresentou qualquer proposta operacional para alterar as lógicas de funcionamento desses setores. Ao contrário, reforçou o caráter das ações que já eram executadas, como a obrigatoriedade do estabelecimento do nexos pela Perícia Médica do INSS, introduzindo ainda a proposta de que os peritos também visitassem os ambientes de trabalho para subsidiar sua prática.

A CIST estabeleceu, ainda, que a *"segurança e saúde no trabalho"* eram atribuições do Ministério do Trabalho que, através de sua Secretaria de Segurança e Saúde no Trabalho, deveria assumir o papel de coordenar a inspeção dos ambientes e das condições de trabalho e que:

*"(...) o Ministério do Trabalho tem responsabilidades legais na execução de ações de fiscalização das condições de segurança e saúde nos locais de trabalho"* (Brasil.MPAS.MS.MTb 1993).

Pode-se observar que essa resolução mantém a lógica dominante até então, ou seja, a dicotomia e a fragmentação das ações. O setor trabalho continuaria sendo responsável pela inspeção dos ambientes de trabalho, que deveria ser um dos componentes das ações de vigilância que, por sua vez, deveriam ser executadas pelo SUS.

Essas resoluções cartoriais têm representado mais uma importante limitação para a construção de um modelo de atenção integral. Além de reforçar estruturas vigentes, consolidam a duplicidade e dissociação de ações entre estruturas governamentais. Na lógica dos burocratas da CIST, o SUS prestaria a assistência e faria diagnósticos, porém, o trabalhador deveria ser submetido a outra avaliação médica, da Perícia Médica do INSS, para a caracterização do nexo entre o problema apresentado e o trabalho. Além disso, um mesmo ambiente de trabalho poderá ser visitado por representantes de três instituições governamentais, de forma isolada, cada qual avaliando aspectos particulares e definindo encaminhamentos específicos de sua área.

É importante reafirmar que, no plano teórico-conceitual, a proposta de um modelo de atenção integral à saúde do trabalhador para o setor saúde (SUS) representou um avanço em relação à situação vigente, até o final da década de 1980. Contudo, pode-se constatar que não houveram avanços nas proposições de ações para modificar a lógica dos setores trabalho e previdência; e esta é objetivamente uma das principais limitações para a efetiva implantação do modelo de atenção proposto para o SUS.

## **6.2. No plano empírico-concreto**

Ao nível da prática concreta, a primeira questão que surge no início da síntese é se realmente existe um modelo único de atenção à saúde do trabalhador, que integra os setores analisados neste estudo. Ou, por outro lado, se há mais de um modelo, coexistindo em constante harmonia conflituosa.

Pode-se constatar que os principais setores/serviços envolvidos no desenvolvimento de ações na área da saúde do trabalhador, estão organizados em espaços físicos distintos e a relação entre os mesmos, quando ocorria, se dava de forma burocrática. Em todas as entrevistas realizadas, quando se questionou sobre a relação interinstitucional, a resposta era a mesma: não há qualquer ação conjunta. Ou, quando havia, esta relação era estabelecida de forma pontual.

No processo de institucionalização do modelo de atenção à saúde do trabalhador no Brasil, os movimentos sociais organizados atribuíram ao setor saúde um novo papel nesse projeto (Brasil.MS 1986; Brasil 1986; 1994). Deve-se considerar que as instâncias governamentais do setor saúde, mesmo sem ter tido a iniciativa, foram colocadas em cena há pouco tempo e em decorrência da participação dos movimentos sociais nas Conferências de Saúde, que deliberaram pela implantação da atenção à saúde do trabalhador no SUS. Outra questão a ser considerada é que a participação dos setores trabalho e previdência, nesses fóruns, foi diferenciada do saúde e permeada por resistência e disputa de projetos.

É importante registrar também que, embora continue existindo uma resistência institucional da estrutura vigente no SUS (no próprio Ministério da Saúde e nas Secretarias Estaduais e Municipais da Saúde) de implementar as resoluções das Conferências relativas à saúde do trabalhador, pelo menos, ao nível do discurso o sistema vem assumindo esse projeto. Em que pese essa resistência institucional, relacionada ao caráter de classe do Estado, deve-se ressaltar que algumas gestões municipais vêm tentando implantar ações de saúde do trabalhador no SUS "municipal". Já os Ministérios da Previdência e do Trabalho, em todos os níveis de suas estruturas organizacionais, não se comprometeram com esse projeto, sequer ao nível do discurso.

No plano empírico-concreto, pode-se observar que, apesar da implantação de ações e serviços de saúde do trabalhador pelo SUS “municipal”, a DRT e o INSS mantiveram a mesma estrutura e lógica de funcionamento, desenvolvendo as mesmas ações realizadas há anos. Os trabalhadores continuam sendo encaminhados à Perícia Médica do INSS, que é a única instituição com papel oficial de caracterizar **nexos** e ajuizar sobre a concessão dos benefícios; e, ainda, encaminhados ao CRP, do INSS, caso necessitem reabilitação profissional, pois apenas essa instituição realiza ações nessa área. Por sua vez, os ambientes de trabalho continuam sendo **fiscalizados** pela DRT, que continua na disputa para que essa atribuição seja de sua competência exclusiva; a DRT desconsidera e não reconhece o papel diferenciado do SUS, no âmbito da vigilância nesses ambientes.

Essa situação vem sendo agravada porque esses setores praticamente não “dialogam” entre si, não existindo qualquer mecanismo facilitador de encaminhamentos. Ou seja, um trabalhador atendido em um serviço de saúde do SUS, como um CRST por exemplo, mesmo tendo diagnóstico de uma doença relacionada ao trabalho, necessita passar pela Perícia Médica do INSS para poder recorrer aos seus direitos, como: o afastamento do ambiente e/ou situação de risco; o afastamento do trabalho para tratamento; e o recebimento de benefícios pecuniários. Em algumas situações, a Perícia descaracteriza o diagnóstico médico, sem garantia de seus direitos; mesmo o diagnóstico estabelecido por profissional de uma instituição é conferido. São desrespeitados os princípios básicos de racionalidade do sistema de saúde, além dos de ética profissional.

O trabalhador que necessita de reabilitação profissional, também tem que enfrentar caminhos tortuosos. Tem que ser encaminhado primeiro

à Perícia Médica, do INSS, que é a instância responsável pela decisão sobre a necessidade de reabilitação de cada caso; o CRP só atende os trabalhadores encaminhamentos pela Perícia.

As ações de fiscalização realizadas pela DRT seguem lógica própria, havendo resistência institucional e da maioria de seus profissionais em realizar ações integradas, ou mesmo articuladas, com o setor saúde. É importante destacar que as lógicas da fiscalização, do MTb-DRT, e da vigilância em saúde, do SUS, são muito distintas. A fiscalização tem o objetivo de verificar o cumprimento da lei, podendo aplicar sanções e penalidades; é uma ação pontual e sem controle sobre possíveis modificações na situação que gerou a punição. Por sua vez, a vigilância é concebida como um processo que objetiva a modificação do ambiente de trabalho e/ou situação de risco, considerando o saber do trabalhador e não apenas o que está estabelecido em lei.

Pode-se constatar que não existe um modelo único de atenção à saúde do trabalhador, sendo desenvolvido seja no município de São Paulo, seja no restante do país. As práticas institucionais dos setores trabalho e previdência estão burocraticamente uniformizados por normas e portarias em todo o país. O que se pode diferenciar, um pouco, são os projetos desenvolvidos pelo setor saúde. Tendo como referência o conceito de modelo tecno-assistencial (Campos 1989; 1994), observa-se que as ações e serviços são organizados e distribuídos de forma distinta pelos setores estatais, aqui estudados.

É importante resgatar o contexto no qual foi forjada a proposta do modelo de atenção à saúde do trabalhador no SUS. O processo de construção da proposta do SUS foi resultado da articulação de vários setores sociais, que entendiam que a organização de um sistema de saúde estava associada a um projeto mais amplo, de resgate da cidadania. No

processo mais amplo de redemocratização do país, buscava-se construir um Estado de bem estar, forte, que reparasse parte da histórica dívida social e assumisse a responsabilidade e execução das políticas sociais. Nesse sentido, o SUS era o “novo”, o projeto contra-hegemônico, com referenciais distintos dos adotados até então.

Ao contrário do setor saúde, os setores previdência e trabalho não experimentaram processo semelhante. Dessa forma, esses setores sofreram menor pressão dos movimentos sociais, o que pode justificar em parte a manutenção de sua lógica e racionalidade. Além disso, deve-se considerar que o projeto de Reforma da Previdência aperfeiçoa e aprofunda o modelo de seguro social privado, retirando a responsabilidade do Estado nessa política social, na lógica do Estado mínimo.

Também é importante considerar que a atuação dos setores previdência e trabalho, no Brasil, sempre estiveram mais a serviço do capital do que dos trabalhadores. E suas ações sempre foram limitadas e de caráter seletivo, privilegiando os trabalhadores ativos e, mais ainda, aqueles do setor formal da economia. Por outro lado, quando se formulou a diretriz da universalidade para o SUS, pretendeu-se justamente superar essa política excludente da previdência, pelo menos no âmbito da atenção à saúde.

Contudo, até hoje apenas os trabalhadores-segurados têm direito aos serviços e benefícios previdenciários. Na prática, o INSS só caracteriza e reconhece como tal lesões (acidentes), doenças e mortes relacionadas com o trabalho ocorridas em trabalhadores-segurados pelo sistema previdenciário. Ou, dito de outra maneira, além de não terem acesso aos serviços e benefícios previdenciários, os trabalhadores do setor informal da economia sendo excluídos até das estatísticas oficiais sobre a infortunística brasileira.

Em relação à integralidade das ações, é importante destacar que de um lado o setor saúde vem tentando implantar um modelo de atenção integral à saúde do trabalhador, com equipes multiprofissionais. Deve-se considerar, no entanto, que a experiência do SUS nessa área ainda tem sido limitada e centrada na estratégia de implantar serviços especializados, como os Centros de Referência por exemplo. Por outro lado, os setores trabalho e previdência vêm mantendo seus serviços de forma limitada e tradicional; a DRT continua trabalhando apenas com médicos e engenheiros e o INSS somente com os médicos peritos.

Os serviços de saúde do SUS, como os CRSTs por exemplo, vêm tentando desenvolver ações integrais de saúde, ou seja, abrangendo o espectro da prevenção à cura. Nesses serviços, têm sido realizadas ações desde a vigilância, grupos educativos, assistência individual em diversas especialidades (médicas e não médicas), até a reabilitação física.

Por outro lado, as ações desenvolvidas pelos setores trabalho e previdência têm um caráter burocrático-legal, parcial e limitado. A DRT continua desenvolvendo apenas ações de fiscalização sobre as empresas, não tendo qualquer aproximação com a vigilância em saúde. É importante considerar que o objetivo dessa fiscalização não é a preservação da saúde dos trabalhadores, por meio da identificação de riscos ou situações de risco nos ambiente e/ou processos de trabalho. Na prática, o objetivo central está relacionado com a preservação da ordem vigente e do capital, independentemente dos riscos que a empresa capitalista possa representar para a saúde dos trabalhadores. É importante lembrar que a justificativa de que toda empresa capitalista tem uma "função social", fornecendo postos de trabalho (emprego) às classes trabalhadoras, foi inclusive explicitada subliminarmente, numa das entrevistas.

E o INSS vem mantendo a perícia médica, não tendo sequer a

abrangência de assistência médica individual que visasse diagnóstico, tratamento ou prevenção. Já a reabilitação profissional, apesar de ser desenvolvida por profissionais de várias categorias, não tem nem busca construir um caráter de abordagem multiprofissional, sendo limitada apenas à readaptação do segurado e restrita a algumas ocupações e/ou funções do setor formal. Nesse sentido, a previdência trata o trabalhador-segurado como objeto passivo de sua ação; dito de outra maneira, a previdência não trata o trabalhador como sujeito de sua história, com desejos e potencialidades para se integrar de outra forma ao processo produtivo. O objetivo não é a saúde do trabalhador, mas a reparação do trabalhador, enquanto peça avariada de uma máquina (a empresa capitalista) que, por sua vez, não pode parar.

Limitações também são encontradas no setor saúde. No plano empírico-concreto, resguardando iniciativas isoladas, os serviços de saúde do SUS não têm conseguido implementar as ações de vigilância, consideradas estratégicas para o modelo de atenção à saúde do trabalhador. Pode-se constatar que as iniciativas desses serviços foram insuficientes e limitadas, no campo da própria vigilância, e pouco ousadas para reverter a predominância da lógica assistencialista; o caráter das ações predominantes nos serviços continua sendo individual. Cabe ressaltar, ainda, que em algumas experiências como a de São Paulo, o desenvolvimento das ações de vigilância ficou subordinado a um acordo com o Ministério Público; a maior parte dessas ações vinham sendo desencadeadas a partir da demanda dessa instituição.

Outra limitação importante do modelo de atenção à saúde do trabalhador consiste na estratégia de implementar ações dessa área predominantemente através da implantação de serviços especializados e/ou centralizados, como os Centros de Referência ou programas

estaduais. E, ainda, não se ter avançado na sensibilização e envolvimento efetivo da rede básica de serviços do SUS nessas ações. Em um sistema de saúde hierarquizado como o SUS, os serviços especializados, como os Centros de Referência, teriam o papel de serviços de referência secundária para uma rede de serviços básicos. Nesse sentido, alguns questionamentos devem ser pautados: Que papel desempenham então esses Centros de Referência, na prática? São referência para quem, já que a saúde do trabalhador não foi incorporada pela rede básica?

### 6.3. Considerações finais

Iniciamos esta discussão final lembrando do estudo feito por Engels (1845) há mais de um século, no qual mostra a situação da classe trabalhadora na Inglaterra. Apesar do grande tempo decorrido, seus relatos têm uma atualidade impressionante, principalmente quando observamos nossa realidade. Tal qual na Inglaterra do início do século XIX, no Brasil, às vésperas do ano 2.000 ainda encontramos a classe trabalhadora sujeita a todo tipo de risco, nos ambientes de trabalho, e em péssimas condições de trabalho. Certamente, o cenário atual é um tanto mais complexo.

Por um lado, no Brasil, persistem condições de trabalho semelhantes àquelas da Inglaterra, como o trabalho nas carvoarias, em pedreiras, no garimpo e em algumas siderúrgicas, além da exploração do trabalho infantil. De outro, encontramos uma nova parcela da classe trabalhadora sujeita a outros tipos de riscos, muitas vezes de difícil identificação, por estarem muito mais relacionados à organização do trabalho e não apenas à presença de "agentes nocivos".

Nesse sentido, além dos acidentes fatais na construção civil e na metalurgia, das intoxicações, perdas de audição etc., constata-se hoje o crescimento de doenças como as LER, hipertensão arterial e doenças mentais relacionadas ao trabalho. No município de São Paulo, por exemplo, apesar de não haver uma análise detalhada da morbidade, a coordenação do PST reconhece que, em alguns serviços, a LER vem sendo o principal diagnóstico. Houve um aumento significativo do número de doenças diagnosticadas no município, passando de 566 em 1980, para 5.258 em 1995. Este quadro foi acompanhada de uma redução pouco significativa dos acidentes, que passaram de 420 em 1980 para 352, em 1995 (São Paulo.SMS 1997).

As transformações ocorridas no mundo do trabalho, a globalização, a reestruturação produtiva determinam novos arranjos nas relações capital/trabalho, interferindo diretamente nas condições de trabalho, vida e conseqüentemente na saúde dos trabalhadores. Assim, há que se levar em conta esse novo cenário quando se discute uma proposta de modelo de atenção em saúde do trabalhador.

A globalização vem acompanhada do *desemprego estrutural*, situação considerada por muitos como inevitável. Porém, esse fato não está ocorrendo da mesma forma, em todos os países. Os Estados Unidos têm conseguido, nos últimos anos, diminuir a taxa de desemprego, ao passo que o Brasil vem superando nos primeiros meses de 1998, os recordes da taxa de desemprego dos últimos vinte anos. Assim, a globalização não deve ser considerada a única responsável pelo crescente desemprego. A tecnologia da área da informática e/ou automação e as novas formas de organização do trabalho são causas do desemprego estrutural. Porém, a política deflacionária sistemática implementada pelos países capitalistas desenvolvidos e imposta por eles aos países em desenvolvimento é outra

causa provocadora de desemprego.

*“O objetivo governamental de pleno emprego cedeu prioridade ao combate à inflação, vista como pior dos males. Os meios de intervenção fiscal, monetária e cambial são acionados incessantemente com vistas a garantir a deflação compressora, particularmente vantajosa ao capital financeiro” (Gorender 1997).*

O Brasil do real é exemplo típico de aplicação dessa política.

Sabe-se que o Fundo Monetário Internacional (FMI) e o Banco Mundial têm pressionado muito os países (devedores) em desenvolvimento para cumprirem a política econômica delineada pelo Consenso de Washington.

*“(...) com o catecismo do Banco Mundial e do Fundo Monetário Internacional em suas mãos, nossos governos [os governos da América Latina] estão destruindo a educação e a saúde pública, acentuando as desigualdades sociais, acrescentando a proporção de pobres estruturais e marginais de todo tipo que não podem ser “reconvertidos” e incorporados criativamente à economia moderna” (Borón 1995).*

O desemprego gerado em decorrência das políticas neoliberais é considerado “positivo”, fazendo parte do processo de fortalecimento das “forças do mercado”.

*“A geração do desemprego, longe de ser indício preocupante, é um sinal de que as coisas caminham bem, de que a economia se está reestruturando”, modernizando, tornando-se mais competitiva. São, em síntese, nada mais do que as dores do parto da nova sociedade que os feiticeiros neoliberais estão fazendo nascer e não há razões para se preocupar” (Borón 1995).*

É importante considerar, ainda, que a partir da década de 1980 vem ocorrendo um processo de “heteroginização, fragmentação e complexificação” da classe trabalhadora, verificando-se nesse período uma *desproletarização do trabalho industrial*” (Antunes 1995). Ou seja, vem havendo uma diminuição da classe operária industrial tradicional, acompanhada da

expansão do trabalho assalariado, dada pelo importante crescimento do setor serviços. Observa-se, ao mesmo tempo,

*“(...) uma subproletarização intensificada, presente na expansão do trabalho parcial, temporário, precário, subcontratado, ‘terceirizado’, que marca a **sociedade dual** no capitalismo avançado” (Antunes 1995).*

Essas transformações têm impacto sobre as políticas públicas, em particular a saúde. A proposta de Estado mínimo, a valorização do livre mercado, tem tido reflexo direto sobre a política de saúde brasileira. Observa-se que, nos últimos anos, apesar do compromisso assumido pelo atual presidente em sua campanha eleitoral, colocando a saúde como uma das cinco prioridades de governo, esse setor vem recebendo muito pouca atenção. Evidencia-se facilmente essa situação pelo quadro atual de saúde da população brasileira, em que persistem as antigas endemias, sem controle (como a tuberculose), surgem novas epidemias (como a dengue), associadas ao sucateamento dos serviços públicos e, principalmente, ao atrelamento do setor saúde às políticas econômicas.

Outra questão importante a ser destacada é relativa aos movimentos sociais. No Brasil, o movimento popular de saúde e o movimento sindical de trabalhadores tiveram importante papel na luta pela democratização da sociedade e pelas políticas sociais, principalmente nos anos 1980. Porém, hoje esses movimentos estão apresentando dificuldades em manter o mesmo grau de organização e luta. Em particular, o movimento sindical vem apresentando uma diminuição da taxa de sindicalização e, em decorrência da grave crise econômica, tem dirigido sua luta à garantia do emprego. Com isso, não tem havido grande mobilização no sentido de discutir as condições de trabalho e a saúde do trabalhador.

Nesse sentido, a conjuntura atual traz novos limites para o desenvolvimento de um programa de saúde do trabalhador, como

idealizado pelos movimentos sociais, além dos limites impostos pela própria lógica capitalista. Nesse sentido, hoje novos elementos devem ser considerados na discussão e implantação de um modelo de atenção à saúde do trabalhador.

Não seria possível analisar o modelo de atenção à saúde do trabalhador proposto para o SUS, idealizado há mais de uma década, sem considerar as mudanças no cenário político, que são muito dinâmicas e que, em particular nos últimos anos, têm sido bastante significativas.

## 7. CONCLUSÕES

Neste estudo, pode-se constatar que não existe um modelo único de atenção à saúde do trabalhador, articulando e/ou integrando os setores trabalho, previdência e saúde, na lógica do SUS. Na prática, vem se consolidando distintos modelos de atenção para os trabalhadores brasileiros, cada um com referenciais e lógicas particulares, em constante disputa ou, como já foi caracterizado anteriormente, em harmonia conflituosa.

O modelo de atenção à saúde do trabalhador proposto para o SUS, que vem sendo implantado em alguns municípios, embora tenha logrado alguns avanços, não conseguiu superar limites importantes. Nesse sentido, na medida em que a experiência histórica com esse modelo não conseguiu concretizar seu projeto teórico de implantar ações em toda a rede de serviços de saúde de uma base territorial, tem contribuído para a manutenção dos modelos da previdência e do trabalho. A vigilância em saúde, apesar de estratégica para esse modelo do SUS, ainda não é o eixo organizador das ações; e a abrangência e cobertura dessas ações também têm sido muito limitadas.

A organização de serviços especializados em saúde do trabalhador no SUS "municipal" foi insuficiente para reverter a prática instituída de ações burocrático-legais, subordinadas à lógica do capital, tanto nos modelos dos setores trabalho e previdência, quanto no âmbito do modelo do setor saúde. Nesse sentido, observou-se que, apesar do compromisso dos profissionais desses serviços com a saúde dos trabalhadores, suas

práticas continuam reforçando a lógica da reparação financeira de danos relacionados com o trabalho.

Geralmente o que motiva a demanda por serviços de saúde é a possibilidade de receber algum auxílio monetário, fundamental para a sobrevivência física, ainda mais em casos de desemprego. Muitas vezes, o trabalhador mantém-se trabalhando doente, por anos a fio, com medo de procurar ajuda por causa da ameaça subliminar de demissão. Quando é demitido, na condição de desempregado e sem muitas perspectivas de futuro, aí o trabalhador costuma procurar os serviços de saúde, nem sempre preocupado com sua saúde, mas com a possibilidade de receber os benefícios a que tem direito.

Nem o setor saúde, nem os profissionais de saúde têm meios para mudar essa situação. Porém, ao assumir novas práticas, com uma postura mais crítica e criativa, poderiam estar contribuindo para a construção de outras alternativas. Contudo, o que se constatou foi a manutenção da postura de preservar e, em certa medida, reforçar a monetização do risco, a burocracia institucional e o caráter punitivo das instituições.

Um aspecto importante do modelo proposta para o SUS é o da participação dos trabalhadores, tanto na gestão e planejamento, quanto na execução de ações e serviços, reconhecendo-o como sujeito de sua história e valorizando o seu saber. As experiências dos Centros de Referência buscaram colocar em prática essa diretriz. Contudo, não pode-se observar qualquer intenção dos setores trabalho e previdência em implementar essa diretriz. A previdência, em particular, além de desconsiderar o saber dos trabalhadores, freqüentemente desconsidera inclusive o saber técnico dos profissionais dos serviços de saúde, defendendo apenas a lógica e os interesses da seguradora.

Pode-se constatar que, além de comporem modelos distintos, os

setores estudados também vêm assumindo compromissos distintos. A referência para o desenvolvimento do projeto do SUS é a **saúde do trabalhador**. Já a referência para os modelos dos setores trabalho e previdência continua sendo a **manutenção da lógica e dos interesses do capital**; a saúde do trabalhador pode até vir a ser um subproduto, desde que não interfira nessa lógica.

Constatada a existência de mais de um modelo de atenção à saúde do trabalhador, desenvolvidos concomitantemente por setores do Estado brasileiro, é fundamental a discussão sobre a possibilidade de integração entre eles. Ressalte-se que essa integração intersetorial é uma diretriz do modelo de atenção proposto para o SUS defendida, até o momento, por parcela considerável dos atores sociais que atuam nesse campo. Quando se propõe uma integração, não é possível abstrair a história institucional, os projetos teóricos e as práticas dos setores envolvidos.

Nesse sentido, julga-se impossível a integração entre os setores trabalho, previdência e saúde que se desenvolveram e mantêm referenciais e compromissos tão antagônicos; as resoluções da CIST e seus desdobramentos práticos corroboram esta avaliação. Neste momento, é estratégica a reavaliação e redirecionamento do projeto de atenção à saúde do trabalhador para o SUS.

A conjuntura atual está bastante desfavorável a qualquer política social, que comprometa o Estado brasileiro. Contudo, deve-se retomar a diretriz da II CNST de implantar ações em saúde do trabalhador em toda a rede pública de serviços, de forma prioritária. E, ainda, resgatar a diretriz da vigilância em saúde como eixo estruturador das ações nessa área, ampliando e aprofundando as experiências desse campo.

É importante considerar que o caminho para se conquistar a saúde dos trabalhadores na perspectiva da defesa da vida, é longo e tortuoso.

São necessárias muitas lutas, conquistas mais abrangentes no campo social e transformações de caráter democrático nos ambientes e organização do trabalho. Isoladamente, o setor saúde não tem capacidade e nem competência para enfrentar e responder essa questão. A consciência sobre essa limitação é fundamental, tanto para os profissionais de saúde, quanto para os trabalhadores.

Neste estudo, tentou-se uma aproximação de uma realidade relativamente complexa. Optou-se por uma das várias possibilidades de aproximação a essa realidade e, ainda, de forma parcial e limitada. Nesse sentido, este trabalho terá atingido seu objetivo se puder despertar novos questionamentos e "incômodos" que, por sua vez, também estimulem a crítica e a elaboração de novos estudos.

## 8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ANTUNES, R. *Classe Operária, Sindicatos e Partidos no Brasil*. 3ª. ed. São Paulo: Cortez/Ensaio, 1990.
- \_\_\_\_\_. *Adeus ao Trabalho? Ensaio sobre as Metamorfases e a Centralidade do Mundo do Trabalho*. 2ª. ed. São Paulo: Cortez/Ed. UNICAMP, 1995.
- BASTOS, M.V. Saúde e Previdência Social no Brasil. O Impacto da Previdência Social na Organização dos Serviços Médicos [1978]. Apud OLIVEIRA, J.A.A.; TEIXEIRA, S.M.F. *(Im)previdência Social. 60 Anos de História da Previdência no Brasil*. 2ª. ed. Petrópolis-RJ: Vozes/Abrasco, 1989.
- BENATTI, M.C. Os serviços de saúde nas empresas brasileiras. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional* 70(18): 53-58, 1990.
- BOBBIO, N.; MATTEUCI, N.; PASQUINO, G. *Dicionário de Política* [vol. 2]. 7ª.ed. Brasília-DF: Editora da Universidade de Brasília, 1995.
- BORÓN, A. A sociedade civil depois do dilúvio neoliberal. In: SADER, E. & GENTILI, P.(org.) *Pós-Neoliberalismo. As Políticas Sociais e o Estado Democrático*. São Paulo: Paz e Terra, 1995. pp.63-118.
- BRAGA, J.C.S.; PAULA, S.G. *Saúde e Previdência. Estudos de Política Social*. 2ª. ed. São Paulo: Hucitec, 1986.
- BRANT, V.C.(coord.) *São Paulo: trabalhar e viver*. São Paulo: Comissão de Justiça e Paz/Brasiliense, 1989.
- BRASIL. Decreto No. 55.841, de 15/3/65 [Aprova o regulamento da inspeção do trabalho]. *Diário Oficial da União* de 16/3/65.

- \_\_\_\_\_. Lei No. 6.229, de 17/07/75 [Dispõe sobre a organização do Sistema Nacional de Saúde]. 6p. [mimeo]
- \_\_\_\_\_. *1a. Conferência Nacional de Saúde dos Trabalhadores [Relatório Final]*. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 1986. 41p. [mimeo]
- \_\_\_\_\_. *Constituição da República Federativa do Brasil [1988]*. 6ª. ed. São Paulo: Saraiva, 1992.
- \_\_\_\_\_. Lei No. 8.080, de 19/9/90 [Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências]. In: SÃO PAULO.Secretaria de Estado da Saúde. *Dos Direitos à Saúde*. São Paulo: SES-SP, 1991.
- \_\_\_\_\_. *IX Conferência Nacional de Saúde [Relatório Final]*. Brasília-DF: Ministério da Saúde/Conselho Nacional de Saúde, 1993. 47p.
- \_\_\_\_\_. *2a. Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador [Relatório Final]*. Brasília-DF: Ministério da Saúde/Conselho Nacional de Saúde, 1994. 51p.
- \_\_\_\_\_. Decreto No. 1.643, de 25/9/95 [Aprova a estrutura regimental e o quadro demonstrativo dos cargos em comissão e funções gratificadas do Ministério do Trabalho e dá outras providências]. *Diário Oficial da União* de 26/9/95.
- BRASIL.Ministério da Previdência e Assistência Social. *Reabilitação Profissional [folheto informativo]*. Brasília-DF: MPAS.INSS, 1994.
- \_\_\_\_\_. *Manual do Médico-Perito da Previdência Social [1993]*. 3ª. ed. Brasília-DF: MPAS.INSS, 1995. 92p.
- BRASIL.Ministério da Previdência e Assistência Social.Ministério da Saúde. Ministério do Trabalho. *Comissão Interministerial de Saúde do Trabalhador [Relatório Final]*. Brasília-DF: MPAS/MS/MTb, 1993.
- BRASIL.Ministério da Saúde. *VIII Conferência Nacional de Saúde*

[Relatório Final]. Brasília-DF: MS, 1986 [mimeo]

\_\_\_\_\_. *Saúde do Trabalhador. Diretrizes de ação para o SUS*. Brasília-DF: MS, 1991. 35p. [mimeo]

\_\_\_\_\_. Municipalização das ações e serviços de saúde: a ousadia de cumprir e fazer cumprir a Lei. In: *Saúde em Debate* 38: 4-17, 1993.

\_\_\_\_\_. *Norma Operacional de Saúde do Trabalhador no SUS (NOST-SUS)*. Brasília-DF: MS.SVS.SAS, 1994. 37p. [mimeo]

\_\_\_\_\_. Portaria No. 1.742, de 30/8/96 [Norma Operacional Básica do SUS (NOB-SUS 01/96)]. *Diário Oficial da União* de 02/9/96.

BRASIL.Ministério do Trabalho. Portaria No. 3.237, de 27/7/72 [Serviços especializados em segurança, higiene e medicina do trabalho]. *Diário Oficial da União* de 28/7/72.

\_\_\_\_\_. Portaria No. 24, de 29/12/94. [Norma Regulamentadora No.7 (NR-7). Programa de controle médico de saúde ocupacional]. *Diário Oficial da União* de 30/12/94.

BRASIL.Ministério do Trabalho.DRT-SP. *Divisão de Segurança e Saúde do Trabalhador [relatório de atividades]*. São Paulo, 1997. 4p. [mimeo]

CAMPOS, G.W.S. Modelos assistenciais e Unidades Básicas de Saúde: elementos para debate. In: \_\_\_\_\_; MERHY, E.E.; NUNES, E.D. *Planejamento sem Normas [cap. 4]*. São Paulo: Hucitec, 1989. pp. 53-60.

\_\_\_\_\_. *Reforma da Reforma. Repensando a Saúde*. São Paulo: Hucitec, 1992

\_\_\_\_\_. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas. O caso da saúde. In: CECÍLIO, L.C.O. (org.) *Inventando a Mudança na Saúde*. São Paulo: Hucitec, 1994. pp. 29-87.

CARNEIRO, S.A.M. *Programa de Saúde do Trabalhador da Secretaria*

- Municipal de Saúde da Prefeitura do Município de São Paulo. Relatos de uma experiência.* São Paulo, 1992. 10p. [mimeo]
- CAVALCANTI, V.L. *Construindo a Atenção à Saúde do Trabalhador no SUS. A Experiência do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador de Santo Amaro.* São Paulo, 1996. [Dissertação de Mestrado - Faculdade de Medicina da USP].
- COHN, A. *Previdência Social e Processo Político no Brasil.* São Paulo: Moderna, 1980.
- \_\_\_\_\_. A saúde na Previdência Social e na Seguridade Social: antigos estigmas e novos desafios. In: \_\_\_\_\_; ELIAS, P.E. *Saúde no Brasil. Políticas e Organização de Serviços.* São Paulo: Cortez, 1996. pp. 11-55.
- COSTA, D.F.; CARMO, J.C.; SETTIMI, M.M.; SANTOS, U.P. *Programa de Saúde dos Trabalhadores. A experiência da Zona Norte: uma alternativa em saúde pública.* São Paulo: Hucitec, 1989.
- DEMO, P. *Metodologia Científica em Ciências Sociais [1980].* 3ª. ed. São Paulo: Atlas, 1995.
- DEURSEN, F.V. Funções de um serviço médico de empresa. In: MENDES, R. (org.). *Medicina do Trabalho e Doenças Profissionais [cap. 3].* São Paulo: Sarvier, 1980. pp. 77-104.
- DIAS, E.C. *A Atenção à Saúde dos Trabalhadores no Setor Saúde (SUS), no Brasil Realidade, Fantasia ou Utopia?* Campinas-SP, 1994. [Tese de Doutorado - Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP]
- DIAS, E.C. O manejo dos agravos à saúde relacionados com o trabalho. In: MENDES, R. (org.). *Patologia do Trabalho.* Rio de Janeiro: Atheneu, 1995. pp.59-85.
- DONNANGELO, M.C.F. *Medicina e Sociedade.* São Paulo: Pioneira, 1975.
- ENGELS. F. *Die Lage Der Arbeitendem Klasse in England [1845].*

- Tradução de Artigas, R.C.; Forti, R. *A Situação da Classe Trabalhadora na Inglaterra*. 2ª. ed. São Paulo: Global, 1988.
- FALEIROS, V.P. *O Trabalho da Política. Saúde e Segurança dos Trabalhadores*. São Paulo: Cortez, 1992.
- \_\_\_\_\_. *A Política Social do Estado Capitalista. As Funções da Previdência e da Assistência Sociais*. 7ª. ed. São Paulo: Cortez, 1995.
- FLEURY, S. Bases sociais para a reforma sanitária no Brasil. *Divulgação em Saúde Para Debate* 4: 8-10, 1991.
- GORENDER, J. Globalização, tecnologia e relações de trabalho. *Estudos Avançados* 11(29): 311-395, 1997.
- IBGE. Contagem Populacional 1996. <<http://www.ibge.gov.br>>, 1998.
- LACAZ, F.A.C. *Saúde no Trabalho*. São Paulo, 1983 [Dissertação de Mestrado - Faculdade de Medicina da USP]
- \_\_\_\_\_. Reforma sanitária e saúde do trabalhador. *Saúde e Sociedade* 3(1): 41-59, 1994.
- \_\_\_\_\_. *Saúde do Trabalhador. Um Estudo Sobre As Formações Discursivas da Academia, dos Serviços e do Movimento Sindical*. Campinas-SP, 1996. [Tese de Doutorado - Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP]
- LAURELL, A.C. Avançando em direção ao passado: a política social do neoliberalismo. In: Laurell, A.C. (org.). *Estado e Políticas Sociais no Neoliberalismo*. São Paulo: Cortez, 1995. pp.151-178.
- LAURELL, A.C.; NORIEGA, M. *Processo de Produção e Saúde. Trabalho e Desgaste Operário*. São Paulo: Hucitec, 1989.
- MACHADO, J.M.H. Processo de vigilância em saúde do trabalhador. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 13(supl. 2): 33-45, 1997.
- MACHADO, R.; LOUREIRO, A.; LUZ, R.; MURICY, K. *Danação da Norma. A Medicina Social e a Constituição da Psiquiatria no Brasil*.

Rio de Janeiro: Graal, 1978.

MENDES, E.V. O processo social da distritalização da saúde. In: \_\_\_\_\_ (org.). *O Distrito Sanitário. O processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 1993. pp. 93-158.

MENDES, E.V.; TEIXEIRA, C.F.; ARAÚJO, E.C.; CARDOSO, M.R.L. Distritos Sanitários: conceitos chave. In: MENDES, E.V. (org.). *Distrito Sanitário. O processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 1993. pp. 159-185.

MENDES, J.M.; OLIVEIRA, P.A.B. Medicina do trabalho: o desafio da integralidade na atenção à saúde. In: VIEIRA, S.I. *Medicina Básica do Trabalho (vol. IV)*. 2ª. ed. Curitiba: Genesis, 1995. pp.33-40.

MENDES, R. Introdução à Medicina do Trabalho. In: \_\_\_\_\_ (org.). *Medicina do Trabalho e Doenças do Profissionais [cap. 1]*. São Paulo: Sarvier, 1980. pp.4-42.

\_\_\_\_\_. *Doutrina e Prática da Integração da Saúde Ocupacional no Setor Saúde*. São Paulo, 1986. [Tese de Livre Docência - Faculdade de Saúde Pública da USP]

\_\_\_\_\_; DIAS, E.C. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. *Rev. Saúde públ.* São Paulo, 25(5): 341-9, 1991.

\_\_\_\_\_; DIAS, E.C. Saúde do trabalhador. In: ROUQUAYROL, M.Z. (ed.). *Epidemiologia & Saúde [cap. 14]*. 4ª. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1993. pp.383-402.

MERHY, E.E. Brasil pós-64: financiamento e modelos dos serviços de saúde. In: CAMPOS, G.W.S; MERHY, E.E.; NUNES, E.D. *Planejamento sem Normas [cap. 5]*. São Paulo: Hucitec, 1989. pp. 61-112.

- \_\_\_\_\_. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida. In: CECÍLIO, L.C.O. (org.) *Inventando a Mudança na Saúde* [cap. 3]. São Paulo: Hucitec, 1994. pp.117-160.
- \_\_\_\_\_; CECÍLIO, L.C.O.; NOGUEIRA, F.N.C. Por um modelo tecno-assistencial da política de saúde em defesa da vida: contribuição para as conferências de saúde. *Saúde em Debate* 33: 83-89, 1991.
- MINAYO, M.C.S. Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social. In: \_\_\_\_\_ (org.) *Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade*. 3ª. ed. Petrópolis-RJ: Vozes, 1994a. pp.9-29.
- \_\_\_\_\_. *O Desafio Do Conhecimento. Pesquisa Qualitativa em Saúde*. 3ª. ed. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 1994b.
- MINAYO-GOMEZ, C.; THEDIM-COSTA, S.M.F. A construção do campo da saúde do trabalhador: percurso e dilemas. *Cadernos de Saúde Pública* 13(supl. 2): 21-32, 1997.
- NARDI, H.C. *Medicina do Trabalho e Saúde do Trabalhador: O conflito capital/trabalho e a relação médico-paciente*. Porto Alegre, 1996. [Dissertação de Mestrado - Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da UFRGS]
- NOGUEIRA, D.P. Medicina do trabalho no Brasil: passado, presente e futuro. In: VIEIRA, S.I. *Medicina Básica do Trabalho* (vol. IV). 2ª. ed. Curitiba: Genesis, 1995. pp.23-31.
- NUNES, E.D.; ROCHA, L.E. 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* [cap. 6]. São Paulo: Vozes, 1993a. pp.97-108.
- \_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_. Tudo por um "Brasil Grande": 1945-1960. In: ROCHA, L.E.; RIGOTTO, R.M.; BUSCHINELLI, J.T.P. (orgs.). *Isto é Trabalho de*

- Gente? Vida, Doença e Trabalho no Brasil* [cap. 7]. São Paulo: Vozes, 1993b. pp.109-121.
- OLIVEIRA, J.A.A.; Teixeira, S.M.F. *(Im)Previdência Social. 60 anos de História da Previdência no Brasil* (1985). 2a.ed. Petrópolis-RJ: Vozes/Abrasco, 1989.
- OLIVEIRA, L.S.B. *A Intervenção do Estado nos Ambientes de Trabalho. Origens, Evolução no Brasil e Análise Crítica da Prática da Delegacia Regional do Trabalho do Rio de Janeiro na Década de 1980*. Rio de Janeiro, 1994. [Dissertação de Mestrado - Escola Nacional de Saúde Pública da FIOCRUZ/Ministério da Saúde]
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud [Alma-Ata, URSS]*. Ginebra: OMS/UNICEF, 1978.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Programa de Acción en Salud de los Trabajadores [1983]. Apud MENDES, R. *Doutrina e Prática da Integração da Saúde Ocupacional no Setor Saúde*. São Paulo, 1986. [Tese de Livre Docência - Faculdade de Saúde Pública da USP]
- PAIM, J.S. O SUS no ensino médico: retórica ou realidade. *Divulgação em Saúde Para Debate* 14: 59-65, 1996.
- PEREIRA, D. O mito da CLT. In: PEREIRA, R.R. (ed.). *Retrato do Brasil* [vol. 2]. São Paulo: Política Editora, 1984. pp.405-408.
- POSSAS, C. *Saúde e Trabalho. A crise da Previdência Social*. 2a.ed. São Paulo: Hucitec, 1989.
- PRO-AIM. Mortalidade no município de São Paulo. <<http://www.sms.pmsp.sp>>, 1997
- RAIO X SP. *Mapa da Exclusão Social da Cidade de São Paulo*. Folha de São Paulo (Caderno Especial I), 26/11/1995.

- REBOUÇAS, J.A. et al. *Insalubridade. Morte Lenta no Trabalho*. São Paulo: Oboré, 1989.
- REZENDE, A.P. *História do Movimento Operário no Brasil*. São Paulo: Ática, 1986.
- RIBEIRO, M.A.R. *História Sem Fim ... Inventário da Saúde Pública*. São Paulo: Editora da Universidade Estadual Paulista, 1993.
- 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* [cap. 5]. São Paulo: Vozes, 1993a. pp.83-96.
- \_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_. O milagre econômico e o ressurgimento do movimento social: 1964-1980. In: ROCHA, L.E.; RIGOTTO, R.M.; BUSCHINELLI, J.T.P. (orgs.). *Isto é Trabalho de Gente? Vida, Doença e Trabalho no Brasil* [cap. 8]. São Paulo: Vozes, 1993b. pp.122-137.
- SANTOS FILHO, L.C. *História Geral da Medicina Brasileira* [vols. 1 e 2]. São Paulo: Hucitec/Editora da Universidade de São Paulo, 1991.
- SÃO PAULO.Secretaria de Estado da Saúde. *Política de saúde do trabalhador na SES*. São Paulo: SES-SP.CVS.DVS, 1996. 11p. [mimeo]
- SÃO PAULO.Secretaria Municipal de Saúde. *Saúde do Trabalhador: Município de São Paulo (1989-1992)*. São Paulo: SMS-SP, s.d. 8p. [mimeo]
- \_\_\_\_\_. *Saúde em São Paulo*. São Paulo: SMS-SP, 1992.
- \_\_\_\_\_. *Programa de Atenção à Saúde do Trabalhador*. São Paulo: SMS-SP.COAS/Sind. Metalúrgicos-SP, 1993. 18p.
- \_\_\_\_\_. *Programa de Atenção à Saúde do Trabalhador* [doc. preliminar]. São Paulo: SMS-SP.COAS, 1997. [mimeo]
- SEADE. Anuário Estatístico do Estado de São Paulo 1995. <<http://www.seade.gov.br>>, 1997a.

\_\_\_\_\_. Pesquisa Emprego e Desemprego na Região Metropolitana de São Paulo 1997. <<http://www.seade.gov.br>>, 1997b.

\_\_\_\_\_. Pesquisa Emprego e Desemprego na Região Metropolitana de São Paulo 1998. <<http://www.seade.gov.br>>, 1998.

**SEGURANÇA e Medicina do Trabalho. Lei No. 6.514, de 22/12/1977.**

**Portaria No. 3.214, de 08/6/1978 [Aprova as Normas Regulamentadoras - NR].** 20a.ed. São Paulo: Atlas (Manuais de Legislação 16), 1991.

SOUZA, M.F.M.; KALICHMAN, A.O. Vigilância à saúde: epidemiologia, serviços e qualidade de vida. In: ROUQUAYROL, M.Z. (ed.). *Epidemiologia & Saúde* [cap. 19]. 4ª. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1993. pp.467-476.

TEIXEIRA, S.M.F.; MENDONÇA, M.H. Reforma sanitária na Itália e no Brasil: comparações. In: TEIXEIRA, S.M.F. (org.). *Reforma Sanitária. Em Busca de uma Teoria*. São Paulo: Cortez/Abrasco, 1989. pp. 193-232.

USSIER, J.L. A defesa do meio ambiente de trabalho e da saúde do trabalhador pelo Ministério Público Estadual. *Revista da Fundação Escola Superior do Ministério Público do Distrito Federal e Territórios* 2(4): 187-198, 1994.

## SUMMARY

In Brazil, health care attention to the worker's classes started from an excluding model which privileged workers from the formal economy, linking the capital interests for the control of the work force. At the beginning, the health sector's participation was very limited in this area.

At the end of 1970's, new health care models for workers were started to be experimented in public health care services. However, the change only became in the middle of the 1980's, with the process of redemocratization of the country, through the trade union, popular and health care workers movements who proposed a model for workers health care attention in the SUS (Brazilian National Health System), at the National Health Conferences and the Conferences for the Workers Health. Although existing resistance, this proposal was institutionalized by Health Ministry. The model of attention proposed should be coordinated by the health sector, favoring integration between other sectors such as labor and social security in order to avoid duplication of services.

Starting from the hypothesis that each sector involved would have its own model, and that the integration would be difficult, the workers health care attention model was analyzed under two aspects. On one side, through the analysis of the theoretical aspects using institutional documents and on the other, the analysis of governmental services practices, in São Paulo city (SP).

The analysis of the institutional development and theoretical projects and practices showed that Brazilian health, labor, and social security sectors had distincts historical developments and engagements. It became evident that exist three different workers health care attention models on constant conflicts, and that the differences and disparities inviabilizes whatever integration of the three models .

Although the internal consistency and improvement in health care politics, the practice of the workers health care attention model has some important limits. Among its great limitations, it can be noted that the attention has been limited to a few specialized services without the involvement of the primary health care services, and the public health surveillance has not been effectivily assumed as a strategic component of the SUS model.

## ANEXO 1

### ROTEIRO DE ENTREVISTA

•PROGRAMA DE SAÚDE DO TRABALHADOR DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SÃO PAULO (Coordenação e Centro de Referência)

•PROGRAMA DE SAÚDE DO TRABALHADOR DA SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE

1. Serviços de Saúde do Trabalhador existentes (em funcionamento em 1996)
2. Quadro de pessoal - por serviço
3. Produção de 1996
4. Origem da demanda
5. Atividades desenvolvidas (atenção individual, grupos, vigilância, atuação junto a sindicatos, outras)
6. Integração com os demais serviços - Unidades Básicas, Ambulatórios de Especialidades, Hospitais
7. Integração com outros setores - Ministério do Trabalho, Ministério Público, Previdência
8. Controle Social - como é exercido
9. Relação da Coordenação com os serviços

## ANEXO 2

### ROTEIRO DE ENTREVISTA

#### MINISTÉRIO DO TRABALHO - COORDENAÇÃO DA DRT SÃO PAULO

1. Organograma da DRT
2. Ações desenvolvidas pela DRT - descrição e objetivos
3. Quadro de pessoal
4. Produção do ano de 1996
5. Demandas para ações de fiscalização - origem, critérios de prioridade, relação entre demanda recebida e atendida
6. Resultado da fiscalização (orientação, autuação, outras)
7. Integração da DRT com os CRSTs, ou com a Vigilância Sanitária
8. Em relação aos SESMTs:
  - Quantos existem no município de São Paulo
  - Objetivo e estrutura
  - Relação do SESMT com outras instituições

## ANEXO 3

### ROTEIRO DE ENTREVISTA

#### PREVIDÊNCIA SOCIAL/ INSS - COORDENAÇÃO DO SEGURO SOCIAL PERÍCIA MÉDICA E REABILITAÇÃO PROFISSIONAL

1. Fluxograma da perícia
2. Ações desenvolvidas e objetivos da perícia
3. Quadro de pessoal
4. Produção de 1996 (trabalhadores atendidos; quantos tiveram confirmado nexos e quantos negados; benefícios concedidos)
5. Critérios utilizados para determinar o nexos e concessão dos benefícios
6. Ações e objetivos do setor de reabilitação
7. Número de CRPs existentes, com quadro de pessoal
8. Objetivo do CRP e atividades desenvolvidas
9. Produção de 1996
10. Como é realizado o agendamento. Tempo de espera para atendimento e resultados.