

**MARIA ANGÉLICA TAVARES DE MEDEIROS**

UNICAMP  
BIBLIOTECA CENTRAL  
SEÇÃO CIRCULANTE

**O CENTRO DE REFERÊNCIA EM  
SAÚDE DO TRABALHADOR DE CAMPINAS:  
TRAJETÓRIA DE UMA EXPERIÊNCIA**

Dissertação de Mestrado  
apresentada ao  
Programa de Mestrado em Sociologia  
do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas  
da Universidade Estadual de Campinas  
para obtenção do título de  
Mestre em Sociologia  
sob a orientação da  
Profª D<sup>ra</sup> Angela Maria Tude de Souza

Este exemplar corresponde à  
redação final da dissertação  
defendida e aprovada pela  
Comissão Julgadora em  
/ /2001

Banca Examinadora

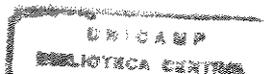
Profª D<sup>ra</sup> Angela Maria Tude de Souza (orientadora)

Profª D<sup>ra</sup> Lilian Vieira Magalhães

Prof. Dr. Antonio Rago Filho

**CAMPINAS/UNICAMP**

**MARÇO/2001**



020111520

UNIDADE	BC
N.º CHAMADA:	T/ UNICAMP
	M 467c
V.	Ex.
TOMBO BC/	44813
PROC.	06-09.2/01
C	<input type="checkbox"/>
D	<input checked="" type="checkbox"/>
PREÇO	R\$ 11,00
DATA	21/06/01
N.º CPD	

CM00157780-6

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA  
BIBLIOTECA DO IFCH - UNICAMP**

**M 467 c**      **Medeiros, Maria Angélica Tavares de**  
**O Centro de Referência em Saúde do Trabalhador de**  
**Campinas: trajetória de uma experiência / Maria Angélica**  
**Tavares de Medeiros. -- Campinas, SP : [s.n.], 2001.**

**Orientador: Angela Maria Tude de Souza.**  
**Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual de Campinas,**  
**Instituto de Filosofia e Ciências Humanas.**

**1. Saúde e trabalho. 2. Política de saúde. 3. Programas de**  
**assistência ao trabalhador – Campinas (SP). I. Souza, Angela**  
**Maria Tude de. II. Universidade Estadual de Campinas. Instituto**  
**de Filosofia e Ciências Humanas. III. Título.**

*À memória de meu querido pai, Arnóbio Paulo de Medeiros,  
exemplo de integridade e de força, com quem aprendi as maiores lições.*

*À memória de José Chasin,  
por sua grandeza humana e intelectual,  
na incansável batalha pela autoconstrução humana.*

## **Agradecimentos**

À Prof<sup>a</sup> D<sup>ra</sup> Angela Maria Tude de Souza, pelas contribuições fundamentais e pela liberdade que me facultou para realizar esta empreitada.

À equipe do Núcleo de Saúde da PUC-Campinas e ao Coordenador, Prof. Orlando Mário Soeiro, pelo suporte decisivo à realização da pesquisa inicial que resultou neste trabalho.

À Coordenadoria de Estudos e Apoio à Pesquisa (CEAP), da PUC-Campinas, pelo financiamento de bolsistas de Iniciação Científica. Aos bolsistas Ana Luiza Camargo Cruz, Irineu Marino de Souza e Luciana Cristina de Alcântara, pela transcrição das entrevistas em disquete.

À equipe do CRST-Campinas, pela acolhida e disponibilidade. À fonoaudióloga Andrea Marques Tavares, e à auxiliar de enfermagem Sônia Luzia de Souza, que me auxiliaram com informações complementares para as tarefas de finalização. Meu agradecimento especial à médica Vera Lúcia Salerno, que acompanhou o trabalho e disponibilizou o seu tempo, em todos os momentos de que precisei.

Aos entrevistados, Adilson Rocha Campos, Darci Pinheiro de Oliveira, José Carlos Cacau Lopes, Marco António Gomes Pérez, Miriam Pedrolo Silvestre e Vera Lúcia Salerno, que aderiram ao projeto, relatando a sua história no Programa, traduzida no compromisso vivo com a saúde do trabalhador.

Ao Curso de Nutrição da PUC-Campinas, em especial à Coordenadora, Prof<sup>a</sup> Rye Katsurayama Arrivilaga, pela concessão de afastamento temporário para a conclusão do trabalho. Às docentes Angela Campos Trentim, Rosa Wanda Diez Garcia e Semíramis

Martins Álvares Domene, pela amizade, lealdade e solidariedade de mais de década. Agradeço também a Angela e a Rosa, pela cobertura, em ocasiões especiais, junto aos alunos.

Às colegas do Curso de Nutrição da Universidade Metodista de Piracicaba, Prof<sup>as</sup> Carla Maria Vieira, Kátia Rosaria Del Monte e Rita de Cassia Bertolo Martins, pela substituição em alguns momentos de minha atividade docente.

À Prof<sup>a</sup> D<sup>ra</sup> Ester Vaisman Chasin, querida amiga de tantos anos e que sempre me incentivou nos caminhos do esforço intelectual de apreensão da realidade. À minha amigona Goreti e a José Luíz, pela carinhosa e constante torcida. A Carlos, pelo fornecimento de dados historiográficos. A Ângela, Lúcia, Vânia, Livia, Ivan, Meire e todo o pessoal da Ad Hominem.

A Maria Amélia Ferracciú Pagotto, colega de turma no Mestrado de Sociologia e que se tornou grande amiga e companheira nessa trajetória.

À Prof<sup>a</sup> D<sup>ra</sup> Paulete Goldenberg, pelos primeiros estímulos de iniciação científica, na condição de bolsista de aperfeiçoamento do CNPq, sob sua orientação, e que foram importantes para a minha definição profissional.

À minha família: minha mãe, Adamira Tavares de Medeiros, meus irmãos, Tina, Nobinho e Evaldo, e meu cunhado, Pedro, que, apesar da distância geográfica, têm sido um porto seguro, ao longo de todos esses anos de minha vida de migrante. Agradeço ainda a Evaldo Tavares de Medeiros, pela confecção do Abstract.

Ao meu amado Giovanni, que, carinhosa e pacientemente, acompanhou esse trabalho, dispondo-se, em muitos momentos, a ler, sugerir, me ouvir e me acalantar.

## RESUMO

Esta pesquisa se propõe a analisar a trajetória do Programa de Saúde do Trabalhador (PST) de Campinas, no período de 1986 até 1998, enfocando o alcance das diretrizes propostas e a articulação dos atores envolvidos na formulação da política de saúde do trabalhador no município em questão.

O PST, que começa a funcionar em 1987, resulta de um processo de mobilização sindical e tem como característica peculiar a presença de lideranças dos trabalhadores no seu gerenciamento. A partir de 1993, passa a se constituir em Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CRST), organismo municipalizado e de abrangência regional que, ao contrário de parte das experiências do gênero ocorridas no país durante a década de 80, continua existindo. Em que condições isto ocorre é o que tentamos identificar.

A investigação foi estruturada a partir de duas frentes: acervos documentais e entrevistas. O exame dos documentos se valeu do arquivo Memória do Programa de Saúde do Trabalhador, que reúne toda a produção do Programa, desde a sua criação. Foram entrevistados alguns dos principais sujeitos envolvidos com a história, buscando o resgate de uma experiência. Foi realizada uma análise imanente das fontes, obedecendo a sua lógica interna e procurando apreender, assim, a totalidade na qual se estabelece essa proposta.

Os resultados do esforço investigativo revelam grandes obstáculos para a efetivação de uma atenção integral à saúde dos trabalhadores, congregando Assistência, Vigilância e Educação/Pesquisa. O CRST/Campinas sobrevive diante da omissão da administração municipal, o que significa ausência de apoio político e de condições materiais para o trabalho. À falta de respaldo do poder local, os sujeitos buscam responder com um forte empenho pessoal para realizar as ações. A participação dos trabalhadores, embora permaneça, sofre as conseqüências do refluxo do movimento sindical frente à reestruturação produtiva e às mudanças no mundo do trabalho. O serviço tem existência, portanto, no seio de intensas contradições que se põem no universo da relação capital/trabalho, mediada pelo estado.

## **ABSTRACT**

The objective of this research is to analyse the history of the Programa de Saúde do Trabalhador (PST) in Campinas between 1986 and 1998, focusing on the reach of the directives proposed and the articulation of the people involved in elaborating the worker's health policy in Campinas.

The PST started operating in 1987, its creation being the result of a union campaign and since then it has always had representatives of the workers participating in its management. In 1993, it became the Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CRST), an organ under municipal administration which still exists today, unlike other similar projects implemented in Brazil during the 1980s.

This research was based on two main sources: documents and interviews. The documents examined were extracted from a file called Memória do Programa de Saúde do Trabalhador, which contains the entire production of the PST, since its creation. The interviews were carried out with those most directly involved in the history of the centre, as an effort to record their experience. The collected material was analysed in its own internal logic in order to ensure the understanding of this project in its entirety.

This investigation reveals the existence of major obstacles to the implementation of a project covering all the aspects of the worker's health, which include Assistance, Vigilance and Education/Research. The CRST/Campinas subsists despite negligence from the municipal administration: the lack of political support and the failure to provide the material means necessary for the operation of the centre. The members of the centre try to face this reality by pulling their efforts together in order to carry out its activities. The workers are still involved in the management of the centre. However, their participation has suffered the consequences of the weakening of the union movement due to productive restructuring and changes in the labour world. The centre therefore coexists with the intense contradictions that emerge from the capital/labour relation, mediated by the State.

# SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	11
PROCEDIMENTOS DA PESQUISA .....	18
<b>PARTE 1:</b> .....	23
<b>SAÚDE DO TRABALHADOR: BASES HISTÓRICAS E TENDÊNCIAS</b> .....	23
<b>CAPÍTULO I: DA MEDICINA DO TRABALHO À SUA CRISE</b> .....	25
I.1. NOTAS INICIAIS.....	25
I.2. A MEDICINA DO TRABALHO .....	30
I.3. O CONTEXTO HISTÓRICO-SOCIAL DA SAÚDE DO TRABALHADOR NO BRASIL ...	34
I.3.a. A CRISE DA POLÍTICA DE SAÚDE: privatização x saúde pública .....	39
I.3.b. A NATUREZA DA INTERVENÇÃO ESTATAL .....	43
I.4. AS BASES DA SAÚDE DO TRABALHADOR.....	52
<b>CAPÍTULO II: DO MOVIMENTO SOCIAL À POLÍTICA INSTITUCIONAL</b> .....	63
II.1 A ATENÇÃO À SAÚDE DO TRABALHADOR: COMENTÁRIOS ADICIONAIS .....	63
II.2. OS PROGRAMAS DE SAÚDE DO TRABALHADOR EM SÃO PAULO .....	68
<b>PARTE 2:</b> .....	83
<b>A EXPERIÊNCIA DE CAMPINAS</b> .....	85
<b>CAPÍTULO III: A TRAJETÓRIA DO CENTRO DE REFERÊNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR DE CAMPINAS</b> .....	85
III.1. OS PRIMEIROS PASSOS.....	85
III.2. CONCEPÇÃO E OBJETIVOS.....	89
III.3. O I FÓRUM INTERINSTITUCIONAL EM SAÚDE DO TRABALHADOR.....	92
III.4. A TRAMA POLÍTICO-INSTITUCIONAL.....	96
<b>CAPÍTULO IV: O CENTRO DE REFERÊNCIA EM CAMPINAS: CONFIGURAÇÕES E CONTRADIÇÕES</b> .....	121
IV.1. CONTEÚDO DAS ATIVIDADES NAS TRÊS ÁREAS BÁSICAS.....	121
IV.1.a. ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL.....	121
IV.1.b. VIGILÂNCIA À SAÚDE DO TRABALHADOR.....	138
IV.1.c. EDUCAÇÃO E PESQUISA.....	160
IV.2. A CO-GESTÃO SINDICAL: ALCANCE E LIMITES .....	167
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	195
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	205
<b>ANEXOS</b> .....	215

## **INTRODUÇÃO**

A análise da situação de saúde no Brasil tem destacado, há mais de década, a crescente preocupação com a problemática específica da saúde do trabalhador, o que se explica pela gravidade que vem caracterizando o quadro de morbimortalidade da população trabalhadora brasileira, exibida por vários estudos (ABRASCO, 1990; DIAS, 1993; GOMEZ *et al.*, 1992; MACHADO & GOMEZ, 1995; OLIVEIRA & VASCONCELLOS, 1992). Durante a década de 70, as altas cifras de acidentes de trabalho classificam o Brasil, segundo a Organização Internacional do Trabalho (OIT), “/.../ como o país com maior número de óbitos por acidentes de trabalho na população economicamente ativa, em relação a outros países industrializados.” (LACAZ, 1992:42).

Claro está que, a cada momento do desenvolvimento das forças produtivas, corresponde um perfil de morbimortalidade específico. Por exemplo, tendencialmente, se observa o deslocamento da incidência de doenças infecto-contagiosas - resultado de investimentos tecnológicos em ações básicas de saúde - para a grande prevalência de doenças crônicas não transmissíveis, vinculada às mudanças nos padrões de vida e trabalho, próprias da modernidade.

Se esta é uma tendência observada nos países do Primeiro Mundo, no caso do Brasil, o que ocorre é a sobreposição de um perfil “mais moderno” de doença e de morte, com a persistência de problemas advindos da miséria crônica, como aqueles ligados à fome e à pobreza em geral. Esta co-existência se justifica pelo caráter excludente que objetiva os processos sociais brasileiros, dado pela particularidade de um capitalismo hipertardio, que não consegue compatibilizar progresso econômico com desenvolvimento social.

De finais da década de 70, até os anos 80, assistimos a uma verdadeira proliferação de crises no país. Primeiramente, e definidora das demais, temos a crise econômica, resultante do padrão de acumulação de capital instaurado com a ditadura militar de 1964. Resultante desta, temos a crise da política de saúde, engendrada pela lógica privatizante imposta pelo estado, com a ênfase na medicina previdenciária. Observa-se o sucateamento das instituições públicas e a total falta de condições de responder aos problemas sanitários, agravados pela crise do milagre econômico de 1968 a 1973.

No plano das ações estatais sobre a saúde dos trabalhadores, as Delegacias Regionais do Trabalho se põem como organismos extremamente débeis para lidar com essa temática. Na condição de técnicos a serviço do poder, atuam de maneira parcial, compartimentalizada, centrada na ótica normativa e na arbitragem de conflitos, excluindo os principais sujeitos interessados, os trabalhadores, de qualquer participação na identificação de condições adversas ou na alteração de ambientes. Os serviços de Medicina do Trabalho das empresas, por sua vez, exibem uma vinculação histórica com o patronato.

Em resposta às crises, retornam ao cenário político nacional os movimentos sociais. O movimento sindical, através das greves de 1978/80, no ABC paulista, cujo fulcro é a luta contra o arrocho salarial. Em relação à saúde, ocorrem mobilizações de setores da saúde pública pela reforma do sistema, com influências internacionais, e que se voltam à defesa do direito à saúde, em todas as suas instâncias e, principalmente, a partir do aprimoramento institucional na prestação dos serviços. Este é o terreno no qual germinam, as experiências em Saúde do Trabalhador.

A agudização das condições de saúde do trabalhador, às quais o sistema de saúde não formula soluções, resulta na elaboração, em várias regiões do país, especialmente no estado de São Paulo, de propostas de intervenção específicas - os Programas de Saúde

do Trabalhador, o que ocorrerá ao longo da década de 80. Os Programas surgem, portanto, como resultado de uma grave crise do sistema de saúde, afetando sobremaneira os trabalhadores, e da crise da relação capital/trabalho, que procura sair do chão de fábrica. As primeiras experiências estão ancoradas num contexto que apresenta alguns elementos decisivos, pois são fertilizadas pelos combates sindicais no ABC paulista, como resposta à política econômica da ditadura militar.

A década de 80, é também marcada pelo início de importantes mudanças no mundo do trabalho, que se aceleram nos anos 90, advindas da reestruturação produtiva, partindo dos pólos avançados do capital. A introdução crescente de novas tecnologias, acoplada ao desenvolvimento de novas técnicas gerenciais, o conseqüente desemprego e a intensificação do ritmo de produção daí decorrente, trarão efeitos maléficos à saúde do trabalhador.

Esse tempo é marcado por uma série de alterações nos perfis de morbimortalidade relativa ao trabalho. Às doenças profissionais, de reconhecimento oficial, provocadas pela exposição a ruídos (como a surdez ocupacional) ou a poeiras (como as pneumoconioses), somam-se outras, relacionadas a ritmos extenuantes de trabalho, como a fadiga física e mental, o sofrimento psíquico e os danos provenientes do trabalho repetitivo. A respeito do impacto das inovações no mundo do trabalho sobre a saúde do trabalhador, MELO *et al.* (1998: 205) diagnosticam a “/.../ convivência do ‘antigo’ e do ‘novo’ nas atuais relações de produção.”. Conjugando a introdução de novas tecnologias com “/.../ com modos de gestão “inovadores”, o que irá se verificar são repercussões extremamente nocivas à saúde dos trabalhadores.”

A premência de uma intervenção mais global sobre a nocividade do trabalho, é tarefa a que se lançam os Programas de Saúde do Trabalhador, iluminados pela experiência

italiana. Apresentam como pressupostos, a integração com as demais instituições afeitas à área e o desenvolvimento de uma vigilância à saúde, que significa identificar a insalubridade e intervir na modificação das condições que a geraram, contando com a presença ativa dos trabalhadores. Envolvem, assim, um movimento extra-institucional que perpassa a instituição - as estruturas criadas pelas prefeituras municipais. O caráter inovador dessas propostas, reside na busca de uma ação mais ampla sobre a nocividade do trabalho, contrapondo-se à maneira fragmentada e restrita dos organismos estatais.

A cidade de Campinas, não só acompanha todos esses movimentos, como se configura enquanto referência, e apresenta uma história peculiar que merece estudo mais aprofundado. O Programa de Saúde do Trabalhador (PST) daquele município surge, em 1986/87, como resultado de um processo que envolveu movimento sindical e trabalhadores da saúde. Apresenta, na sua origem, uma relevante atuação de setores sindicais, sendo, desde o início, um serviço gerido com a participação de representantes dos trabalhadores. Em 1993, ganha o estatuto de Centro de Referência (Centro de Referência em Saúde do Trabalhador - CRST) de caráter regional, o que significa a extensão da cobertura das ações aos municípios circunvizinhos. Com um lastro de mais de década de experiência, a história do CRST se configura como ponto de partida para a compreensão da política de saúde do trabalhador no município de Campinas.

A motivação para esse estudo, decorre de um trabalho de extensão desenvolvido, como docente do Curso de Nutrição, da Pontifícia Universidade Católica de Campinas, no Núcleo de Saúde daquela universidade, no período de 1994 a 1998. O Núcleo de Saúde é uma instância que congrega atividades de assessoria, consultoria e pesquisa, sendo organizado nas seguintes frentes: Saúde Mental, Planejamento em Saúde, Assistência Farmacêutica, Saúde do Idoso, Reabilitação Física e Saúde e Trabalho.

A área Saúde e Trabalho, à qual nos vinculamos, tem realizado importante parceria com o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador. Durante o período em que atuamos no Núcleo, tivemos a oportunidade de participar da elaboração de propostas voltadas às demandas que o serviço colocava de modo mais urgente, como, por exemplo, o enfrentamento da epidemia de lesões por esforços repetitivos (LER), que estimulou a organização de encontros e seminários, contando com a presença de várias instituições e de representantes dos trabalhadores. Isto culminou na organização de um grupo interinstitucional de LER, que articulou diversas instâncias e teve interessantes desdobramentos.

A continuidade das ações junto ao Núcleo, aliada às inclinações pessoais, despertadas pelo contato com a realidade do CRST, conduziram àquilo que se configurou como o primeiro passo para a elaboração dessa dissertação: um estudo monográfico de toda a documentação produzida pelo serviço. Foi do amadurecimento das inquietações geradas, que chegamos até aqui.

Pretendemos, com esse estudo, examinar a história do Programa de Saúde do Trabalhador de Campinas, atual Centro de Referência em Saúde do Trabalhador, desde a sua origem, em 1986, até 1998, buscando estabelecer os nexos estruturais que determinam a sua constituição, assim como as formas de interatividade social que compõem a sua dinâmica. Em outras palavras, o objetivo dessa investigação é analisar a trajetória dessa experiência, enfocando o alcance das diretrizes propostas e a articulação dos atores envolvidos - movimento sindical e dinâmica interinstitucional - na formulação da política de saúde do trabalhador no município em questão.

É bom lembrar que, dos Programas surgidos na década de 80, boa parte refluíu ou mesmo se extinguiu. No caso de Campinas, a proposta se manteve, atrelada a uma

preocupação com o gerenciamento conjunto entre técnicos e trabalhadores, o que ressalta a pertinência desse estudo, como forma de contribuir para a reflexão sobre essa experiência.

Apresentamos, a seguir, a estrutura da dissertação, que ficou dividida em duas partes. Na primeira, composta por dois capítulos, pretendeu-se pontuar os elementos centrais que deram os contornos do que viria a ser o movimento pela saúde dos trabalhadores.

No primeiro capítulo, tivemos a intenção de estabelecer, em linhas gerais, o processo histórico-social que origina as formas de sobretrabalho, responsável pela usura precoce do trabalhador, e que desemboca na formulação da Medicina do Trabalho, enquanto resposta do capital para contornar os prejuízos dos danos à saúde. Debruçamo-nos, em seguida, na circunscrição do contexto nacional em que ganham vida as propostas em saúde do trabalhador, procurando determinar a particularidade do caso brasileiro. No que concerne à política de saúde, há um debate sobre as razões da crise, instaurada com o modelo privatizante da ditadura militar. Por fim, é analisada a forma da intervenção estatal nas questões de saúde do trabalhador, revelando-se a fragmentação e a insuficiência das ações para responder aos problemas. O capítulo é encerrado com a exposição das formulações que embasam a perspectiva da saúde do trabalhador na contemporaneidade. São também relacionados os eventos nacionais que, inseridos no contexto determinado, motivaram o desencadeamento dos Programas de Saúde do Trabalhador.

O segundo capítulo, além de retomar algumas premissas das ações em saúde do trabalhador, como a vigilância à saúde, e a transcrição de algumas análises sobre o Modelo Operário Italiano, procura descrever as experiências em saúde do trabalhador que tiveram lugar no estado de São Paulo, durante a década de 80, para detectar pontos de interseção com a experiência campineira.

A segunda parte da dissertação, está voltada à exposição dos resultados da pesquisa propriamente dita. Desse modo, o terceiro capítulo é dedicado ao estudo da gênese do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador de Campinas, sendo enfocados os objetivos originais, a concepção sobre a qual se sustenta e a maneira como se estruturam as suas ações. É discutida a formatação das relações interinstitucionais, buscando compreender em que medida o CRST foi incorporado ao sistema de saúde local.

No quarto e último capítulo, discute-se a evolução das áreas de atuação: Assistência, Vigilância e Educação e Pesquisa, buscando revelar, diante dos percalços com o poder local, de que maneira se articulam na busca da atenção à saúde do trabalhador. Por último, procedeu-se ao estudo da dinâmica da relação com os sindicatos, denominada, pelos atores envolvidos, co-gestão sindical. Neste caso, especial cuidado foi dado à identificação das conseqüências das mutações no mundo do trabalho sobre o envolvimento dos trabalhadores com o gerenciamento político do CRST.

Finalizamos a pesquisa com algumas considerações que indicam os conflitos e tensionamentos que perpassam o gerenciamento de um serviço com tais características, indicando que o CRST é afetado, tanto pelas alterações do poder municipal, quanto pelos acontecimentos contemporâneos no mundo da produção.

## **PROCEDIMENTOS DA PESQUISA**

O trajeto da investigação partiu de um exame documental. As fontes consultadas foram os documentos que compõem o arquivo *Memória do Programa de Saúde do Trabalhador*, que abriga toda a documentação produzida desde a criação do Programa. O período analisado foi 1986 até 1998.

Numa primeira aproximação, foram agrupados e resumidos os documentos, na tentativa de obter o máximo de informações neles contidas, tendo sido feito um estudo essencialmente descritivo. A sistematização desse conteúdo foi facultada pela obediência à dinâmica interna dos próprios documentos. Obteve-se, desse modo, inicialmente o levantamento dos aspectos históricos do Programa, bem como sua concepção e os objetivos originários, de modo a revelar os primeiros passos da sua gênese. Em seguida, de acordo com a estruturação do Programa nas áreas de *Assistência Ambulatorial*, *Vigilância em Saúde do Trabalhador* e *Educação e Pesquisa*, foi examinada a produção documental, para identificar a constituição e o desenvolvimento das ações em cada uma das áreas.

Uma vez que o exame da documentação não ensejou um arquivo substancial para a configuração da trajetória do Programa de Saúde do Trabalhador de Campinas, buscou-se aprofundar o estudo, à luz de entrevistas realizadas com os personagens centrais que deram forma e conteúdo a essa propositura. As entrevistas foram realizadas no período de maio até agosto de 1998.

Foram realizadas seis entrevistas, objetivando complementar as lacunas deixadas pela análise documental. O pressuposto para a escolha dos entrevistados foi a sua participação na fundação do Programa e a sua permanência até o momento atual, para

assim buscar estabelecer uma linha de acompanhamento. Foram selecionados quatro técnicos, que estiveram presentes desde o início da história e que permanecem vinculados ao serviço. No plano do movimento sindical, escolheu-se a liderança considerada mais expressiva na área, também presente nos primórdios do Programa, com vinculação atual. O que se desviou um pouco do critério original foi a sexta entrevista, realizada com o primeiro coordenador do Programa, hoje afastado. A inclusão desse ator, entretanto, não contraria frontalmente o nosso pressuposto, pois se explica pelo seu envolvimento nas origens da proposta e sua importante ligação com o movimento sindical.

Deve ser dito aqui que a escolha dos entrevistados, pensada como recurso para o resgate de uma história, como história oral, contou com a participação dos próprios sujeitos. Ou seja, partindo do norte que motivou essa segunda parte do estudo, buscou-se, por meio do contato pessoal da pesquisadora com alguns dos entrevistados, definir quem seriam os próximos eleitos. De acordo com SCHRAIBER (1995), foram buscadas escolhas confiáveis, dadas por indicação interpessoal. Na questão do movimento sindical, por exemplo, foi unânime a sugestão de quem poderia ser abordado.

QUEIROZ (1987) apresenta ampla definição de história oral, que engloba relatos de acontecimentos sem registro documental que complementam estudos documentais. Através do registro da experiência de um ou mais indivíduos, procura-se reunir os relatos de um determinado fato ou de um período. A mesma autora afirma ser a entrevista a forma mais antiga de construção da história oral nas ciências sociais, que pode, ou não, ser orientada por um roteiro prévio.

As entrevistas foram gravadas e transcritas em disquete com a ajuda de bolsistas de Iniciação Científica, financiados pelo Coordenadoria de Estudos e Apoio à

Pesquisa (CEAP), da Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUC-Campinas). Esse trabalho ocorreu durante o segundo semestre de 1998.

Por se tratarem de entrevistas semi-estruturadas, as questões, embora seguissem um roteiro (em anexo) previamente elaborado e testado, permitiam que o entrevistado discorresse quase livremente. Desse modo, os resultados indicam não apenas a memória de cada um sobre os fatos, mas exibem, como não poderia deixar de ser, a opinião, a perspectiva norteadora do pensamento dos sujeitos, as expectativas e as frustrações em relação a uma proposta que abraçaram.

MINAYO (1992), discorrendo sobre a construção dos instrumentos na pesquisa qualitativa, defende que as entrevistas semi-estruturadas devem conter questões básicas que orientem a conversa, para aprofundar o diálogo e favorecer o desenrolar dos nódulos temáticos mais importantes em torno do objeto de estudo. Parte da premissa de que a entrevista é, acima de tudo, uma “situação de interação” e não somente uma atividade de coleta de dados, portanto as informações veiculadas estão na dependência da relação estabelecida entre entrevistado e entrevistador.

Sistematizar todos os dados num desenho que se pretende analítico não é, propriamente, uma tarefa simples, especialmente quando se assumiu o compromisso de retornar as conclusões desse estudo à apreciação dos principais interessados. Considerando ainda que o móvel da investigação não é a tentativa de organizar o vivido, há muitos momentos em que nos perguntamos, “será que estamos no rumo?”. Se, por um lado, esse distanciamento faculta maior liberdade de movimento frente ao material coletado, por outro, fica sempre a angústia de saber se estamos reproduzindo, com o mínimo de fidelidade, os acontecimentos.

Faz-se necessário, por isto, examinar com cautela a especificidade de uma pesquisa qualitativa. Não foi adotado nenhum parâmetro estatístico que localizasse os resultados em relação ao universo em que se insere essa temática. Simplesmente procurou-se “pinçar” os principais sujeitos envolvidos com o Programa de Saúde do Trabalhador, atual Centro de Referência em Saúde do Trabalhador, para tentar remontar a sua trajetória. Entendemos, desse modo, que os depoimentos não se prestam a generalizações, ou seja, não se configuram em amostra representativa, nem do pensamento dos técnicos, nem do movimento sindical. Entretanto, quando analisamos conjuntamente os documentos e as entrevistas, identificamos, sobretudo na caracterização das dificuldades estruturais do CRST, muitos pontos de confluência.

Em síntese, partindo do estudo do acervo documental, somado ao dos registros vivos de uma experiência, procuramos resgatar - através da análise imanente - a totalidade, que é dinâmica e está inscrita na processualidade histórica nacional. Buscamos, assim, hierarquizar as questões de acordo com a capacidade maior ou menor que elas têm de expressar essa totalidade, de modo a tornar inteligível o problema que pretendemos enfocar. Essa lógica global compreende a articulação entre estado, trabalhadores e capital, para a efetivação da atenção à saúde dos trabalhadores.

***PARTE 1:***

***SAÚDE DO TRABALHADOR:***

***BASES HISTÓRICAS E TENDÊNCIAS***

# ***CAPÍTULO I: DA MEDICINA DO TRABALHO À SUA CRISE***

## ***I.1. NOTAS INICIAIS***

Partimos da posição que identifica o trabalho como categoria fundante da existência societária. O trabalho, como transformação da natureza, como superação das barreiras naturais para a produção da vida material, é o móvel da autoconstrução humana. A construção de ferramentas é o marco que qualifica o trabalho enquanto prerrogativa específica do homem, atividade que se dá com vistas à realização de propósitos humanos (FISCHER, 1987). Em outras palavras, é através da atividade que o homem se desloca do patamar de mera extensão da natureza e alcança a condição de ser social (LUKÁCS, 1978).

Isto posto, é necessário compreender em que condições históricas passa o trabalho a ser fonte de padecimento, de doença e de morte. O ponto de partida é a natureza da produção capitalista, que transforma o produto do trabalho em mercadoria, de modo que à sua finalidade precípua de produção e reprodução da vida humana, agrega-se o atributo de produção de valor.

MARX (1983:70) demonstrou que a mercadoria, forma elementar da riqueza na sociedade capitalista, é, a um só tempo, resultado do trabalho útil, para a satisfação de necessidades, e fonte de valorização. Assim sendo, as mercadorias têm um mesmo atributo, o trabalho humano em geral (trabalho abstrato) a elas colado, aquele que cria valor, dado

pelo tempo de trabalho socialmente necessário à sua produção<sup>1</sup>. Esse duplo caráter da mercadoria ganha vida na troca, que pressupõe a propriedade privada. A homogeneização posta pela troca, que reduz os diferentes tipos de trabalho (produtores de valores de uso), à condição comum de dispêndio de força de trabalho, é um construto social. Momento no qual, o processo de produção passa a dominar as relações sociais e não o oposto. E as relações, mediadas pela produção de mercadorias, assumem um caráter fetichista, como algo externo aos homens, como relações entre objetos. Nas palavras de MARX (1983:71), para os produtores “/.../ aparecem as relações sociais entre seus trabalhos privados como o que são, isto é, não como relações diretamente sociais entre pessoas em seus próprios trabalhos, senão como relações reificadas entre as pessoas e relações sociais entre as coisas.”.

Em face a tais determinações do modo capitalista de produção, o trabalhador assalariado<sup>2</sup>, igualmente tornado mercadoria, tem o seu valor determinado pelo tempo de trabalho socialmente necessário à sua reprodução. Na relação de venda de sua força de trabalho, o tempo laboral excedente é apropriado pelo capital, na forma de mais-valia, em torno da qual é gerada toda a acumulação capitalista. As formas históricas do sobretrabalho se modificam e se refinam, de acordo com o avanço das forças produtivas. De jornadas prolongadas de trabalho, o capital vai aprimorando o processo de exploração, tentando reduzir o tempo de reprodução da força de trabalho para aumentar, com isto, o tempo de trabalho não pago<sup>3</sup>.

---

<sup>1</sup> A medida do valor das mercadorias é, portanto, o trabalho, sendo a grandeza desse valor aferida pelo tempo de trabalho socialmente necessário para a produção das diversas mercadorias (MARX, 1983).

<sup>2</sup> O processo de constituição do trabalhador livre, para vender sua força de trabalho, é designado por (MARX, 1984:262) como acumulação primitiva de capital, que é o “/.../ o processo histórico de separação entre produtor e meio de produção. Ele aparece como “primitivo” porque constitui a pré-história do capital e do modo de produção que lhe corresponde.” Na Inglaterra isto tem início no último terço do século XV, se prolongando pelas primeiras décadas do século XVI.

<sup>3</sup> Para a definição de mais-valia absoluta e mais-valia relativa, consultar MARX (1983).

O caráter expansivo da produção de mercadorias, tem os seus primeiros passos dados pela cooperação de vários indivíduos num mesmo processo de trabalho. A manufatura é peça chave da engrenagem capitalista, uma vez que põe em cena a figura do trabalhador coletivo, por meio do parcelamento do trabalho. Diferentemente do artesão medieval, que detinha todas as etapas do trabalho, surge aqui o trabalhador parcelado, de modo que a força de trabalho individual dá lugar à força de trabalho social, que se converte em força produtiva do capital. O trecho abaixo, sintetiza o significado da manufatura:

*Como forma especificamente capitalista do processo de produção social – e sob as bases preexistentes ela não podia desenvolver-se de outra forma, a não ser na capitalista – é apenas um método especial de produzir mais-valia relativa ou aumentar a autovalorização do capital – o que se denomina riqueza social, Wealth of Nations etc. – à custa dos trabalhadores. (MARX, 1983:286).*

Raiz de grandes antagonismos, ao mesmo tempo em que amplia o mercado mundial, impulsionando o desenvolvimento econômico, mutila e desqualifica o trabalhador individual, ao dirigir sua habilidade para uma única parte do processo produtivo.

Considera MARX (1983:285) que “Certa deformação física e espiritual é inseparável mesmo da divisão do trabalho em geral na sociedade.”. Entretanto, por suas próprias características, a divisão manufatureira do trabalho é o primeiro período “/.../ a fornecer o material e dar o impulso para a patologia industrial.”.

A extensão dos processos de trabalho e das trocas comerciais, desloca a produção manufatureira para a industrial, que revoluciona as forças produtivas, movendo o seu eixo da figura do trabalhador para a máquina e, com isto, aperfeiçoando as formas de extração de mais-valia. De acordo com MARX (1983:283-4), isto “/.../ se completa na

grande indústria, que separa do trabalho a ciência como potência e a força a servir ao capital.”. Nesses termos, a manufatura, ao introduzir a especialização, dá a largada para a completa fragmentação do trabalho e o conseqüente estranhamento do trabalhador em relação ao produto por ele confeccionado, processo assegurado pela divisão social de trabalho, posta pela grande indústria.

A divisão manufatureira do trabalho é, pois, o ponto de partida para o incremento das forças produtivas e o posterior divisão social do trabalho, da qual, contudo, se distingue, pois na primeira, um único capitalista concentra os meios de produção, enquanto que na divisão social do trabalho, estágio mais avançado da acumulação de capital, esses meios de produção estão distribuídos, de maneira independente, entre vários proprietários. “A divisão social do trabalho confronta produtores independentes de mercadorias, que não reconhecem nenhuma outra autoridade senão a da concorrência” (MARX, 1983:280).

O diferencial estabelecido pela mecanização, é justamente a submissão do trabalhador ao ritmo de produção da máquina, ao qual ele, forçosamente, e às custas do seu desgaste, precisará se adaptar. “Na manufatura, os trabalhadores constituem membros de um mecanismo vivo. Na fábrica, há um mecanismo morto, independente deles, ao qual são incorporados como apêndice vivo.” (MARX, 1984:43). É exatamente dessa equação, que se obtém a usura precoce da força de trabalho. “Todos os órgãos dos sentidos são igualmente lesados pela temperatura artificialmente elevada, pela atmosfera impregnada de resíduos de matéria-prima, pelo ruído ensurdecido etc., para não falar do perigo de vida sob a maquinaria densamente amontoada /.../” (MARX, 1984:45).

MARX (1984:23), discutindo os efeitos do nascimento da grande indústria sobre a vida dos trabalhadores na Inglaterra, acusa: “/.../ o trabalho de mulheres e de

crianças foi a primeira palavra de ordem da aplicação capitalista da maquinaria!”. Isto porque ela dispensava a força muscular masculina, ao mesmo tempo em que pedia maior flexibilidade dos membros para o seu manuseio, atributo feminino e infantil. A violência da instauração capitalista é objeto de preocupação da saúde pública, revelada em relatório de 1864 (*VI Report on Public Health*, Londres), ao qual o autor recorre para exibir as elevadas cifras de mortalidade infantil (menores de um ano) de filhos de trabalhadores cujas mães, passando a compor a força de trabalho, nas condições mais cruéis possíveis, eram obrigadas a relegar as crianças à fome e aos maus tratos.

A intensificação da produção na Inglaterra durante o século XIX, impõe longas jornadas de trabalho<sup>4</sup>, chegando a 20 horas diárias, em ambientes totalmente insalubres o que, não raro, provocava a morte por exaustão<sup>5</sup>. Segundo MARX (1983:212),

*A produção capitalista, que é essencialmente produção de mais-valia, absorção de mais-trabalho, produz, portanto, com o prolongamento da jornada de trabalho não apenas a atrofia da força de trabalho, a qual é roubada de suas condições normais, morais e físicas, de desenvolvimento e atividade. Ela produz a exaustão prematura e o aniquilamento da própria força de trabalho. Ela prolonga o tempo de produção do trabalhador num prazo determinado mediante o encurtamento de seu tempo de vida.*

Diante do exposto, afirma-se a contradição imanente ao capitalismo, manifesta na apropriação privada da produção social. Condição historicamente construída pela ação humana, que leva ao entendimento segundo o qual o trabalho é, simultaneamente, gênese e

<sup>4</sup> De fato, isto se inicia em meados do século XIV, com as primeiras intervenções estatais, via estatutos ingleses do trabalho, que obrigavam o prolongamento da jornada de trabalho (MARX, 1984).

<sup>5</sup> Os mais diversos tipos de moléstias acometiam a classe trabalhadora, como as doenças pulmonares dos ceramistas, cuja mortalidade precoce era significativa; doenças de produtores de fósforo, envolvendo crianças e adolescentes entre 13 e 18 anos; doenças derivadas do excesso de trabalho em fábricas de papéis de parede e entre costureiras; o esgotamento do trabalho noturno dos padeiros etc. (MARX, 1984).

negação. Ora, se é na atividade concreta que o homem se põe enquanto tal, no universo da propriedade privada o trabalho passa a ser estranho ao produtor direto. Assim, o trabalhador “/.../ não se afirma no trabalho, mas nega-se a si mesmo, não se sente bem, mas infeliz, não desenvolve livremente as energias físicas e mentais, mas esgota-se fisicamente e arruína o espírito.” (MARX, 1964:162). É essa natureza peculiar do trabalho que explica a sua própria deterioração. Ao trabalhador foi vedado o domínio sobre os meios de produção; a ele foi bloqueado o acesso às informações que compõem o conteúdo estratégico do sistema técnico e os riscos a ele inerentes, que produzem e reproduzem “a morte lenta no trabalho”.

## ***1.2. A MEDICINA DO TRABALHO***

Expostas as determinações fundamentais que permitem compreender os infortúnios do trabalho, que orbitam na forma de ser do capital, vejamos de que modo aparecem as primeiras medidas sobre esse problema. Reconhecendo a contradição intrínseca à formação societária regida pelo modo capitalista de produção, estamos lidando no universo da luta de classes, do jogo de forças entre capital e trabalho, no qual o estado é, em última instância, o representante do sistema no poder.

Historicamente, a preocupação com a problemática do impacto do trabalho sobre a saúde, como objeto de intervenção pública, relaciona-se com o advento da era capitalista e mais especificamente com a sua fase industrial.

O estudo realizado por ENGELS (1985), sobre a situação da classe trabalhadora inglesa nos anos 40 do século XIX, constitui notável instrumento de denúncia da

perversidade com que o capital imprimiu a sua marca sobre as condições de vida e trabalho. A aceleração do ritmo da produção, em condições absolutamente desumanas, comprometia decisivamente a integridade física da nascente classe operária, seja pelos elevados índices de acidentes, seja pela alta incidência de mortalidade. Isto impôs a mobilização dos trabalhadores, num processo longo e penoso de luta pela redução da jornada de trabalho, a partir das primeiras décadas do século XIX, contra a exploração sem limites imposta pelo capital<sup>6</sup>, o que forçou respostas da própria burguesia e do estado.

País clássico de objetivação capitalista, a Inglaterra decola na frente em termos de “/.../ controle social, que limita, regula e uniformiza legalmente a jornada de trabalho com suas pausas” (MARX, 1983:235), tentando “sanear” os horrores daquelas condições. Nasce ali a Medicina do Trabalho, na primeira metade do século XIX. Fazia-se necessário, frente à insalubridade que emergia dos processos de trabalho, intervir de modo a não prejudicar o ritmo de produção. A fundamentação desse tipo de serviço revela os interesses pelos quais responde, pois o médico contratado deveria gozar da confiança do empregador e agir em sua defesa (MENDES & DIAS, 1991).

DEJOURS (1992), analisando a realidade francesa, localiza a chamada “pré-história da saúde dos trabalhadores” no século XIX, com a luta pela redução da jornada de trabalho, cujos resultados somente serão notados no final do século, quando se inicia a formulação de um corpo legislativo referente a medidas de segurança. Ressalta, entretanto, a desigualdade desse processo, que avança sobremaneira nos setores estratégicos da economia nacional.

---

<sup>6</sup> Ver a esse respeito o capítulo VIII do Primeiro Livro (volume I) de *O Capital*, A Jornada de Trabalho (MARX, 1983).

Já no início do século XX, os desfalques de força de trabalho promovidos pela Primeira Guerra Mundial (1914-1918), empuxam as ações em favor da proteção da mão-de-obra, dentre elas a criação da Medicina do Trabalho.

A Medicina do Trabalho é, pois, formulada com o claro propósito de assegurar a reprodução da força de trabalho e se coaduna com os pressupostos tayloristas de incremento da produtividade. O ato médico se dá na seleção de possíveis trabalhadores e na adaptação do trabalhador ao local de trabalho (MENDES & DIAS, 1991). Inscreve-se numa racionalidade técnica reforçada pelas descobertas da bacteriologia do século XIX, segundo as quais os agravos à saúde são consequência de um agente etiológico específico. Os agentes causadores das doenças seriam, nesse caso, não as bactérias ou os vírus, mas agentes físicos (calor, ruído etc.), químicos (benzeno, chumbo etc.) e biológicos, sobre os quais incidiria a ação preventiva da “Higiene Industrial”. Paralelamente, desenvolve-se a “Medicina do Seguro”, que propõe uma compensação financeira aos danos causados ao operário (MENDES, 1995).

A insuficiência da Medicina do Trabalho, notada especialmente após a Segunda Guerra Mundial, com as inovações tecnológicas relativas a equipamentos e substâncias químicas, exige uma interferência não mais exclusivamente relacionada ao trabalhador, como o faz o médico da fábrica, mas sobre o ambiente. Os custos humanos e financeiros do pós-guerra e as pressões pela recuperação econômica, seriam os parceiros da Saúde Ocupacional, que nasce

*/.../ sobretudo, dentro das grandes empresas, com o traço da multi e interdisciplinaridade, com a organização de equipes progressivamente multiprofissionais, e a ênfase na “higiene industrial”, refletindo a origem histórica*

*dos serviços médicos nas fábricas e o lugar de destaque da indústria nos países “industrializados”* (MENDES & DIAS, 1991:343)<sup>7</sup>.

Percebe-se que, mesmo ampliando o seu leque com a abertura para a atuação de outros profissionais, como o engenheiro, o enfermeiro, o psicólogo, a proposta da Saúde Ocupacional está igualmente inscrita na perspectiva da afirmação da ordem patronal. A ação sobre o ambiente de trabalho é restritiva, já que a nocividade não é eliminada, mas são definidos limites de tolerância do trabalhador aos agentes de diferentes naturezas ali presentes.

No Brasil, durante a década de 50, entidades como o Serviço Social da Indústria (SESI) e a Associação Brasileira para a Prevenção de Acidentes (ABPA), representantes do empresariado, além das escolas de Medicina, Engenharia, Direito e de Saúde Pública, irão se encarregar da produção de conhecimentos nessa área<sup>8</sup> (MENDES, 1995).

Concluimos que a Medicina do Trabalho, assim como a sua versão moderna da Saúde Ocupacional, exprimem não somente a evolução de campos do conhecimento mas, primordialmente, posições e práticas em acordo com a organização social vigente. A materialidade que corporifica o debate sobre a saúde do trabalhador, de que falaremos em seguida, se coloca em contraposição a essas abordagens.

Delimitado o campo em que se move a proposta da Medicina do Trabalho, passemos ao exame do contexto e das perspectivas da saúde do trabalhador no Brasil.

---

<sup>7</sup> De acordo com os autores, as escolas americanas de saúde pública passarão a realizar estudos e pesquisas de saúde ocupacional com ênfase ambiental.

<sup>8</sup> Relatório do SESI São Paulo, de 1960, mostrou que das patologias mais prevalentes no ambulatório do Departamento de Higiene e Segurança Industrial daquele órgão, constavam o saturnismo, as dermatoses profissionais, as pneumoconioses, intoxicações por manganês, mercúrio, benzeno, entre outras (MENDES, 1995).

### ***1.3. O CONTEXTO HISTÓRICO-SOCIAL DA SAÚDE DO TRABALHADOR NO BRASIL***

Para a localização do surgimento dos Programas de Saúde do Trabalhador no Brasil, convém desenhar, sucintamente, os traços básicos do cenário social que os circunda. Em primeiro lugar, durante a década de 70 temos a crise de acumulação de capital instalada com o fracasso do milagre econômico de 1968 a 1973. Essencialmente, esse projeto de crescimento econômico implantado pela ditadura militar - instaurada com o golpe de 1964 - é regido pelo financiamento externo, através de empréstimos, sendo estruturado no privilegiamento do setor produtivo de bens duráveis (automóveis, eletrodomésticos etc.), aos quais somente um mercado interno reduzido tem acesso<sup>9</sup>. Aliam-se à expansão desse setor, a intensa concentração de renda e o arrocho salarial. Quanto à produção de bens populares, crescendo sempre em proporção menor, fica na dependência do esforço exportador, sobretudo de bens primários. A primazia da produção de bens duráveis, demanda a crescente importação de bens de capital, desequilibrando a balança de pagamentos e expandindo o endividamento externo (OLIVEIRA, 1979). Disto também resulta a explosão inflacionária.

A crise proveniente dessa política econômica, cujo fulcro é a exclusão social, com a superexploração do trabalho, foi a responsável pelo agravamento das condições de vida da população, ao reproduzir a miséria a índices inaceitáveis. CHASIN (1979) assinala que a formação histórica nacional, desde a sua gênese, é entrecortada por períodos de ditaduras e de milagres, momentos que têm como pano de fundo a não inclusão das classes

---

<sup>9</sup> As bases desse padrão de acumulação foram assentadas na década de 50, pelo Governo Juscelino Kubitschek, com a substituição de importações.

populares. Cada ciclo de acumulação de capital, reitera a excludência e condiciona uma forma de dominação política. Essa particularidade do capitalismo brasileiro, pela via colonial, de objetivação hipertardia, decorre da subordinação estrutural ao capital estrangeiro, determinando um lento desenvolvimento das forças produtivas e limitando, portanto, a possibilidade de reprodução do trabalho, e do próprio processo de humanização (CHASIN, 1989).

O permanente embate entre evolução nacional e progresso social é característico do que o mesmo autor denomina de capital atrofico, incompleto e incompletável, dada a debilidade da burguesia, que jamais conseguiu realizar sua autonomia econômica. Em função disto, a evolução nacional se dá sempre na ausência de um projeto de integração que contemple a população, diferentemente do que ocorreu nos países clássicos de entificação capitalista, como França, Inglaterra e Estados Unidos. O poder político, no caso brasileiro, assume a forma de bonapartismo, em períodos de ditadura, ou de autocracia burguesa institucionalizada, em períodos de distensão, desconhecendo, portanto, a democracia burguesa típica. Essa perversidade inerente à forma específica de ser desse capitalismo, ordenada pela dinâmica do capital metropolitano, produz e reproduz a “miséria brasileira”, engendrando desenvolvimentos desiguais e combinados (CHASIN, 1989).

O descompasso entre crescimento econômico e o atendimento às demandas sociais que tem conformado o capitalismo brasileiro se põe, portanto, como um dado estrutural da realidade, que resulta, pela incompletude de classe dos proprietários, na ausência de equacionamento dos problemas sociais básicos.

De acordo com IANNI (1980:35), “desde que se instalou, a ditadura se viu fortemente induzida a organizar e concentrar a violência estatal, em conformidade com a

violência da acumulação monopolística”. O estado assumiu um papel de investidor, associando-se a empresas nacionais e estrangeiras e favorecendo a concentração e a centralização do capital, em obediência aos requerimentos imperialistas.

O colapso do milagre faz ressurgir no cenário político nacional o movimento sindical, através das greves de 1978/80, do ABC paulista. O período de maio de 78 a março de 79, é especialmente significativo no que se refere à mobilização de metalúrgicos, químicos, gráficos, têxteis, daquela região, unidos na luta contra o arrocho salarial. Além da retomada de um trajeto bruscamente interrompido com o golpe de 64, esse movimento adquire especial importância ao atacar de frente o padrão de crescimento da ditadura militar. Para CHASIN (1980:126), “a luta por melhores salários, a guerra contra o arrocho, o empenho por uma nova ordenação jurídica dos sindicatos, é, de imediato, a luta contra a política econômica da ditadura, portanto, contra a existência desta”.

Contrapor-se ao arrocho salarial é, pois, negar a ditadura, uma vez que fere a questão central sobre a qual repousa sua política econômica, que é a superexploração do trabalho. Indica ainda que a possibilidade democrática no país depende da consolidação de um movimento de massas trabalhadoras, já que a burguesia nacional está historicamente incapacitada para tanto (CHASIN, 1980).

Se, por um lado, no plano dos movimentos sociais, o final de década de 70 impulsionou uma inovação no cenário nacional, por outro, quanto à política econômica, a década de 80 segue padecendo das mazelas do milagre, e da conseqüente crise da dívida externa, sem que tenha sido gestado outro padrão de acumulação de capital.

Internacionalmente, a saída para a crise estrutural foi o reordenamento no sentido da globalização, que estabeleceu novo patamar de reprodução ampliada do capital<sup>10</sup>.

Naquilo que diz respeito ao nosso objeto de investigação, convém tecer algumas considerações demarcatórias do que se assinalará para o mundo do trabalho. Sinteticamente, a mundialização do capital envolve a formação de blocos econômicos, a reestruturação industrial, com um verdadeiro revolucionamento dos padrões tecnológicos (automação de base micro-eletrônica, informática, bio-engenharia), a desregulamentação das relações de trabalho, com redução progressiva da proteção estatal, a fusão entre empresas, com predomínio de empresas transnacionais e o crescimento do desemprego. Quanto às formas de gerenciamento, o rígido modelo taylorista e fordista, sustentado na superespecialização, dá lugar à especialização flexível<sup>11</sup>. Flexibilizam-se também os contratos e cresce o trabalho temporário. Um novo perfil da mão-de-obra é requerido, com aumento de responsabilidade e exigência de qualificação constante. Segue-se a isto a eliminação de postos de trabalho, a extrema intensificação do ritmo de produção que, com a precarização dos contratos e a terceirização, promovem um desgaste considerável da força de trabalho. Compõe ainda esse universo, a desterritorialização da produção, definida pela mobilidade do capital, sendo mais um dificultador à organização sindical. Todo esse processo, agravado pela queda do Leste Europeu e a morte das esquerdas<sup>12</sup>, constituirá empecilho relevante à formulação de uma contra-ofensiva da perspectiva do trabalho.

---

<sup>10</sup> Ver a respeito BOITO Jr. (1999), BRAGA (1996), MATTOSO (1995), SOUZA (1994), entre outros. Para a crítica das correntes teóricas que discutem o atual estágio de desenvolvimento capitalista, consultar SOUZA (1996).

<sup>11</sup> Sobre a crítica a esses modelos ver, por exemplo, BRAGA (1996) e LOPES (2000).

<sup>12</sup> Consultar análise de CHASIN (1989), sobre a crise nos dois sub-sistemas do capital, a vaga neoliberal da década de 80 e o abandono da perspectiva revolucionária no plano mundial.

No Brasil, nos dois primeiros anos da década de 90, sob a vigência do governo Collor, assiste-se a um dismantelamento da economia - abertura desenfreada às importações, privatização do estado, crescimento virtual do desemprego - desaguando numa grave crise recessiva que, somada ao esquema de corrupção, levou ao seu *impeachment*. A partir das mudanças econômicas do Plano Real, no Governo Itamar Franco, o capitalismo brasileiro dá os primeiros passos de uma guinada em direção à globalização. Tal é o foco do governo Fernando Henrique Cardoso, iniciado em 1995, cuja diretriz será a promoção dos ajustes necessários à inserção brasileira, perseguindo a dinâmica da rearticulação da ordem capitalista contemporânea, que retoma um ciclo de expansão, calcado na mundialização do mercado e na revolução tecnológica, após um longo período de crise. Nas palavras de CHASIN (2000:302), tal governo “É – e se assume – como aparelho de estado na ordem mutante do capital /.../”.

É preciso frisar que tal inserção, contudo, se dá no seio das contradições inerentes à particularidade do capital atrofico brasileiro, como a “miséria estrutural”, por exemplo, de modo que as desigualdades entre os países são mantidas. De acordo com CHASIN (2000: 304),

*Sem dívida, a nova (des) ordem internacional do capital, produzido e reproduzido com alta tecnologia no mercado globalizado, não é a materialização de um sopro divino de bonança, plasmada em opulência e justiça. É, porém, e será cada vez mais, até onde possam os horizontes ser hoje vislumbrados, o mundo real a ser vivido por todos, embora sob a diversidade com que os países estejam habilitados a participar dele por efeito do desenvolvimento desigual que os enforma.*

No que concerne ao comportamento do mercado de trabalho nacional, POCHMANN (1999) encontrou forte tendência de desestruturação nas últimas décadas,

com o desemprego crescendo em torno de 16% em média por ano, entre 1989 e 1995. Na esteira do desemprego, vem a precarização, com o desassalariamento e a subutilização da força de trabalho. Diz ele que “De cada cem empregos assalariados gerados entre 1980 e 1991, cerca de 99 foram sem registro e apenas um tinha registro.” (*op. cit.*: 72-3).

MATTOSO (1995:70) afirma que o mundo do trabalho sofreu violento golpe com a reestruturação produtiva, afetando “/.../ suas relações no interior do processo produtivo, a divisão do trabalho, o mercado de trabalho, o papel dos sindicatos, as negociações coletivas e a própria sociabilidade de um sistema baseado no trabalho.”. Esse conjunto de alterações produz, segundo o autor, uma “desordem do trabalho”, que obstaculiza o enfrentamento de tamanha adversidade.

O curso desses acontecimentos desemboca na postura defensiva do movimento sindical, acuado pela precarização do trabalho e suas facetas, e pelo terror do desemprego. Este assunto estará novamente presente na análise das entrevistas.

A seguir, procuraremos entender de que maneira a política de saúde, consoante com a lógica excludente do período militar, mergulha numa crise cujas repercussões permanecem até a atualidade.

### **1.3.a. A CRISE DA POLÍTICA DE SAÚDE: privatização x saúde pública**

Vimos que, com o golpe de 1964, o Brasil atravessa um largo período de condução pelo estado bonapartista - finalizado em 1985 - que impõe uma forma de encaminhamento das questões sociais. Implanta um padrão de acumulação concentrador de

renda, alicerçado no arrocho salarial, força o deslocamento da força de trabalho para a periferia dos grandes centros, o que promove uma rápida e desordenada urbanização, enfim, tudo isto deteriora as condições de vida da população. No seio da recorrente ausência de respostas a problemas elementares da sociedade, encontra-se a crise do sistema de saúde. A organização desta política, no período militar, se voltará à privatização da assistência médica.

A unificação dos institutos de aposentarias e pensões no Instituto Nacional da Previdência Social (INPS), em 1967, define as bases da medicina previdenciária. Ênfase será dada na assistência individual e curativa, relegando a segundo plano as ações de saúde pública. A assistência médica previdenciária tem um crescimento vertiginoso e passa a ser o modelo dominante, ao qual têm acesso somente os trabalhadores segurados, que financiam o sistema. Segundo OLIVEIRA & TEIXEIRA (1989), entre 1967 e 1970 crescem em 95,3% os gastos do INPS com assistência médica, enquanto que o orçamento do Ministério da Saúde vai decaindo no mesmo período.

Esse modelo, por ser calcado no ato curativo, de âmbito hospitalar, de alta complexidade tecnológica, vem ao encontro dos interesses da indústria de equipamentos e de medicamentos, favorecendo o capital internacional. A “capitalização da medicina” repousa na adoção de medidas de franca chancela do setor privado, como o financiamento de hospitais, sobretudo nas regiões sul e sudeste, por meio de empréstimos a juros baixíssimos<sup>13</sup>, fortalecendo, com recursos públicos, a burguesia nacional. Em síntese,

*.../ a intervenção estatal na área de saúde, optando pela prática médica curativa e individual veiculada por intermédio da Previdência Social, propiciou a criação de*

---

<sup>13</sup> A Lei nº 168, de 09/12/1974, criou o FAS - Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social - cujos recursos foram, majoritariamente, utilizados na consolidação do setor privado.

*um complexo médico-industrial, responsável pelas elevadas taxas de acumulação de capital das grandes empresas monopolistas internacionais na área de produção de medicamentos e de equipamentos médicos. (OLIVEIRA & TEIXEIRA, 1989:209).*

O outro componente da privatização, é a contratação de serviços hospitalares pelo estado, em lugar do investimento na construção de serviços próprios. “De 1969 a 1975 a porcentagem de serviços comprados a terceiros representou cerca de 90%, em média, da despesa geral do INPS.” (OLIVEIRA & TEIXEIRA, 1989:219).

A mercantilização da saúde é acompanhada pelo crescimento da medicina de grupo. Assim, as empresas passam a contratar outras, as médicas, para realizar a “medicina do trabalhador”. Há nisso interesses que se conjugam: de um lado, os médicos contratados atuarão controlando a admissão de pessoal, o absenteísmo e o rápido retorno ao trabalho, em caso de doenças. De outro, grupos médicos empresariais são contemplados<sup>14</sup>. A Previdência, por sua vez, ao celebrar convênios com empresas de medicina de grupo, se isenta de prestar assistência ao trabalhador (TEIXEIRA & OLIVEIRA, 1979; POSSAS, 1989).

Essa modalidade de estruturação do sistema de saúde entra em colapso durante a década de 80<sup>15</sup>, simultaneamente, não por coincidência, com a recessão subsequente ao esgotamento do milagre econômico de 1968 a 1973. A crise econômica, com a diminuição de contribuintes, provocada pelo arrocho salarial e pelo desemprego, reduz a receita previdenciária (BRAGA & PAULA, 1981). O desvio de recursos previdenciários para a

---

<sup>14</sup> Esses blocos se expressam em entidades como a Federação Brasileira de Hospitais (FBH) e a Associação Brasileira de Medicina de Grupo (ABRAMGE).

<sup>15</sup> Já no cenário de crise é criado, em 1974, (Lei nº 6.025 de 25/06/1974) o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) e em 1978, o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social – SINPAS (Lei nº 6.439 para racionalizar os custos da Previdência. Ao INPS é atribuída a função de concessão de benefícios; a assistência médica individual fica a cargo do Instituto Nacional de Assistência Médica da

realização de obras pelo estado<sup>16</sup>, é outro fator que contribui para a falência do sistema. Finalmente, a forma de repasse de verbas ao setor contratado para a prestação de serviços de saúde agudiza a situação. Esse repasse - feito por unidade de serviço, isto é, por produtividade - é, na sua origem corruptor, principalmente se considerada a falta de controle na sua efetivação (OLIVEIRA & TEIXEIRA, 1989)<sup>17</sup>.

Um longo caminho é percorrido pelo próprio aparato estatal, na tentativa de reorientação da prática médica, incluindo planos de racionalização da política de saúde. Paralelamente, o agravamento do quadro de saúde da população<sup>18</sup> pelo arrocho salarial, de um lado, e pelo sucateamento da saúde pública, de outro, suscita uma mobilização social, denominada de movimento pela Reforma Sanitária, conjunção de grupos de esquerda, técnicos dos serviços públicos de saúde, profissionais ligados às universidades e setores da própria população e do movimento sindical<sup>19</sup>. Tornaremos a essa questão na abordagem das bases da saúde do trabalhador.

Estabelecidos os contornos da crise do sistema de saúde, há que configurar a dinâmica específica da ação estatal sobre a assistência ao trabalhador.

---

Previdência Social - INAMPS; e o setor de arrecadação e controle das cobranças fica sob responsabilidade do Instituto de Administração Financeira da Previdência Social - IAPAS.

<sup>16</sup> O desvio de verbas previdenciárias se inicia no período Vargas, que para a construção de estatais - como a Companhia Siderúrgica Nacional e a Companhia Hidroelétrica do Vale de São Francisco, por exemplo, - lançou mão dessa receita.

<sup>17</sup> Em paralelo, à falência do modelo previdenciário de assistência, começam a despontar os seguros saúde, representantes do capital financeiro (Itaú, Golden Cross etc.).

<sup>18</sup> A título de ilustração, em 1970 a esperança de vida ao nascer no Brasil era de 53 anos e o coeficiente de mortalidade infantil chegava à cifra alarmante de 108 mortes por mil nascidos vivos (YUNES & PRIMO, 1982; YUNES & RONCHEZEL, 1974 *apud* ROCHA & NUNES, 1993).

<sup>19</sup> Sobre a atuação dos sanitaristas em São Paulo na década de 70 e a constituição dos movimentos sociais pela saúde, ver SADER, E. (1998).

### I.3.b. A NATUREZA DA INTERVENÇÃO ESTATAL

Os primórdios da intervenção do estado sobre a segurança do trabalho no Brasil localizam-se no final dos anos 10, entretanto, é a partir da década de 30, no Governo Vargas, que se observa a elaboração de um aparato normativo e legislativo referente a tais questões<sup>20</sup>. Vincula-se diretamente a uma necessidade própria do período de industrialização a postura intervencionista do estado, que agirá prontamente para assegurar a regulamentação das relações entre capital e trabalho. Assim é que, em 1930, é fundado o Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio, que centralizará o controle das questões de segurança do trabalhador. O aparato legislativo foi reunido na Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), criada em 1943, englobando previdência social, justiça do trabalho, higiene e segurança do trabalho e organização sindical (NUNES & ROCHA, 1993).

Historicamente, as políticas públicas em saúde e trabalho têm operado em conformidade com as determinações do sistema capitalista brasileiro, em cada momento específico de realização da acumulação. Segundo FALEIROS (1992), isto não se dá mecanicamente e tem existência em meio a contradições, de modo que é da correlação de forças que se estabelece a política social. Mesmo reconhecendo a complexidade desse processo, que no seio da luta de classes se traduz em reivindicações dos trabalhadores, exercendo alguma forma de pressão sobre o sistema de poder, ou o estado se apropria de bandeiras de lutas, ou atua violentamente na repressão a manifestações populares. Deste modo, ao se deparar com a movimentação do operariado contra a perversidade das condições de trabalho frente a uma industrialização hipertardia, o Governo Vargas

---

<sup>20</sup> A respeito da história da intervenção estatal sobre as condições de saúde e trabalho ver FALEIROS (1992), ROCHA & NUNES (1993), entre outros.

determina o atrelamento dos sindicatos ao estado. A política social foi então concebida, como mecanismo de dirimir as tensões inerentes àquele cenário<sup>21</sup>.

Atualmente, são três as instituições governamentais que possuem atribuições relativas à proteção da saúde do trabalhador: o Ministério da Previdência Social, o Ministério do Trabalho e o Ministério da Saúde. Serão expostos, a seguir, os lineamentos gerais que dão forma e conteúdo a esses organismos.

Ao Ministério do Trabalho compete regulamentar e fiscalizar questões relativas a saúde e higiene dos ambientes de trabalho, através das Delegacias Regionais do Trabalho (DRTs), legalizadas na década de 50. A atuação desse Ministério é guiada pelas orientações da Organização Internacional do Trabalho (OIT), entidade criada no final da Primeira Guerra Mundial, em 1919, que opera por meio de Convenções e Recomendações, relativas à segurança do trabalho (MENDES & DIAS, 1991). Embora funcione com representação de trabalhadores, de empresas e do estado, pode-se dizer que tal representação é desigual e se estabelece no reforço à intervenção estatal na esfera do trabalho (OLIVEIRA, 1994).

O exercício da inspeção tem como suporte um arcabouço de Normas Regulamentadoras de Higiene e Segurança do Trabalho (NRs), criadas durante o Governo Militar, em 1972. Segundo portaria do Ministério do Trabalho e da Previdência Social, torna-se obrigatória às empresas com maior grau de riscos, a formação de Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho (SESMTs)<sup>22</sup>. A motivação para estruturar tais serviços é dada pela explosão de acidentes de trabalho no

---

<sup>21</sup> Exemplo disso é a implementação de uma política de alimentação voltada unicamente aos trabalhadores dos setores estratégicos da economia, o Serviço de Alimentação da Previdência Social (SAPS). Ver a respeito L'ABBATTE, S. (1988).

<sup>22</sup> Mais recentemente, em 1994, através de alteração de uma de suas Normas Regulamentadoras, determina o Ministério do Trabalho a obrigatoriedade de implantação do Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO) pelas empresas, versão renovada dos SESMTs.

período, cujos elevados índices colocaram o Brasil no patamar de campeão de ocorrências. Analisando dados oficiais sub-registrados, POSSAS (1989) encontrou mais de 14 milhões de acidentados entre 1971 e 1978. Constatou uma forte correlação entre a frequência de acidentes e o número de horas trabalhadas, sugerindo que a fadiga ocasionada pelo processo produtivo aumenta a suscetibilidade do trabalhador.

São duas as estratégias do governo diante da eclosão de acidentes durante a década de 70: a formação de pessoal e a mudança na legislação. Para a capacitação técnica, a Fundação Jorge Duprat Figueiredo de Segurança e Medicina do Trabalho (FUNDACENTRO) - entidade criada pelo Ministério do Trabalho, em 1966 - assume a coordenação dos cursos de formação de técnicos (médicos, engenheiros, enfermeiros) em higiene e segurança do trabalho, que irão atuar nos SESMTs<sup>23</sup>. Segundo LACAZ (1996), o contexto em que isto ocorre denota menos a preocupação com a prevenção de doenças e acidentes, do que com a firme intenção governamental de escamotear aquele quadro. Com a finalidade de assessorar as empresas na prevenção de acidentes de trabalho, a FUNDACENTRO encontra-se, na sua gênese, comprometida com esse setor (BONCIANI, 1994).

Fundamenta-se a legislação acidentária brasileira na culpabilização do trabalhador (MACHADO & GOMEZ, 1995). A avaliação da ocorrência de acidentes feita pelas empresas (via SESMTs), tende, respaldada pelo estado, a atribuir o evento à imperícia, ao “ato inseguro” do trabalhador, suavizando a sua responsabilidade de eliminar os riscos presentes no local. Para GAWRYSZEWSKI (1989:37), esse “modelo patronal”, ferindo “frontalmente os interesses dos trabalhadores”, tem por base a atuação sobre a

---

<sup>23</sup> Para MENDES & DIAS (1991:344), a FUNDACENTRO é “/.../ a marca mais característica /.../” da saúde ocupacional no Brasil, inspirada na importação de modelos surgidos na década de 50 em vários países.

doença em si, limitando-se a diagnosticar a incapacidade, para fins de benefícios e aposentarias. Atua de maneira isolada sobre os agentes (poeira, ruído, calor etc.), em detrimento de uma abordagem que abarque a nocividade laboral em sua globalidade. Estipula, também de acordo com regulamentação jurídica, limites de tolerância à exposição aos riscos, contra os quais adota a obrigatoriedade do uso de equipamentos de proteção individual (EPI), que muitas vezes provocam desconforto e dificultam o próprio trabalho. Em suma, de acordo com o autor, os SESMTs são serviços tecnicistas, que privam os trabalhadores de informações, excluindo-os de participar da análise das condições de trabalho.

Compõe ainda o universo da saúde e segurança do trabalho a criação da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA), que passa, a partir de 1945, a ser obrigatória em indústrias com mais de cem trabalhadores. Com um discurso voltado à prevenção, é composta, majoritariamente, por membros da direção da empresa, além do médico e do engenheiro de segurança do trabalho, e de uma representação menor de trabalhadores. A tradição das CIPAs mostra que, antes de se constituírem em veículo de luta dos trabalhadores pela mudança dos ambientes, representam os interesses do capital (FALEIROS, 1992). BONCIANI (1994) frisa que as CIPAs, em geral, não expressam os anseios dos trabalhadores, tanto pelo seu atrelamento ao patronato, o que suprime a sua autonomia, quanto pela incipiência da organização sindical no manejo de questões relativas à saúde<sup>24</sup>.

---

<sup>24</sup> Em meados da década de 70, durante os Congressos Nacionais de Prevenção de Acidentes de Trabalho (CONPATs), patrocinados pelo Ministério do Trabalho, há uma pressão dos sindicatos de São Paulo para mudança de caráter da CIPA. Reivindicam, sem maiores desdobramentos, a participação na escolha dos seus membros, capacitação dos cipeiros, e maior presença dos cipeiros na avaliação de condições de trabalho. Em 1982, durante a I Convenção de CIPAs de São Paulo, novamente se discutem tais questões, buscando a autonomia dos cipeiros (LACAZ, 1996).

Frente à a conformação do Ministério do Trabalho, vejamos de que modo opera o Ministério da Previdência. A ele compete, por meio do atual Instituto Nacional da Seguridade Social (INSS), realizar: perícia médica, coordenação geral de benefícios, reabilitação do acidentado e serviço social.

A concessão do seguro de acidente se aplica às doenças profissionais ou do trabalho constantes na listagem oficial, que é limitada e não cobre o conjunto das doenças relacionadas com o trabalho, cujo nexos se torna mais difícil de ser reconhecido como, por exemplo, as doenças crônicas ou os distúrbios psíquicos<sup>25</sup>. MENDES & DIAS (1999), escrevem que somente um terço da população economicamente ativa brasileira (PEA), em torno de 22 milhões, está contemplado com o seguro.

O direito ao benefício depende do preenchimento da Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), formulário que deve ser emitido pelo empregador, ou pelo serviço público que prestar assistência ao indivíduo vitimado por acidente ou por doença do trabalho. A coleta e a consolidação desses dados são feitas pela Previdência. À Perícia Médica, cabe estabelecer o nexos causal entre o acidente e/ou a doença e as condições em que o trabalho foi executado. Emite, na seqüência, o laudo técnico que definirá o tempo de afastamento necessário. O reconhecimento desse nexos é matéria bastante controversa, pois depende do julgamento do perito.

A fidedignidade dos registros oficiais tem sido alvo de questionamentos (CARMO *et al.*, 1995; MACHADO & GOMEZ, 1995; POSSAS, 1989; ROCHA & NUNES, 1993 etc.). Os números são, por princípio, subestimados, considerando que

---

<sup>25</sup> São classificados, para o pagamento de seguro, acidentes do trabalho típicos, acidentes de trajeto, doenças profissionais e do trabalho. As doenças profissionais são aquelas tipicamente geradas por algumas ocupações, que produzem um risco específico (silicose, asbestose etc.), eliminando a necessidade de comprovação de nexos com o trabalho. Já as doenças do trabalho, são as produzidas por certas condições em que o mesmo é

somente os trabalhadores formalmente inseridos entram nas estatísticas. Essa situação fica mais séria após as alterações na legislação levadas a efeito entre 1975 e 1976, sendo essa a segunda estratégia governamental para enfrentar os elevados índices de acidentes. Primeiramente, o então Instituto Nacional da Previdência social (INPS) transferiu para as empresas a função de notificação e atendimento dos acidentados (resolução nº 900, de 19/10/1975). Na seqüência, com a Lei nº 6.367, de 19/10/1976, o estado repassa ao empregador a responsabilidade de pagamento dos quinze primeiros dias de licença pelo acidente. Isto estimulou as empresas a não registrar os acidentes com poucos dias de afastamento. Como medida de contenção dos gastos previdenciários, a mesma lei cortou o pagamento de seguro por acidentes leves, que não redundam em afastamento, o que igualmente incita o sub-registro por parte das empresas. Além disso, restringiu a vinte e um o número de agentes considerados desencadeadores de doença profissional (RIBEIRO & LACAZ, 1984; ROCHA & NUNES, 1993).

As intenções governamentais implícitas nessas medidas - o investimento na formação de quadros para os serviços das empresas e as alterações legislativas - não tiveram força suficiente para encobrir a dura realidade das condições de saúde e trabalho na época. No mesmo período em que as estatísticas oficiais comemoravam o “declínio” dos índices de acidentes de trabalho, crescia o número de acidentes fatais em relação ao total (POSSAS, 1989)<sup>26</sup>.

Na década de 90, nova mudança ocorre na legislação acidentária, através da Lei nº 9.032, de 28/04/1995, que igualou o pagamento por acidentes de trabalho àquele

---

feito (contaminação acidental, por exemplo). Consideradas atípicas, exigem a comprovação denexo causal para o pagamento do benefício (CARMO, J.C. do *et al.*, 1995).

<sup>26</sup> MACHADO & GOMEZ (1995:128) escrevem que o sub-registro de doenças do trabalho, ou profissionais, se deve não apenas às distorções da previdência social, mas também ao “comprometimento patronal da

conferido a acidentes de outra natureza. Pode-se pensar que isto seria mais um mecanismo de reforço ao sub-registro, uma vez que os trabalhadores se sentiriam desestimulados a reivindicar a emissão de CAT (SALERNO, 1998).

É ainda responsabilidade do INSS a reabilitação profissional, que foi, desde a década de 60, atribuição dos Centros ou Núcleos de Reabilitação Profissional (CRPs ou NRPs). Essa estrutura vem sendo desmontada nos últimos anos, especialmente entre 1995 e 1996, devido à Reforma da Previdência Social. Encontra-se em andamento também o processo de privatização do seguro de acidente de trabalho (TAKAHASHI, 2000).

Até a promulgação da Constituição de 1988, a assistência médica ao trabalhador era encargo do extinto Instituto Nacional da Previdência Social (INAMPS). Com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), o Ministério da Saúde incorpora essa função. Reza a carta constitucional o direito universal à saúde, que deve ser garantido pelo estado. Em termos jurídicos, isto representa um salto qualitativo em relação à lógica até então vigente na política de saúde, centrada na medicina previdenciária, cujo acesso somente era permitido aos segurados, ou seja, àqueles formalmente inseridos no mercado de trabalho, com carteira assinada.

O instrumento legal que orienta o SUS é a Lei Orgânica de Saúde (Leis nº 8.080/90 e nº 8.142/90). Dentre as diretrizes, importa aqui mencionar a descentralização político-administrativa, que coloca no município a responsabilidade pelo gerenciamento de sua política, de acordo com as demandas locais. Para CARVALHO & SANTOS (1992), essa é a “espinha dorsal” do SUS, tendo em conta que antes a administração e o planejamento do sistema centralizavam-se na União. Os Programas de Saúde do

---

maioria dos serviços das empresas”, não menosprezando, porém, os limites da rede pública de saúde para diagnosticar esse tipo de agravos.

Trabalhador e os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador, que surgem em finais da década de 80 no cenário da política de saúde, serão organismos municipalizados<sup>27</sup>.

A lógica operacional das instituições governamentais que possuem atribuições na área de saúde do trabalhador, tem sido objeto de crítica de vários estudos. Somam-se as referências à ausência de integração entre as instâncias (DIAS, 1994; LACAZ, 1997; OLIVEIRA, 1994, entre outros). A atenção à saúde, a vigilância do ambiente de trabalho e a concessão de benefícios ao trabalhador acidentado ou portador de algum mal oriundo de condições insalubres dos processos e da organização do trabalho, são exercidas de maneira desconexa, perdendo de vista o núcleo da questão, a promoção da saúde do trabalhador.

GOMEZ & COSTA (1997) dizem que há uma total fragmentação de ações: as DRTs atuam de maneira tradicional na inspeção dos locais de trabalho, não ultrapassando os limites burocráticos, e os Serviços Especializados em Segurança e Medicina do Trabalho, estão longe de exercer uma ação mais radical no que se refere à modificação das condições geradoras de acidentes.

SPEDO (1998), examinando o modelo de atenção à saúde do trabalhador proposto para o SUS em São Paulo, conclui que a característica central é a convivência de lógicas distintas e conflitantes entre as instituições envolvidas (Ministério do Trabalho, Ministério da Previdência, Ministério da Saúde), marcadas pela desintegração.

BONCIANI (1994:34) fala da subordinação dos SESMTs à ótica do empresariado, dizendo que os profissionais contratados – médicos e engenheiros – “/.../ eram, normalmente, os responsáveis pela construção de um saber que não colidisse com os interesses patronais.”. OLIVEIRA (1994) reforça tal posição, ao reconhecer nos SESMTs

---

<sup>27</sup> Em 1993, foi criada a Comissão Interministerial de Saúde do Trabalhador (CIST), que depois se tornou Grupo Executivo Interinstitucional de Saúde do Trabalhador (GEISAT), visando articular as ações entre os

um instrumento de controle sobre a força de trabalho, sem nenhuma participação dos trabalhadores.

Do que foi exposto, pode-se inferir que tais instituições respondem por interesses contrários à promoção da saúde do trabalhador, o que se comprova pelo caráter atrelado às empresas dos SESMTs e mesmo pelo perfil da intervenção estatal. A própria constituição do SUS é ilustrativa dessa realidade. Ainda que se apregoe a saúde para todos, cabendo ao setor privado complementar os serviços que o público não oferece, o que se observa é a reprodução de uma crise cujas origens remontam à política de saúde assumida pela ditadura militar, a partir de 1964. Conforme o referido anteriormente, naquele momento, em consonância com um modelo econômico excludente e subordinado ao capital estrangeiro, o estado irá subsidiar o complexo hospitalar privado e consolidar a assistência médica previdenciária, em detrimento da saúde pública. Ocorre que, passados mais de trinta anos, quando se inclui na Constituição de 1988 a formação de um Sistema Único de Saúde, como responsabilidade máxima do estado, o setor público se encontra em franco sucateamento, pelo descaso a que o próprio estado o relegou. Por seu turno, o setor privado, organizado e fortalecido durante décadas, com a contribuição ativa do próprio estado, está longe de corresponder ao preceito legal de complementar os serviços do setor público, para assegurar o direito à saúde.

É nesse cenário de contradições que emergem as experiências de Programas de Saúde do Trabalhador, de que falaremos no capítulo seguinte. Surgem em resposta à insuficiência das intervenções hegemônicas e num momento de mobilização sindical, sobretudo no ABC paulista, contra o arrocho salarial do período militar.

Caminhando para fechar esse trajeto, cujo ponto de partida foi o conhecimento das origens da medicina do trabalho, passando pela identificação do chão social que favorece as propostas de saúde do trabalhador no Brasil - crise econômica, crise da saúde, inoperância estatal - o próximo item tratará de apresentar os pressupostos das correntes de pensamento que definem a saúde do trabalhador, e os principais eventos que estimulam as formulações nessa área.

#### ***1.4. AS BASES DA SAÚDE DO TRABALHADOR***

Em meados da década de 70 emerge, em alguns países da América Latina, um intenso debate em torno da causalidade do binômio saúde/doença, buscando superar as análises biologicistas - próprias da clínica - que informam a medicina do trabalho e a saúde ocupacional.

No que se refere à configuração histórica dos países latino-americanos, CHASIN (1989:40), considerando as singularidades de cada caso, observa que, no geral, apresentam traços comuns na sua objetivação capitalista, percebidos na instauração industrial retardatária e subordinada, determinando a natureza autocrática do poder político e a extrema fragilidade na resolução da problemática social. Submersos na crise estrutural do capital “/.../ exibem perfis estruturais muito semelhantes em suas crises”, como altos índices inflacionários, dívida externa, superexploração do trabalho e privatização do estado.

Tendo em vista tais similitudes, que se refletem diretamente no perfil nosológico, começa a haver, a partir da década de 70, uma modificação do perfil de

morbimortalidade, decorrência do próprio processo de industrialização e de ações de saúde pública, como as campanhas de vacinação, ou medidas de saneamento.

LAURELL (1983), estudando a mortalidade no México em 1940 e 1970, verificou uma redução significativa de mortes por doenças infecciosas e o crescimento por doenças coronarianas, do sistema nervoso central, por diabetes, e por acidentes.

No Brasil, semelhante situação irá ocorrer, sendo importante assinalar que há a convivência de um quadro patológico específico da miséria - dada a persistência, ainda que em menor escala, de doenças infecciosas - ao lado de doenças crônico-degenerativas (mais presentes em países desenvolvidos), das mortes por violência e por acidentes de trânsito e de trabalho<sup>28</sup>.

A debilidade da medicina clínica para dar conta das mudanças nos perfis de morbimortalidade da população, nesse cenário, suscita a discussão do caráter social da doença. Segundo LAURELL (1983:148), “/.../ as diferentes formações sociais apresentam perfis patológicos que, a nível geral, distinguem-se conforme o modo particular de combinar-se o desenvolvimento das forças produtivas e as relações sociais de produção.” Nessa direção, BREILH (1991) admite a existência de distintos perfis epidemiológicos, de acordo com a inserção de classe na sociedade capitalista.

Desses estudos, surgem investigações pautadas no resgate da determinação social do processo saúde/doença, pressupondo a centralidade do trabalho na organização societária. Tal movimento, denominado Epidemiologia Social ou Medicina Social Latino-Americana, partindo da compreensão do caráter histórico da relação entre trabalho e doença, irá demonstrar que o quadro de morbimortalidade laboral é função direta da

---

<sup>28</sup> Para aprofundar a compreensão das modificações na agenda de saúde pública brasileira e da caracterização epidemiológica das doenças emergentes e reemergentes, consultar MONTEIRO *et al.* (2000) e LESSA, I. *et al.* (1998).

espoliação proveniente do próprio trabalho<sup>29</sup>. Atuar sobre essa realidade implica, pois, agir no ambiente como um todo, considerando os distintos processos de produção. Essa concepção se choca frontalmente com as deficientes intervenções dos serviços públicos ou privados, como a Medicina do Trabalho ou a Saúde Ocupacional, que operam, primordialmente, na adaptação do trabalhador ao ambiente e não na mudança deste, como forma de prevenir o dano.

Para a pesquisa da nocividade do trabalho, LAURELL & NORIEGA (1989) partem da categoria carga de trabalho. Entendem os autores que as cargas possuem natureza distinta, podendo ser agrupadas em físicas, químicas, biológicas e mecânicas - as quais apresentam uma materialidade externa aos sujeitos atingidos - e fisiológicas e psíquicas que, ao contrário, não possuem uma materialidade visível, mas se expressam diretamente no corpo dos trabalhadores. Diferentemente da saúde ocupacional, que delimita riscos isolados, tal abordagem se propõe a considerar dinamicamente esses elementos no interior do processo global de trabalho, entendendo que é da aglutinação orgânica dessas cargas que se põe o desgaste da classe trabalhadora. Nas palavras dos autores,

*.../ dado que as cargas de trabalho e, portanto, o padrão de desgaste de um grupo de trabalhadores determinado, têm origem na maneira específica como se articulam a base técnica e a organização e divisão do trabalho, é possível decantar as particularidades de cada processo de trabalho concreto e extrair as características gerais das cargas e do desgaste das diferentes etapas e subetapas típicas do processo de produção capitalista. (LAURELL & NORIEGA, 1989:117-118)*

---

<sup>29</sup> Contribuem com essa discussão, autores como LAURELL (1983), LAURELL & NORIEGA (1989), no México; BREILH (1991), no Equador; GARCIA (1983), na Argentina; TAMBELLINI (1979), POSSAS (1989), no Brasil, entre outros.

De acordo com o até então exposto, pode-se depreender que as características que assumem os processos de trabalho, engendram formas específicas de doença e de morte dos trabalhadores.

Tais correntes de pensamento se coadunam com experiências ocorridas na Europa, que irão potencializar o debate, como, por exemplo, o caso da Itália, que em fins da década de 60, será palco de relevantes acontecimentos na luta pela saúde dos trabalhadores. Por iniciativa do Grupo de Trabalho para a Segurança Social, do Partido Comunista Italiano (PCI), grande inquérito foi realizado entre setembro e dezembro de 1967, para avaliar as condições gerais de trabalho na indústria<sup>30</sup>. É necessário dizer que a classe trabalhadora italiana padece, nessa época, das maiores distorções advindas das relações de trabalho, como a utilização de menores e os elevados índices de acidentes<sup>31</sup>. Para BERLINGUER (1983), tais eventos, agravados pela ocorrência do fascismo, pelo desemprego em massa e pelo atraso tecnológico, são mais intensos na Itália do que em outros países capitalistas.

No que tange à luta sindical, registra-se, naquele país, importante mobilização que servirá de parâmetro para as experiências dos Programas de Saúde do Trabalhador no Brasil. Em Turim, operários, dirigentes sindicais e técnicos da área de saúde, elaboraram uma proposta de análise e intervenção nos ambientes de trabalho, da perspectiva dos sujeitos diretamente envolvidos, os próprios trabalhadores. O ponto de partida é a recusa do trabalho insalubre, expressa na luta contra a política de monetização do risco, ou seja a não aceitação do pagamento como forma de compensar a exposição à insalubridade. “O

---

<sup>30</sup> Foram examinados 366 locais de trabalho, de 225 empresas. Foram aplicados questionários a 267.978 trabalhadores, em torno de 5% da população trabalhadora na indústria italiana, pelo censo de 1961 (BERLINGUER, 1983:78).

<sup>31</sup> Entre 1971 e 1973, o Instituto Gramsci promove vários eventos para discutir tais questões junto ao movimento operário italiano (BERLINGUER, 1983).

objetivo é a negociação das condições de trabalho com a finalidade de eliminar a nocividade ambiental no mundo do trabalho.” (ODDONE *et al.*, 1986:19).

Esse novo referencial para a investigação da insalubridade, o chamado Modelo Operário Italiano, dado pela própria vivência dos trabalhadores, parte da definição conjunta de critérios para medir a nocividade, elaborando um mapa de risco do local, para a reivindicação das transformações necessárias. Baliza-se na valorização do conhecimento operário e, portanto, na não-delegação da vigilância dos ambientes a profissionais da empresa ou do estado, o que deve ser tarefa coletiva de um grupo operário homogêneo (que se apresenta em situação semelhante de trabalho), auxiliado por especialistas. Identificados os riscos, será feita a validação consensual dos resultados, refletindo a experiência do coletivo (LAURELL & NORIEGA, 1989)<sup>32</sup>.

O movimento operário italiano contribuiu para a Reforma Sanitária daquele país e teve desdobramentos legais, através da Lei 300, de 20 de maio de 1970, conhecida como o Estatuto dos Trabalhadores. Segundo BERLINGUER (1983:21), a promulgação dessa lei “/.../ representa uma das mais válidas (e poucas) reformas obtidas durante o governo de centro-esquerda /.../”. Tal influência será percebida em outros países, como EUA, Inglaterra, França e Canadá que, de maneira semelhante, desenvolverão políticas relativas à questão saúde/trabalho (MENDES & DIAS, 1991).

O Brasil, na esteira das contradições sociais próprias do capital atrofico, desencadeia um relevante processo de discussão na virada dos anos 70, estendendo-se pela década de 80. No bojo da luta contra a superexploração, desponta uma expressivo

---

<sup>32</sup> Dentre os responsáveis pela abertura dessa experiência para o Brasil, destaca-se o médico sanitário David Capistrano F<sup>o</sup>, então militante do Partidão (o Partido Comunista Brasileiro), membro do Conselho Editorial da Revista Saúde em Debate (do Centro Brasileiro de Estudos da Saúde), que teve importante contribuição na luta pela saúde dos trabalhadores e pela Reforma Sanitária.

movimento em São Paulo, de contraponto aos impactos nocivos do trabalho sobre a saúde, que ganha organicidade pela presença do movimento sindical.

RIBEIRO & LACAZ (1984) consideram como referencial, para o que será virá seqüencialmente, a reunião ocorrida em 06 de janeiro de 1979, no Sindicato dos Médicos de São Paulo “/.../ com a participação de 30 sindicatos e federações de trabalhadores, na qual foi proposta a criação de uma entidade intersindical que viesse a ser um ‘DIEESE da Saúde’ /.../”. Nasce daí, a Comissão Intersindical de Saúde do Trabalhador (CISAT), que promoverá, em maio de 1979, a Primeira Semana de Saúde do Trabalhador (SEMSAT) e, em setembro do mesmo ano, a Segunda SEMSAT. Tais eventos foram motivados pelos infortúnios trazidos pelos trabalhadores, como consequência da realidade de cada categoria<sup>33</sup>. Logo após, em 14 de agosto de 1980, é criado o Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde e dos Ambientes de trabalho (DIESAT), que passará a liderar as discussões sobre o tema, com uma característica marcante, que é a presença decisiva dos sindicatos.

Em 1984, o DIESAT publica *De que Adoecem e Morrem os Trabalhadores*, o primeiro livro que traduz a experiência de envolvimento de tais agentes sociais com a problemática da saúde. Traz a público, entre outras coisas, o relato das semanas de saúde<sup>34</sup>, contribuindo para o amadurecimento dessas questões entre trabalhadores e técnicos da área.

É preciso dizer ainda que, nesse período, em que o *novo sindicalismo* assume o comando de vários sindicatos do ABC paulista, deflagra-se uma cruzada contra o assistencialismo vigente desde a era Vargas, expresso na restrita atenção médica prestada

---

<sup>33</sup> A I SEMSAT abordou o tema das doenças pulmonares e a II discutiu agentes físicos e fadiga (RIBEIRO & LACAZ, 1984).

<sup>34</sup> I e II SEMSAT, 1979; III SEMSAT, 1982; IV SEMSAT, 1983 e V SEMSAT, 1984.

aos associados<sup>35</sup>. Desse modo, passarão os sindicatos a contratar assessorias técnicas qualificadas para uma abordagem mais ampla dos assuntos de saúde do trabalhador. A inclusão do tema nas pautas de negociação salarial e nos acordos coletivos, é também resultado dessa movimentação (LACAZ, 1996).

A Central Única dos Trabalhadores (CUT), criada em 1983, reforça as atividades do DIESAT, por meio dos sindicatos a ele filiados, e cria, em 1990, um organismo próprio para assessorar as lutas sindicais em prol da saúde, o Instituto Nacional de Saúde no Trabalho (INST), apoiado pela Confederazione Generale Italiana del Lavoro (CGIL) (LACAZ, 1996)<sup>36</sup>. LACAZ (1996) critica a “estratégia campanhista” originalmente adotada pelo INST (centrada em campanhas contra agentes físico-químicos, como o benzeno, a sílica, o asbesto, e mais tarde contra as lesões por esforços repetitivos - LER). Também aponta a influência da experiência italiana assumida pelo Instituto, ao recomendar a adoção do mapa de risco para avaliar ambientes de trabalho. Assinala ainda que, a partir de 1992, aquele órgão envereda para uma linha ambientalista, sendo desativado e substituído, em 1994, pelo Coletivo Nacional de Saúde, Trabalho e Meio Ambiente, por deliberação do V Congresso da CUT.

Em 1989, o DIESAT edita *Insalubridade: morte lenta no trabalho*, expondo os resultados da VIII Semana de Saúde do Trabalhador, de 1987, e sistematizando as experiências do movimento sindical em relação à saúde. O livro mostra que a primeira greve contra os efeitos deletérios do trabalho data de 1984, em São Bernardo do Campo,

---

<sup>35</sup> A corrente do novo sindicalismo, buscará suplantando a interferência do estado, estabelecendo uma negociação direta com o patronato, e também reforçará a organização dos trabalhadores no interior da fábrica. (Cf. ANTUNES, 1995 e RAMALHO, 1997).

<sup>36</sup> A CUT, vinculada ao Partido dos Trabalhadores, se estruturou da aglutinação de várias tendências, como sindicalistas independentes, militantes trotskistas, grupos ligados à esquerda católica, facções da esquerda tradicional etc. sendo o “/.../ o esboço natural destes grupamentos que empenhavam-se, há muito, na constituição de uma entidade nacional de corte autônomo e independente.” (ANTUNES, 1995:30).

protagonizada por trabalhadores da Ferro Enamel (subsidiária brasileira de multinacional do setor de corantes), quando se exigiu o fim das intoxicações por chumbo. Localiza ainda outras participações sindicais nessa direção, como a dos Metalúrgicos de São Paulo, Santos, Osasco, São Bernardo do Campo e Volta Redonda, além dos Químicos de São Paulo e dos Ceramistas de Pedreira e de Jundiaí (REBOUÇAS *et al.*, 1989).

A essa mobilização contra a insalubridade do trabalho, agregam-se setores das universidades, técnicos dos serviços de saúde, identificados com a proposta de atenção à saúde dos trabalhadores, centros de pesquisa e entidades ligadas à saúde coletiva, como o Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (CEBES) e a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO)<sup>37</sup>. Nessa esfera, a contribuição se dará através dos estudos sobre a determinação social do binômio saúde/doença, da crítica do sistema de saúde e, principalmente, da denúncia do preocupante quadro de patologias ligadas ao processo de trabalho.

Em 1986, a partir da VIII Conferência Nacional de Saúde, cujo mote é a Reforma Sanitária, ocorre a I Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, na qual são discutidas as condições para a implantação dos Programas de Saúde do Trabalhador. Isto resultará em propostas a serem incorporadas pela Constituição Federal de 1988.

Com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1988, o estado se compromete a garantir a saúde a todos os cidadãos, na tentativa de contornar a crise do sistema de saúde, através de reforma interna. A II Conferência Nacional de Saúde do

---

<sup>37</sup> DIAS (1994) faz referência ainda ao papel das agências internacionais, como a OIT e a Organização Mundial de Saúde (OMS) que, em meados da década de 70 e ao longo da de 80, passarão a elaborar recomendações e realizar encontros sobre a temática saúde e segurança do trabalho.

Trabalhador, de 1994, propõe “/.../ a unificação de todas as ações de saúde do trabalhador no Sistema Único de Saúde.”<sup>38</sup>.

Há que reconhecer a forte influência da Reforma Sanitária Italiana, ocorrida na década de 70, sobre a Reforma Sanitária Brasileira<sup>39</sup>. O CEBES se diz o responsável pela divulgação no Brasil do pensamento de Giovanni Berlinguer, ligado ao PCI e um dos personagens-chave da reforma naquele país. Em termos das tendências políticas aí presentes, há um grande número de intelectuais filiados ao Partido Comunista Brasileiro (PCB), que vai encabeçar o movimento de Reforma Sanitária no Brasil., e que participa do Conselho Editorial da *Revista Saúde em Debate*, do CEBES<sup>40</sup>.

Essa vaga de manifestações, em consonância com a retomada do movimento sindical e inspirada pela movimentação latino-americana e italiana, preambula a constituição dos Programas de Saúde do Trabalhador no Brasil.

DIAS (1994) mapeou Programas e Centros de Referência em Saúde do Trabalhador, surgidos na década de 80, em São Paulo, na Bahia, no Rio Grande do Sul, em Minas Gerais, no Paraná e no Rio de Janeiro, chamando atenção ainda para a criação de Fóruns e Comissões de Saúde do Trabalhador nos estados. Diz a autora que, entre as mudanças nos governos estaduais, em 1987, e nos municipais, em 1989, surgem e são extintos programas de saúde do trabalhador, dependendo das inclinações políticas de cada local.

---

<sup>38</sup> CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR (1994:5).

<sup>39</sup> Ver a respeito BERLINGUER, G. *et al.* (1988).

<sup>40</sup> Sobre a influência do eurocomunismo italiano, RAGO F<sup>o</sup> (1998:24) mostra que, entre os teóricos do PCB desenvolve-se a tese da “democracia como valor universal” (expressa nos escritos de Carlos Nelson Coutinho), segundo a qual “/.../ a democracia não mais considerada como meio -, passava a ser tomada como *um fim em si mesma*; não seria mais “instrumentalizada”, mas sim um patrimônio universal da humanidade, que se situava acima das classes sociais e da própria anatomia da sociedade civil: *o capital*.” (grifos do autor). Tal concepção, guiará o partido para a esfera do aperfeiçoamento institucional e da ampliação dos direitos civis, cindindo a política da base material em que repousa e abstraído as contradições entre capital e trabalho.

Com o intuito de apreender o contexto em que se localiza o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador de Campinas, o próximo capítulo será dedicado à descrição das principais experiências do estado de São Paulo.

## **CAPÍTULO II: DO MOVIMENTO SOCIAL À POLÍTICA INSTITUCIONAL**

### **II.1 A ATENÇÃO À SAÚDE DO TRABALHADOR: COMENTÁRIOS ADICIONAIS**

Definida a conjuntura que matriza a perspectiva da saúde do trabalhador, podemos dizer que o repertório teórico de vários estudos brasileiros, recebem influência da Medicina Social Latino-Americana, esboçada, por exemplo, na visão de autores como Asa Cristina Laurell. Entrementes, a fundamentação dos Programas de Saúde do Trabalhador, ancorada no binômio vigilância/intervenção nos ambientes de trabalho, tem na experiência italiana o seu referencial principal. A seguir, teceremos alguns comentários sobre a questão da vigilância e a utilização do Modelo Operário Italiano no Brasil.

Primeiramente, lembramos que a vigilância de ambientes de trabalho no país é derivada das práticas fiscalizatórias da vigilância sanitária, a qual surge no campo da saúde pública, na inspeção ambiental e do exercício da cura de doenças, e na regulamentação de trocas comerciais relativas à saúde. Tais ações se iniciam com o serviço de controle dos portos, no século XIX<sup>41</sup>. A vigilância sanitária se inscreve no terreno jurídico, para legislar sobre produtos e serviços de interesse da saúde. COSTA (1999:328) critica o tipo de estruturação desse serviço no país, por ser isolado de outras ações de saúde, “pouco

---

<sup>41</sup> GARCIA (1989 *apud* COSTA, 1999) relaciona a terminologia utilizada (vigilância, controle), com as formulações militares do período da guerra fria.

permeável aos movimentos sociais”, e restrito a um “poder de polícia” conferido pela fiscalização.

A estruturação dos sistemas de vigilância epidemiológica e de vigilância sanitária brasileiros data dos anos 70, sendo proposta pela ditadura militar para fazer frente “/.../ ao agravamento da questão social e às profundas contradições nas relações produção-consumo no setor farmacêutico.” (COSTA, 1999:327).

Em relação à vigilância epidemiológica, as ações originárias, datadas do início de século XX, se organizam em torno de campanhas contra doenças transmissíveis, agindo mais incisivamente sobre regiões de importância econômica (TEIXEIRA & RISI Jr., 1999). Atualmente, ampliou-se o campo da vigilância epidemiológica, para a noção de vigilância à saúde, que passa a compreender não apenas o estudo da distribuição das doenças na população (infecciosas e não transmissíveis) e a identificação de suas causas, mas vai além, se colocando como ferramenta decisiva para o planejamento de serviços e a conseqüente proposição de medidas<sup>42</sup>.

Como já dissemos, no capítulo anterior, com a regulamentação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1990<sup>43</sup>, a saúde do trabalhador passa a ser uma atribuição da saúde pública, o que confere aos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador a prerrogativa da vigilância em locais de trabalho, antes tarefa exclusiva do Ministério do Trabalho, através das Delegacias Regionais.

Entendida como um processo que agrega a vigilância sanitária em locais de trabalho, à vigilância epidemiológica dos agravos à saúde provocados pelo mesmo, a vigilância em saúde do trabalhador procura se diferenciar da abordagem parcial dos

---

<sup>42</sup> Cf. MENDES *et al.* (1993) e TEIXEIRA & PINTO (1993 *apud* SATO, 1996).

<sup>43</sup> A lei orgânica da saúde – Lei n° 8.080, de 19/09/1990 e lei n° 8.142, de 28/12/1990 – atribui ao município a responsabilidade pela saúde do trabalhador.

Serviços Especializados em Segurança e Medicina do Trabalho (SESMTs) das empresas. Propõe-se, dessa maneira, a articular ações de controle sanitário para promover e proteger a saúde dos trabalhadores, tendo como “/.../ objeto específico a investigação e intervenção na relação do processo de trabalho com a saúde.” (MACHADO, 1997:34).

A incorporação da vigilância à saúde do trabalhador à política de saúde - a ser exercida pelos Programas e Centros de Referência - muda o enfoque fiscalizatório tradicionalmente vigente nas Delegacias Regionais do Trabalho. O propósito de atuar de maneira global no processo saúde/doença relacionado com o trabalho, é um desafio que os programas têm enfrentado, uma vez que isto significa ir de encontro à lógica historicamente fragmentada que determina a dinâmica da intervenção estatal. A esse respeito, MACHADO (1997) comenta que a integração da vigilância ao SUS se estabelece numa polarização entre a premência de desenvolvê-la num sistema em crise - ainda que na perspectiva de um trabalho mais amplo, articulando as instituições e envolvendo os trabalhadores - e o enfrentamento da hegemonia das DRTs, comprometidas historicamente com o setor empresarial.

A vigilância à saúde do trabalhador, numa acepção renovada, busca potencializar o seu espectro - para interferir na nocividade dos processos de trabalho - no relacionamento interinstitucional e no controle social. Neste caso, partindo do exemplo italiano, deve-se alertar que a eficácia da ação nos locais de trabalho dependerá da presença ativa dos próprios trabalhadores. Retomando os nódulos centrais dessa propositura, temos que o modelo Operário Italiano procura questionar o conhecimento técnico oficial, valorizando a experiência operária na caracterização dos riscos ambientais do trabalho.

A experiência italiana de investigação das condições insalubres foi assimilada pela institucionalidade brasileira, com a adoção do mapa de risco, que representa

graficamente a periculosidade existente nos processos de trabalho. Em 1992, por meio de portaria do Ministério do Trabalho (portaria nº 5, de 17/08/1992), passou a ser obrigatória a elaboração de mapas pelas CIPAs (MATTOS & FREITAS, 1994).

Os autores acima, analisando a portaria, chamam atenção para vários pontos problemáticos, como o fato de restringir o treinamento aos membros das CIPAs, excluindo o conjunto de trabalhadores, além de questionar o próprio conteúdo dos cursos, que não capacitam os cipeiros adequadamente. Outro problema identificado diz respeito à arbitrariedade na definição dos fatores de risco, sem a conceituação clara dos mesmos, o que dificulta a classificação pelos trabalhadores<sup>44</sup>. Apontam ainda a resistência dos técnicos dos SESMTs para lidar com o “saber operário” na identificação dos riscos ambientais e a permanência da utilização de critérios quantitativos para medir os limites da exposição, baseados no referencial da saúde ocupacional.

O mesmo texto destaca, por último, a desigualdade das condições de negociação entre patrões e empregados, prevista como desdobramento dos achados no mapa, uma vez que a concepção do processo de trabalho “/.../ já é determinada unilateralmente pelo empregador, definidor da tecnologia a ser utilizada no processo produtivo, das matérias primas empregadas, do ritmo e da organização da produção /.../” (MATTOS & FREITAS, 1994:257).

Em relação à proposta italiana, queremos resgatar alguns questionamentos. Sobre a valorização da subjetividade operária e a não-delegação LAURELL & NORIEGA (1989) afirmam que, tomar essa experiência “/.../ como imediatamente reveladora da

---

<sup>44</sup> A proposta italiana classifica assim os riscos do trabalho: 1º grupo: fatores presentes no local de trabalho e fora dele: luz, temperatura, ruído, umidade, ventilação; 2º grupo: fatores próprios do ambiente de trabalho, como, vapores, poeiras e gases. O 3º grupo fala da fadiga, física e mental, que o esforço físico produz. Finalmente, o 4º grupo diz respeito ao *stress* produzido pelas condições de trabalho: ritmos intensivos, movimentos repetitivos, ansiedade, posições incômodas (ODDONE *et al.*, 1986).

essência da realidade” (*op.cit.*: 88), desemboca numa visão empiricista, que elimina o papel da teoria. Por outro lado, dizem que o Modelo Operário Italiano não reconceitua a relação trabalho/saúde, já que, embora ressaltando a subjetividade operária no diagnóstico dos riscos, tem por base os parâmetros da ciência nos moldes capitalistas, como se aquele conteúdo fosse neutro, contradizendo a afirmação de que “/.../ as opções tecnológicas são opções de classe.” (*op.cit.*: 87).

LAUAR *et al.* (1991), escrevendo sobre o Modelo Operário Italiano, ressaltam a dificuldade dos trabalhadores de acompanhar as constantes e rápidas mudanças provenientes das inovações tecnológicas nos processos de trabalho, para a identificação e a superação de riscos. Também se referem à ameaça do desemprego, comprometendo a preocupação sindical com a saúde nos locais de trabalho.

KUCHENBECKER (1992:49), lembrando a historicidade da criação do Modelo Operário Italiano, relacionada a um momento específico do embate entre capital e trabalho naquele país, afirma que “/.../ seria adequado compreender o MO mais como um instrumento de análise das condições de saúde e trabalho e menos como **modelo**.” (Grifos do autor). Nesse sentido, considera que as mutações no mundo do trabalho ocorridas nos anos 90, demandam o repensar da abordagem da questão dos processos de trabalho pelos trabalhadores, numa ação conjunta com os técnicos, o que seria papel dos Programas de Saúde do Trabalhador.

Bem, tendo por pano de fundo a crise da política sanitária, o enfrentamento a ser dado à fragmentação institucional na assistência ao trabalhador, e embuídos das idéias da determinação do processo de trabalho sobre a saúde, e da importância do olhar do trabalhador na avaliação da nocividade laboral, vejamos como se estabelecem as principais experiências de atenção à saúde do trabalhador no estado de São Paulo.

## **II.2. OS PROGRAMAS DE SAÚDE DO TRABALHADOR EM SÃO PAULO**

No intuito de contextualizar o caso de Campinas, bem como de visualizar pontos de interseção e possíveis diferenças entre o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CRST) daquele município e os demais, serão expostos os traços básicos das principais experiências em Programas e Centros de Referência em Saúde do Trabalhador do estado de São Paulo, registradas pela literatura disponível. Assim, percorremos o caminho já trilhado por alguns dos autores que buscaram desvendar a configuração da atenção à saúde do trabalhador no Brasil. Queremos esclarecer, entretanto, que tal exercício se põe como um subsídio à análise do objeto aqui investigado, por isto, não temos a pretensão de esgotar a discussão ou de ir além dos trabalhos realizados. Procuraremos extrair, de algumas reflexões, aquilo que pode fornecer elementos para o exame do CRST-Campinas, partindo do reconhecimento de que esta não é uma realidade isolada.

Além da maior facilidade de acesso aos dados, a exclusividade da abordagem de São Paulo se fundamenta na identificação de uma grande concentração de experiências nesse estado, durante a década de 80. A organização de um Cadastro Nacional dos Programas de Saúde do Trabalhador no Sistema Único de Saúde, feita por DIAS (1994), contabilizou 161 programas ou serviços distribuídos no país até 1992, dentre os quais 79 criados pela Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo<sup>45</sup>.

---

<sup>45</sup> Em outros estados, a autora destaca experiências em Londrina, no Paraná, em 1976; em Minas Gerais entre 1983 e 1986, envolvendo a Universidade Federal de Minas Gerais e a rede pública de saúde do estado; e na Bahia, entre 1986 e 1988, quando foi implantado o Centro de Estudos de Saúde do Trabalhador (CESAT) (DIAS, 1994).

Cabe notificar ainda o Programa de Saúde do Trabalhador da Secretaria de Estado da Saúde do Rio de Janeiro, cuja orientação é dada pelo Conselho Estadual de Saúde do Trabalhador (CONSEST), colegiado interinstitucional e intersindical, responsável pelo tracejamento das diretrizes para a vigilância em saúde do trabalhador (RIBEIRO & VASCONCELLOS, 1995:6-7).

De acordo com a literatura, a primeira tentativa de um programa de saúde do trabalhador se deu no Centro de Saúde Experimental da Barra Funda e Bom Retiro, em 1974. A não participação dos trabalhadores, aliada aos problemas da própria unidade, convergiram para a sua extinção, em 1980 (MENDES, 1986 *apud* DIAS, 1994).

Em 1978, é inaugurado o Ambulatório de Medicina do Trabalho da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) e pouco tempo depois, em 1979, verifica-se o surgimento de proposta efetivada pelo Centro de Saúde Escola de Paulínia, daquela Universidade, o Programa de Saúde Ocupacional para Pequenas Empresas (DIAS, 1994).

Vinculado ao Sindicato dos Trabalhadores nas Indústrias Metalúrgicas, Mecânicas e de Material Elétrico do município de Osasco, localiza-se outra iniciativa de atenção à saúde do trabalhador, datada de 1986. No mesmo ano, despontam o Programa de Saúde do Trabalhador de Botucatu, ligado à Faculdade de Medicina da UNESP e ao sistema estadual de saúde (SUDS-R24 - Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde), além do Programa do Vale do Paraíba, em São José dos Campos (DIAS, 1994).

No mesmo estudo, DIAS (1994), buscando rastrear a atenção à saúde do trabalhador no SUS, diagnosticou a ausência de acompanhamento e de avaliação dessas experiências, constituindo-se numa limitação ao exame mais cuidadoso desse percurso. Apesar disso, a pesquisa empreendida salientou alguns aspectos cujo registro julgamos necessário. Um deles diz respeito à verificação, da predominância da atenção médica, que por vezes se restringe ao atendimento de acidentes de trabalho com preenchimento de Comunicação de Acidentes de Trabalho (CAT). Problemas de infra-estrutura e de recursos humanos foram também identificados, incluindo o escasso material de apoio, como equipamentos de informática e acervo bibliográfico.

No que concerne aos princípios de atuação, prioridade comum é o esforço de articulação interinstitucional gerando, muitas vezes, relações informais, de modo a tentar compensar os entraves burocráticos presentes nos serviços públicos. A formação de recursos humanos e a necessidade de definir atribuições das instituições envolvidas, evitando as ações desarticuladas de vigilância nos ambientes de trabalho, também se fazem presentes entre as premissas estabelecidas (DIAS, 1994).

Em outro estudo, MARTINS F<sup>o</sup> (1989:28), notabiliza o papel dos programas de saúde do trabalhador surgidos na década de 80, enfatizando o caso de Salto, criado em 1984, como “/.../ o primeiro programa da nova safra organizado no estado /.../”, evidenciando que a partir de sua constituição o número de doenças profissionais cresce de 01 caso registrado no INPS, em 1984, para 101 casos registrados pelo Programa em 1985.

LACAZ (1996), em estudo da gênese da política de saúde do trabalhador em São Paulo, aponta a década de 80 como o início desse processo, consubstanciado pelo advento de administrações chamadas de populares e democráticas, e pela premência dos trabalhadores em superar a insalubridade crescente nos ambientes de trabalho. Dentre os eventos ocorridos, objetivando a elaboração de propostas em saúde do trabalhador, evoca a realização, em 1984, do Seminário “*Estratégias para a Implantação de Ações de Saúde do Trabalhador na Rede Básica da Secretaria de Saúde do Estado*”, promovido pelo Instituto de Saúde daquela Secretaria, como o ponto de partida de relevante debate, ao reunir profissionais da rede básica de saúde, das universidades e sindicalistas, na busca de integrar as diversas experiências que emergiam e de formular projetos para a área<sup>46</sup> (LACAZ, 1992 e 1996).

---

<sup>46</sup> O Governo Franco Montoro, do estado de São Paulo (1983 a 1987), reúne uma série de elementos que irão fertilizar as propostas de saúde do trabalhador. Segundo LACAZ (1992:43), “o arco de forças políticas de caráter suprapartidário” organizado durante a campanha, direciona a concretização dos Programas de Saúde

O autor seleciona para análise quatro propostas surgidas na rede de saúde do estado de São Paulo, entre 1984 e 1986, localizadas nas regiões da Baixada Santista-Santos-Cubatão, Vale do Ribeira-Registro, Pedreira, região de Campinas, e Químicos do ABCD. Assessorados pela equipe de Saúde do Trabalhador do Instituto de Saúde e pelo DIESAT, tais programas têm em comum o reconhecimento do trabalho como fonte geradora de doenças e a necessidade de desenvolver ações integradas para combater essa realidade. Assim, afirma que os projetos

*./.../ eram pautados todos eles na perspectiva de acoplar ações de **assistência** à saúde, às ações de **vigilância** dos ambientes do trabalho, com ênfase na **interlocução** com o movimento social de trabalhadores e na atividade **interinstitucional** e **multiprofissional**, procurando sempre uma aproximação com a Universidade. (LACAZ, 1996:288. Grifos do autor.).*

Com a criação de um ambulatório de referência da região (em Hospital Estadual ligado à Faculdade de Ciências Médicas de Santos), tem início, em 1986, o Programa de Saúde do Trabalhador da Baixada Santista. A vigilância epidemiológica e a vigilância sanitária nos ambientes de trabalho, além da informação aos trabalhadores sobre os riscos à saúde por ele produzidos - de modo a respaldar a ação dos mesmos - compunham a proposta referida. A efetuação de convênios, seja com as universidades, com Sindicatos, com a Previdência, seja com a Secretaria de Relações do Trabalho, ratificava a necessidade da presença dessas instituições para o desenvolvimento da proposta (LACAZ, 1996).

---

do Trabalhador, o que é reforçado pela forte presença sindical no questionamento das condições de saúde e trabalho. Desse modo, a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo irá objetivar, a partir de 1984, diversas experiências dessa natureza.

A partir de 1989, medidas político-administrativas implantadas pela Secretaria de Estado da Saúde, resultarão num refluxo do Programa de Saúde do Trabalhador da Baixada Santista, pela desestruturação de suas coordenações. De acordo com o autor, acompanha esse movimento de retração, o refluxo da inserção sindical nas questões de saúde no trabalho, dado pela crise econômica (LACAZ, 1996).

O Departamento Regional de Saúde do Vale do Ribeira volta-se à problemática dos agrotóxicos, motivado pela extensão desse problema de saúde pública na região. Iniciado em 1984, o Programa de Vigilância Epidemiológica e Intoxicação por Agrotóxicos, foi objetivado a partir de integração com a UNICAMP (Núcleo de Ecologia Humana), que à mesma época levava a cabo projeto semelhante, na atenção à saúde do trabalhador rural (LACAZ, 1996).

Os resultados do Programa do Vale do Ribeira repercutiram em outras regiões de São Paulo - como Ribeirão Preto, Presidente Prudente, Marília, São José dos Campos e Piracicaba - e se desdobraram numa proposta de normatização dos Programas de Vigilância Epidemiológica das Intoxicações por Agrotóxicos no Estado de São Paulo, encaminhada à Secretaria de Saúde em 1988. De acordo com LACAZ (1996), à semelhança do Programa da Baixada Santista, a administração da Secretaria Estadual de Saúde, que assume em 1987, adotando interesses contrários a essa linha de trabalho, irá desagregar as equipes de vigilância epidemiológica e sanitária.

O projeto de Investigação Epidemiológica sobre Silicose nas Indústrias de Cerâmica do município de Pedreira (região de Campinas), de 1985, é mais um empreendimento do Instituto de Saúde (SES-SP), em conjunto com o DIESAT. Tal projeto, tinha a perspectiva de implantar, nos Centros de Saúde de Pedreira, o acompanhamento dos trabalhadores expostos ao risco de silicose. Os resultados do cadastro de trabalhadores,

elaborado com essa finalidade, revelaram a gravidade da questão da silicose naquela região, encoberta pelas estatísticas da Previdência Social (LACAZ, 1996).

O quarto programa analisado por LACAZ (1996), o Projeto de Atenção à Saúde do Trabalhador Químico do ABCD, de 1984/85, ganhou vida por meio de articulação interinstitucional, formada pelo Instituto de Saúde, pelo DIESAT, pela Diretoria Regional de Saúde 1-4 (estrutura da Secretaria Estadual de Saúde), da região do ABCD e pela Secretaria Municipal de Saúde de Diadema, numa conjunção de interesses cujo ponto de partida foi a demanda sindical dirigida à Secretaria de Estado da Saúde (SES). Dentre os objetivos propostos, ressaltam-se a inserção da atenção à saúde do trabalhador nas unidades básicas da região do ABCD, além da criação de um sistema de vigilância epidemiológica para as doenças do trabalho (BOTELHO *et al.*, 1987 *apud* LACAZ, 1996). Foram instaladas unidades básicas para atendimento aos trabalhadores nos Centros de Saúde do estado nos municípios de Diadema, Mauá, Santo André, São Caetano do Sul e São Bernardo do Campo.

Sendo essa uma experiência pioneira de gerenciamento conjunto, o sindicato integrava a coordenação do Programa, ao lado de representantes da Secretaria de Estado da Saúde e da Secretaria Municipal de Saúde. Além da responsabilidade pela divulgação, utilizando-se de veículos próprios, o sindicato assumiu a vigilância dos ambientes de trabalho, inadequadamente desempenhada, até então, pela própria lentidão da ação dos órgãos públicos (LACAZ, 1996).

Em novembro de 1989, o PST do ABCD foi municipalizado tornando-se Centro de Referência em Saúde do Trabalhador do ABCD, coordenado pelos municípios de São Bernardo, Santo André, São Caetano do Sul e Diadema, com sede em São Bernardo do

Campo. Segundo LACAZ (1996), isto vai ocorrer já num momento de recessão econômica, que afetará a participação sindical nas questões de saúde.

Outro caso amplamente referenciado em São Paulo, é o do Programa de Saúde dos Trabalhadores da Zona Norte (PST-Zona Norte). Iniciado em 1985, por iniciativa do antigo Departamento Regional de Saúde 1.2 (DRS1.2), da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, tem por objetivos implantar, nos centros de saúde da região, uma atenção voltada para as doenças do trabalho, e intervir nas condições nocivas à saúde presentes nos ambientes, de maneira conjunta com os trabalhadores (COSTA *et al.*, 1989).

A limitação das atividades educativas junto aos trabalhadores, a obstaculização dos trâmites com as instituições relacionadas à área, como INPS e FUNDACENTRO, além da falta de aparato laboratorial próprio, limitando o diagnóstico especializado, e da insuficiência de recursos materiais para garantir a estrutura do Programa, reduziram as ações a iniciativas decorrentes do esforço de alguns indivíduos. Tal é a avaliação dos primeiros anos de funcionamento do Programa - de 1986 a 1988. O aspecto positivo assinalado foi o suporte dado pelas universidades (PUC-SP, Faculdade de Saúde Pública e Faculdade de Medicina da USP, UNICAMP e Santa Casa). Quanto à participação sindical, foi constatada “/.../ a necessidade de ampliar a discussão entre os trabalhadores, entre os técnicos e entre ambos.” (COSTA *et al.*, 1989:40).

A despeito das dificuldades citadas, o Programa foi inserido na rede estadual de saúde, em 1989, sob a denominação de Serviço de Saúde do Trabalhador, com uma estrutura de atendimento extensiva aos três níveis de atenção - primário, secundário e terciário (COSTA *et al.*, 1989). Na trajetória de institucionalização do PST-Zona Norte, registra-se a luta para descentralizar a coordenação de acidentes de trabalho e para desenvolver um sistema de vigilância adequado às necessidades (SANTOS *et al.*, 1989). A

evolução disto, que contou com a participação de diretores do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS-SP) e de sindicatos de trabalhadores, foi a incorporação do atendimento de acidentes de trabalho pela rede pública. A intervenção nos ambientes de trabalho integra as linhas de atuação do Programa, conforme se comprova no texto:

*Desde o início havia no PST o entendimento da importância da inspeção nos locais de trabalho como parte principal da ação integrada: diagnóstico individual do paciente, diagnóstico epidemiológico do coletivo de fábrica e levantamento das condições de trabalho nas fábricas. (COSTA et al., 1989:181).*

Esse processo, no entanto, é permeado de conflitos institucionais, somados à desarticulação dos trabalhadores no encaminhamento das questões a serem modificadas nos locais de trabalho. O respaldo interinstitucional, necessário para fortalecer a Secretaria de Estado da Saúde, de modo a imprimir um perfil de fiscalização que supere a insulabridade do trabalho, não ocorre. A estrutura burocrática da Delegacia Regional do Trabalho, ou a indisposição de seus técnicos no trato com os trabalhadores, são apontados como fatores impeditivos do alcance dessa meta (COSTA et al., 1989).

A participação sindical, apesar de existente em momentos da história do PST-Zona Norte, como nas inspeções em locais de trabalho e nas reuniões, não se configurou numa co-gestão, conforme o almejado na sua origem. Tal fato, dizem os autores, é revelador do limite da organização dos trabalhadores no que tange às questões de saúde e, evidentemente, aprofunda o limite institucional dos técnicos para o desenvolvimento da ação imprescindível nos ambientes de trabalho. “No fundamental o que aparece é a extrema dificuldade do movimento de trabalhadores dentro das fábricas. Assim, sem interlocutor

real, presente e ativo que fosse catalisado por aquelas ações, muitas delas ficaram no papel ou como parte de discussões burocráticas.” (COSTA *et al.*, 1989:183).

PIMENTA e CAPISTRANO F<sup>o</sup> *et al.* (1988) sistematizaram em publicação, a experiência do Programa Municipal de Saúde do Trabalhador de Bauru, iniciado em 1985. Com o objetivo de prestar uma atenção especializada aos trabalhadores urbanos e rurais, foi instalado o ambulatório e firmado um convênio com o INAMPS.

Em termos de morbidade, o Programa de Bauru trouxe à tona a elevada incidência de saturnismo (intoxicação por chumbo). A importância da patologia na região instigou a realização do “*I Simpósio Estadual sobre o Saturnismo*”, em 1987, e a formulação de proposta de mudança nos limites de tolerância ao chumbo, previstos pela Norma Regulamentadora n<sup>o</sup> 7, do Ministério do Trabalho.

A primazia da informação aos sindicatos acerca dos riscos produzidos pelo trabalho, foi determinada desde o momento de organização do Programa. Ainda que se tenha logrado a formação de uma Comissão Sindical para compor o gerenciamento, os autores mencionam a inexpressiva participação dos sindicatos para utilizar as informações técnicas em prol de alterações nos ambientes de trabalho. Outros obstáculos referidos, são a ausência de retaguarda laboratorial para o diagnóstico, e de apoio da Previdência Social, por apresentar um rol bastante limitado de doenças oficialmente reconhecidas como profissionais.

A avaliação a respeito da tentativa de trabalho interinstitucional para intervir nos ambientes de trabalho, mostra dificuldades com a Delegacia Regional do Trabalho (DRT) e a Secretaria das Relações de Trabalho (SERT):

*Em resumo podemos dizer que, na busca de um trabalho novo, democrático, interinstitucional e com participação efetiva dos trabalhadores, só encontramos eco para nossas propostas entre estes últimos, pois as instituições de governo nunca se integraram plenamente no trabalho. (PIMENTA, 1988:23).*

Mais recentemente, iniciativa de divulgação do Programa de Saúde do Trabalhador de Ribeirão Preto, também resultou em publicação (ALESSI *et al.*, 1994). O ponto de partida foi a organização do Programa de Vigilância Epidemiológica e Sanitária em Agrotóxicos, de 1987, pelo ERSA-50 (Escritório Regional de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo), atividade que envolveu universidade, sindicatos de trabalhadores rurais da região e outras instituições. A vigilância estendeu-se às condições de moradia de trabalhadores da agroindústria canavieira, com a participação de profissionais da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP-USP), da Delegacia Regional do Trabalho (DRT) e de sindicatos de trabalhadores rurais.

A demanda por uma atenção específica ao trabalhador, originalmente inviabilizada por divergências internas da Secretaria de Saúde, se converteu na elaboração de projeto de um Serviço de Saúde do Trabalhador a ser integrado às unidades de saúde do Centro de Saúde Escola (CSE), da FMRP-USP, assinado pelo Núcleo de Estudo e Pesquisa em Saúde e Trabalho (NESPT), do Departamento de Medicina Social, daquela faculdade. É interessante mencionar que, além de docentes e pós-graduandos, compõem a equipe do NESPT, técnicos do ERSA-50 que participaram da concepção da abortada proposta de incorporação da saúde do trabalhador à rede pública de saúde, demonstrando ser esse um desdobramento, via universidade, daquela perspectiva. Foram definidas como frentes de atuação o atendimento ambulatorial e a vigilância epidemiológica, com a criação de

instrumentos próprios de registro dos eventos relacionados ao trabalho. A busca de articulação com os sindicatos e a formação de recursos humanos em saúde do trabalhador, são também mencionadas como prioridade do serviço (ALESSI *et al.*, 1994).

O Ambulatório de Saúde do Trabalhador (AST) é aberto em 1989, incentivado por interesse de trabalhadores manifesto por ocasião do “*I Seminário de Saúde do Trabalhador*” (1988). Procurando visualizar a particularidade da atenção à saúde do trabalhador, os autores mencionam a importância de integrar o diagnóstico clínico, individual, ao epidemiológico, como forma de assegurar o desdobramento da ação ambulatorial em medidas de caráter coletivo, nos ambientes de trabalho. Apesar dessa preocupação, a vigilância sanitária em locais de trabalho não se efetivou, por entraves institucionais das Secretarias da Saúde e do Trabalho (PINHEIRO, 1994).

Dentre os impasses para o desenvolvimento da referida proposta assinala-se:

*.../ A inexistência de uma política regional e municipal para a área saúde e trabalho; a falta de delegação de competência para exercer ações de cunho coletivo em locais de trabalho; a morosidade e distância dos órgãos fiscalizadores da prática do CSE; a fragilidade do movimento sindical que não tem priorizado as questões específicas da saúde; a desarticulação dos níveis de referência e contra-referência nas unidades do SUS, .../ as flutuações da retaguarda laboratorial que, por questões financeiras, retardam a realização dos exames complementares em tempo hábil e a própria dinâmica instável da Coordenação dos Acidentes do Trabalho, que, embora tenha implantado o preenchimento das CATs nas unidades básicas de saúde, vez ou outra questiona o exercício desta atividade ao nível do CSE (PINHEIRO, 1994:60).*

Expostas as principais experiências ocorridas no estado de São Paulo durante a década de 80, advindas sobretudo da Secretaria de Estado da Saúde, em articulação com o movimento sindical, notifica-se, a partir de 1988, com a municipalização da saúde, a

emergência dos Programas Municipais, os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador, norteados pelos mesmos princípios das experiências já referidas.

Em São Paulo, O Programa de Saúde do Trabalhador do Município, que teve início em 1989, implantou seis Centros de Referência em Saúde do Trabalhador: Freguesia do Ó, na região Norte, Santo Amaro, na região Sul, Moóca, região leste/centro, Sé, região central, Itaquera, extremo Leste, e Lapa, na região Oeste.

O Centro de Referência em Saúde do Trabalhador de Santo Amaro, inaugurado em 1990, teve a sua constituição analisada por CAVALCANTI (1996). A vigilância, denominada de Frentes de Trabalho, figura entre as atividades prioritárias do Programa, envolvendo o acompanhamento pelo sindicato da inspeção em locais de trabalho. Dentre as dificuldades do serviço, a autora aponta os limites do processo de institucionalização, que atribui à ausência de incorporação da atenção à saúde do trabalhador pela Rede de Saúde.

Diante do quadro apresentado, pergunta-se: o que tais experiências têm em comum e quais os seus desdobramentos na direção de contribuir para o atendimento às demandas dos trabalhadores nos aspectos relacionados à sua saúde?

A resposta a essa questão, obviamente, exige o exame criterioso de como esses programas funcionam hoje, e de como se localizam no cenário do mundo do trabalho os embates em torno da relação saúde/trabalho. Trata-se de empresa que demanda uma investigação particular. Contudo, nas fronteiras desse estudo, é possível demarcar, segundo a bibliografia existente, reflexões significativas para o desenho de alguns elementos analíticos.

O primeiro ponto que julgamos importante é a iniciativa de busca de uma atenção diferenciada à saúde do trabalhador, tendo como pressuposto a conjunção da assistência à intervenção em ambientes, somada à participação dos trabalhadores e

costurada pela integração das diversas instituições que possuem atribuições na área. Essa orientação constitui-se em alternativa ao modo de atuação oficialmente praticado, que considera fragmentos e não a totalidade do quadro que produz a doença no local de trabalho, gerando, conseqüentemente, uma intervenção pontual que, seguramente, dista da resolução do problema.

O papel dos Programas de Saúde do Trabalhador, de dar visibilidade ao quadro das estatísticas de doenças relacionadas ao trabalho, é, sem sombra de dúvidas, reconhecido por diversos autores. Assim,

*O que os PSTs possibilitaram então, foi tornar público algo que as empresas mantinham privado, escondido nos sombrios arquivos dos serviços médicos, isto é, dados referentes aos diagnósticos de doenças do trabalho, permitindo, assim, que os trabalhadores organizados tivessem elementos para melhor subsidiar suas lutas pela defesa da saúde e melhoria das condições de trabalho. (LACAZ, 1992:44).*

ou ainda,

*Os programas contribuem para desvelar o impacto do trabalho sobre a saúde, questionam as práticas dos serviços de medicina do trabalho nas empresas e instrumentalizam os trabalhadores nas suas reivindicações por melhores condições de saúde. (MENDES & DIAS, 1991:346).*

Por outro lado, iremos localizar pontos problemáticos em comum, dentre eles as dificuldades de infra-estrutura, como ausência de recursos ou de retaguarda laboratorial. Somam-se a isto os problemas de ordem institucional, que vão desde a limitação no reconhecimento de doenças relacionadas ao trabalho pela Previdência, até os entraves na

integração interinstitucional, seja com a DRT, com o INSS, ou com a Secretaria de Saúde, o que impede a efetivação de procedimentos mais abrangentes, principalmente no que concerne às mudanças necessárias nos ambientes de trabalho. O cotejamento desse quadro de experiências com a realidade de Campinas permite identificar múltiplos aspectos de confluência. Apenas a título indicativo, chama a atenção, a precariedade de infra-estrutura. São várias as referências, nos documentos analisados, à falta de recursos materiais para o andamento do trabalho.

É possível ainda constatar, conforme referimos no início, que o caso Campinas, naquele momento (1986/1987), não é isolado mas, para além da sua especificidade, que pretendemos demonstrar, nos capítulos seguintes, posteriormente, tal experiência é motivada por uma série de outras que vão tomando corpo e se disseminando em várias regiões do país.

**PARTE 2:**

***A EXPERIÊNCIA DE CAMPINAS***

## **CAPÍTULO III: A TRAJETÓRIA DO CENTRO DE REFERÊNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR DE CAMPINAS**

### **III.1. OS PRIMEIROS PASSOS**

O Programa de Saúde do Trabalhador (PST) de Campinas, tem como especificidade o fato de ter sido gerado a partir de demanda dos próprios trabalhadores. É durante a Pré-Conferência de Saúde do Trabalhador, em 1986, que as direções sindicais elaboram proposta de criação de um serviço específico. Vejamos o que diz a entrevista abaixo:

*Quando foi criado o PST, em 1987 - a idéia foi fechada em 1986, ele começou a operar no começo de 1987 - o município não tinha uma Política de Saúde do Trabalhador, naquele momento ele estava respondendo a uma demanda que vinha por parte da sociedade. Então começou a partir de uma carta de intenções entre várias instituições públicas. Havia uma intenção das instituições públicas, que trabalhavam de alguma forma nessa área, de montar a política, de montar uma linha, de ter diretrizes de trabalho, para responder às demandas (Marco A.G. Pérez - coordenador do PST/nível central).*

Desse modo, os sindicatos encaminham, em novembro de 1986, à Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde (CIMS), “/.../ proposta de implantação de um serviço

de saúde do trabalhador, resultado das discussões travadas por sindicalistas e profissionais de saúde engajados na luta em defesa do direito à saúde de todos os trabalhadores.” (EQUIPE TÉCNICA DO PST, 1992:18).

Trata-se de um momento bastante fértil, primeiro porque há, no cenário nacional, uma onda de experiências semelhantes, conforme o já descrito. Isto é reforçado pela realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, no mesmo ano, que propõe a Reforma Sanitária. Nesse contexto, a reunião de tantas instituições na CIMS atribui significado precípuo à saúde do trabalhador. A comissão conta com representação das Secretarias Municipal e Estadual de Saúde, do INAMPS, da FUNDACENTRO, da DRT, da Secretaria Regional do Trabalho e da UNICAMP<sup>47</sup>. Como disseram os entrevistados:

*Houve uma conjuntura favorável, a Secretaria Municipal da Saúde, naquele momento, tinha como diretor o Nelson Rodrigues dos Santos<sup>48</sup>, que tinha interesse, era um técnico de esquerda, do Partidão, na primeira gestão do Magalhães Teixeira<sup>49</sup>. /.../ Espaço político e institucional, espaço físico para a implantação do ambulatório, técnicos para trabalhar no ambulatório, coordenação técnica interinstitucional com vários atores envolvidos /.../ (Adilson R. Campos - médico do CRST).*

*Na segunda metade da década de 1980, o país passava por um movimento de Reforma Sanitária muito forte e os sindicatos estavam com uma influência muito grande do Modelo Operário Italiano para essa área de Saúde do Trabalhador. Isso*

<sup>47</sup> Representada pelos docentes Emerson Elias Merhy e Gastão Wagner Campos, do Departamento de Medicina Preventiva e Social.

<sup>48</sup> Nelson Rodrigues dos Santos é docente do Departamento de Medicina Preventiva e Social da UNICAMP.

<sup>49</sup> A primeira gestão municipal de Magalhães Teixeira, de 1983 a 1988, se deu junto ao Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB). A presença do PCB, na gestão do PMDB parece ser uma estratégia nacional que o partido assume nesse período, de ocupar cargos na institucionalidade vigente. Na área da saúde, a luta pela Reforma Sanitária vai nessa direção. No Rio de Janeiro, nomes como o do Deputado Federal Sérgio Arouca, que foi Secretário da Saúde, ou de Hésio Cordeiro, que ocupou a superintendência do INAMPS, tendo também sido Secretário da Saúde, são exemplos disto.

*num determinado momento, 1987/88, confluuiu, houve uma confluência entre a tendência sindical, pela forte influência do Modelo Operário Italiano, e pela Reforma Sanitária brasileira, com o advento do SUS. Então foi um momento de confluência muito grande* (Marco A.G. Pérez - coordenador do PST/nível central).

Assinaram o protocolo de intenções, em dezembro de 1986, as seguintes instituições: Prefeitura Municipal de Campinas, Secretaria de Estado da Saúde, INAMPS, Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUC-Campinas), Delegacia Regina do Trabalho (DRT), FUNDACENTRO; e os Sindicatos de Trabalhadores: na Indústria de Destilação e Refinação de Petróleo de Campinas e Paulínia; das Indústrias Metalúrgicas, Mecânicas e de Materiais Elétricos da Região de Campinas; em Indústrias Químicas e Farmacêuticas de Campinas e o Sindicato de Condutores de Veículos Rodoviários e Anexos de Campinas.

Em fevereiro de 1987, é inaugurado o Ambulatório de Saúde do Trabalhador de Campinas, com os seguintes objetivos:

- a) criar um serviço público de atenção médico-sanitária capaz de diagnosticar e resolver problemas individuais e coletivos de saúde ocupacional, propiciando um atendimento integral ao adulto;*
- b) informar ao trabalhador e às suas entidades representativas todas as questões que sejam relevantes à modificação das condições de trabalho e saúde;*
- c) valorizar os serviços públicos de saúde, participando da luta pela sua capacitação técnica e operativa até que se constituam em alternativas às empresas médicas e serviços privados de saúde* (EQUIPE TÉCNICA DO PST, 1992:18).

Com funcionamento inicial numa unidade básica do sistema de saúde local (Centro de Saúde I), a partir de 1990, o Programa de Saúde do Trabalhador adquire sede

própria, construída para esse fim<sup>50</sup>. A fala abaixo mostra que desde o início, o Programa operou de maneira municipalizada.

*O que foi feito, de fato, foi montar o ambulatório no antigo Centro de Saúde I com recursos, a princípio, da UNICAMP, mas a maioria dos recursos era municipal (o prédio era do município, a maioria dos funcionários era do município, se bem que havia algumas pessoas da UNICAMP que trabalhavam). Então começou mais com recursos municipais e quem assumiu de fato foi o município (Marco A.G. Pérez - coordenador do PST/nível central).*

A participação sindical no gerenciamento do Programa (de que falaremos no capítulo IV), registra a preocupação com o controle social como sua marca originária. De acordo com a proposta inicial, a direção do ambulatório foi produto da articulação de uma comissão sindical com o grupo técnico interinstitucional, composto por representantes das instituições envolvidas. A coordenação executiva do Programa coube a um técnico indicado pela Comissão Sindical, representante da Secretaria Municipal de Saúde, uma das instituições que assinaram o protocolo de intenções (EQUIPE TÉCNICA DO PST, 1992). “/.../ A pessoa que operacionalizou, que é o José Carlos Lopes, trabalhava na Secretaria de Saúde e assessorava os sindicatos nessa área.” (Adilson R. Campos - médico do CRST).

Em termos de funcionamento e organização de ações, a avaliação do serviço era feita, até 1990, através de seminários anuais entre os técnicos e a Comissão Sindical, momento em que se realizava o planejamento para o ano seguinte. Entre 1991 e 1992, é adotado o Planejamento Estratégico-Situacional para avaliação e proposição de diretrizes do Programa.

---

<sup>50</sup> Isto ocorre na gestão do Prefeito Jacó Bitar, do Partido dos Trabalhadores (PT), de 1989 a 1992, tendo Gastão Wagner Campos como Secretário de Saúde e Emerson Elias Merhy como Diretor de Saúde.

### III.2. CONCEPÇÃO E OBJETIVOS

Em relação aos princípios norteadores do PST, iremos identificar dois documentos de referência<sup>51</sup>. O primeiro - *Projeto Piloto do Programa de Saúde do Trabalhador para o Sistema de Saúde do Município de Campinas* - apresenta a proposta do Grupo de Trabalho de Saúde Ocupacional da CIMS<sup>52</sup>, para o desenvolvimento de ações referentes à saúde do trabalhador na Rede Básica de Saúde. Apregoa a integração das instituições para a otimização de recursos, apontando a tendência nacional de preocupação com a saúde do trabalhador, ratificada pela VIII Conferência Nacional de Saúde, de 1986, na qual se define “/.../ um conceito amplo de saúde: ‘trabalho em condições dignas, com amplo conhecimento e controle dos trabalhadores sobre o processo e o ambiente de trabalho’” (CAMPINAS, s/d).

Dentre os objetivos e as atribuições do Grupo de Trabalho de Saúde Ocupacional da CIMS, cabe mencionar:

- a) *articular-se com os trabalhadores e suas representações /.../;*
- b) *aumentar a integração das instituições que já lidam com saúde ocupacional /.../;*
- c) *aumentar a capacidade de diagnóstico das doenças ocupacionais na rede de saúde;*
- d) *eliminar ou diminuir as situações de risco à saúde nos locais de trabalho realizando uma integração dos órgãos de assistência à saúde, sindicatos e órgãos com poder de polícia;*

<sup>51</sup> Há ainda a notificação da existência de um *Projeto de Serviço de Saúde do Trabalhador*, de 1986, que parece ser o primeiro documento produzido, mas que não foi localizado nos arquivos do PST.

<sup>52</sup> Embora não identificada, segundo os entrevistados, a autoria desse documento coube a Emerson Elias Merhy, Gastão Wagner Campos e José Carlos Cacau Lopes - primeiro coordenador do Programa.

e) *criar um sistema de vigilância epidemiológica para patologias ocupacionais* (CAMPINAS, s/d:02).

O presente documento, ainda identifica os recursos institucionais do município no setor saúde e propõe um plano piloto para o Programa de Saúde do Trabalhador na rede de atenção primária do município de Campinas.

O segundo documento, *Ante-Projeto de Saúde do Trabalhador*, de março de 1989, é apresentado como a proposta dos sindicatos dos trabalhadores para a criação do serviço. Nele são definidos os objetivos do Programa; a coordenação e o co-gerenciamento; as ações básicas do serviço; os recursos necessários para a sua implementação e o papel das instituições envolvidas. Ao expor os pressupostos da organização de um programa de saúde do trabalhador, reconhece a relação entre saúde/doença e processo de trabalho:

*Entendemos que a saúde do trabalhador é condicionada pela forma que se dá o desenvolvimento industrial, marcadamente nos países capitalistas dependentes, onde a organização do trabalho obedece à lógica do máximo lucro do capital, e não a do interesse social da produção ou a do bem estar dos trabalhadores* (CAMPINAS, 1989:01).

O documento ainda aborda as conseqüências danosas do ritmo de trabalho imposto ao trabalhador no Brasil, ao afirmar que

*A relação entre acidentes de trabalho e fadiga adquire no Brasil especial importância, tendo em vista o prolongamento excessivo da jornada de trabalho, quer através da institucionalização da hora extra, do trabalho noturno e como do trabalho em revezamento de turnos* (CAMPINAS: 1989:01).

A menção ao papel do estado na garantia da atenção integral à saúde do trabalhador, em contraposição à assistência prestada pelas empresas médicas, cuja lógica tem sido a defesa dos interesses do capital, é outro ponto marcante do texto em questão. Destaca-se ainda a crítica à legislação trabalhista e previdenciária e à legislação acidentária, por dificultarem a identificação dos direitos dos trabalhadores.

São os seguintes os objetivos propostos pelo projeto:

- a) efetivar um Serviço de Saúde do Trabalhador composto do Ambulatório de Saúde, do Serviço de Educação em Saúde, do Serviço de Vigilância, Segurança do Trabalho e Assessorias;*
- b) eliminar ou diminuir as “situações de risco” à saúde nos locais de trabalho, realizando uma integração dos órgãos de assistência à saúde, sindicatos e órgãos com poder de polícia;*
- c) aumentar a capacidade de diagnóstico das doenças ocupacionais na rede de saúde; criar um Serviço de Vigilância Epidemiológica próprio articulado com o Sistema de Vigilância Epidemiológica do SUDS, no caso das patologias ocupacionais;*
- d) aumentar a integração das instituições que já lidam com Saúde Ocupacional para que não haja sobreposição de ações ou lacunas nos pontos de maior importância (CAMPINAS, 1989:06-07).*

Em conformidade com esses dois registros, que manifestaram quais os pontos de partida de um programa de saúde do trabalhador, temos em comum a necessidade de capacitar a rede de saúde para o diagnóstico de doenças profissionais e a importância do controle dos riscos à saúde produzidos pelo trabalho, tarefa que envolve as ações de vigilância. A integração interinstitucional também aparece como requisito para a realização do trabalho. Tais questões devem servir de parâmetros para a reflexão sobre o desenrolar do

Programa de Saúde do Trabalhador de Campinas ao longo de sua história. É preciso verificar, através da documentação, bem como das entrevistas realizadas, em que medida as propostas originais foram efetivadas, procurando, de igual modo, desvendar a natureza do impasses vivenciados.

### **III.3. O I FÓRUM INTERINSTITUCIONAL EM SAÚDE DO TRABALHADOR**

Ponto marcante na história do Programa de Saúde do Trabalhador de Campinas, é a realização, em 14/09/1993, do *I Fórum Interinstitucional em Saúde do Trabalhador de Campinas e Região*, iniciativa conjunta do Programa e do Núcleo de Saúde da PUC-Campinas. Transcorridos seis anos de existência do PST, o evento reuniu em torno de cem pessoas, entre técnicos de várias instituições e sindicalistas<sup>53</sup>, na busca de avaliar a política municipal de saúde do trabalhador no âmbito municipal e propor encaminhamentos para a solução dos pontos de estrangulamento.

São objetivos do encontro:

- 1. Definir e discutir o diagnóstico atual de atenção à saúde do trabalhador no município de Campinas;*
- 2. Identificar e analisar os pontos problemáticos;*

---

<sup>53</sup> Estiveram presentes representantes das seguintes instituições: INSS (Perícia Médica e CRP), Secretaria Nacional de Segurança e Medicina do Trabalho, FUNDACENTRO, ERSA-27, Ministério Público, PUC-Campinas, UNICAMP, INST/CUT, Secretaria Municipal de Campinas. Representantes dos municípios da macro região de Campinas, Indaiatuba, Hortolândia e Montemor. Representantes dos seguintes sindicatos: dos Metalúrgicos, Petroleiros, Químicos, Telefônicos, Desenhistas, Bancários e dos Professores de Campinas (Sinpro).

3. Definir diretrizes para o Programa de Saúde do Trabalhador e o Plano Municipal para a área;
4. Desenhar o modelo do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador para Campinas e Região (SANTOS *et al.*, 1993:09).

A objetivação do *Fórum* foi precedida por um período de preparação, no qual três grupos de trabalho foram montados para discutir as frentes adotadas pelo Programa de Saúde do Trabalhador: Assistência, Vigilância e Educação e Pesquisa. Esses grupos contaram com técnicos da equipe e da rede de serviços em geral, técnicos do INSS, da FUNDACENTRO e da DRT, sindicalistas e representantes das universidades<sup>54</sup> (SANTOS *et al.*, 1993).

Das discussões encaminhadas pelos grupos, foi construído um texto contendo o diagnóstico da situação em cada área, seguido da formulação de diretrizes para a consolidação da política de saúde do trabalhador no município de Campinas.

Dentre os problemas gerais diagnosticados despontam, como desafios a serem enfrentados, a ação interinstitucional e o controle social, dado pela organização dos trabalhadores.

O documento chama a atenção para a complexidade da malha interinstitucional, imprescindível à formatação do Programa, expressa “/.../ pela grande diversidade de atores envolvidos, pressupondo um trabalho de construção de parcerias, considerando-se as distintas características dos mesmos, bem como os aspectos históricos que os constituem.”

---

<sup>54</sup> A coordenação do trabalho preparatório foi feita por Maria Lígia Rangel dos Santos, assessora em saúde do trabalhador da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas (gestão Carmen Cecília de Campos Lavras), no segundo governo de Magalhães Teixeira, do Partido da Social Democracia Brasileiro (PSDB). Pelo Núcleo de Saúde da PUC-Campinas, a coordenação foi da Prof<sup>a</sup> Lilian Vieira Magalhães, coordenadora da área de Saúde e Trabalho daquele órgão.

(SANTOS *et al.*, 1993:05). A ausência de uma política clara e os obstáculos postos por algumas instituições, ameaçam a existência do PST, de acordo com o texto.

No que tange ao controle social, ao mesmo tempo em que se destaca o pioneirismo do Programa, verificado na participação dos trabalhadores, são diagnosticadas “/.../ dificuldades advindas das tentativas sindicais de imprimir ao Programa a dinâmica das políticas sindicais, o que acaba resultando no prejuízo das parcerias necessárias à proposta.” (SANTOS *et al.*, 1993:06).

Como resultado das constatações anteriores, o documento refere um “/.../ afastamento paulatino das instituições que, de algum modo, se comprometeram com o Programa em 1987 /.../.” (SANTOS *et al.*, 1993:07).

Para solucionar os problemas encontrados, são propostas as seguintes diretrizes gerais:

*As ações do PST devem estar integradas e em consonância com as demais ações de saúde do SUS. O PST deve buscar articulação com todas as esferas de governo que desenvolvam, de algum modo, ações de Assistência, Vigilância em Saúde do Trabalhador e do Ambiente, além de Educação e Pesquisa. O PST/Campinas deve preservar e aperfeiçoar o seu caráter histórico de participação sindical no planejamento de suas ações, co-gerenciamento do Centro de Referência, enquanto Conselho Local de Saúde e no desenvolvimento das ações de vigilância à saúde nos locais de trabalho (SANTOS *et al.*, 1993:36).*

Entendemos que se reitera aqui a condição *sine qua non* de afirmação dessa proposta, qual seja a sua inserção no âmbito da política de saúde, o que pressupõe planejamento e distribuição apropriada de recursos. A organicidade, que dará poder reivindicatório, depende da mobilização sindical. A impossibilidade destes requisitos

resultaria, do nosso ponto de vista, no isolamento do PST, determinando uma existência minguada.

A necessidade de conferir às ações o caráter de abrangência regional conduz, em 1993, como deliberação do *I Fórum*, à proposição do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CRST). Deverá se formar como centro de excelência técnica, ou seja, referência especializada para a rede de saúde de Campinas e região, para o que é preciso:

*/.../ adequação de recursos humanos e materiais; incorporação de especialidades médicas tais como ortopedia, otorrinolaringologia, pneumologia, entre outras; redefinição da área de saúde mental; aperfeiçoamento do modelo gerencial (revisão do modelo inicial para compatibilizar às atuais necessidades)* (SANTOS *et al.* 1993:36).

Concomitante à implantação do CRST estrutura-se, no nível central, o Programa de Saúde do Trabalhador (PST), vinculado ao Departamento de Programas e Projetos, da Secretaria Municipal de Saúde. Esta foi mais uma deliberação do *Fórum* de 1993, sendo o novo PST previsto como uma instância articuladora das atividades no plano externo, enquanto estratégia de reforço ao CRST.

São objetivos do CRST promover a

*/.../ atenção à saúde do trabalhador visando a prevenção das doenças ocupacionais e de acidentes de trabalho, através do diagnóstico precoce, tratamento e orientação do trabalhador acometido, bem como a identificação, qualificação e controle dos riscos nos ambientes de trabalho* (SILVA, 1995:01).

Momento fundamental de inflexão dos principais envolvidos com a problemática de saúde do trabalhador em Campinas, o *I Fórum Interinstitucional em Saúde do Trabalhador de Campinas e Região* se põe como um divisor de águas dessa trajetória. Tudo o que ocorrerá depois, será a tentativa de efetivar o que foi proposto naquela instância. Por esta razão, a continuidade do trabalho buscará verificar o desdobramento das recomendações de 1993 em cada área de atuação do CRST.

Falaremos, na seqüência, do processo de inserção do CRST no sistema local de saúde.

### **III. 4. A TRAMA POLÍTICO-INSTITUCIONAL**

Dados os referenciais básicos que situam a sua gênese, procuraremos identificar como se dá a incorporação do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador de Campinas ao sistema público de saúde local. Em outras palavras, tentaremos delimitar o espaço que a saúde do trabalhador ocupa no interior da política de saúde do município, isto é, em que medida essa problemática foi assumida como uma questão relevante, segundo a perspectiva dos entrevistados e a documentação disponível.

*Quando a gente fala em Política de Saúde do Trabalhador no município é quase uma coisa etérea. O que o CRST faz, faz porque resolveu fazer, não é porque veio uma diretriz política discutida no Conselho Municipal de Saúde. Tudo bem que a gente está superestruturada aqui, tem Conselho Local, Conselho Gestor, então não é uma coisa descolada da realidade. Mas falar que o município tem uma diretriz*

*discutida, que a rede está discutindo junto, que a população em geral, é mentira. /.../ A mesma coisa vale para o estado e para o nível federal. /.../ têm ações que vão acontecendo (Miriam P. Silvestre - médica do CRST).*

*Aqui não houve essa questão da institucionalização da Política de Saúde do Trabalhador; houve sim a direção política, que sempre foi dada pelo movimento sindical, às vezes com maior participação, às vezes com menor participação, mas sempre houve a participação do movimento sindical na discussão da Política de Saúde do Trabalhador do Município (Adilson R. Campos - médico do CRST).*

*Dentro da política de saúde do SUS atualmente, a saúde do trabalhador ainda é apêndice /.../. É uma área em que os governantes geralmente têm dificuldade ou pouca vontade de mexer, porque tem muitas interfaces. Existe uma interface intersetorial que extrapola o setor de saúde do trabalhador: existe uma interface com o Ministério do Trabalho, com a Previdência, com a Justiça/Poder Judiciário, que é difícil de ser lidada no âmbito do governo. Existe uma interface fora do Governo, que é com o movimento sindical, com as entidades patronais, que também não é fácil mexer, porque envolve relações de trabalho. Então é uma área que reconhecidamente está no SUS, faz parte da política do SUS, mas ainda é vista como apêndice e de difícil manejo (Marco A.G. Pérez - coordenador do PST/nível central).*

*O Centro de Referência é um Centro de Referência Municipal e funciona hoje com o dinheiro público, porém, nunca foi prioridade para o município de Campinas a saúde do trabalhador, até porque se contrapõe a uma concepção política de quem esteve na administração até hoje no Brasil (Darci P. de Oliveira - coordenador da Comissão Intersindical do CRST).*

Tais depoimentos sinalizam a marginalização no tratamento das questões de saúde do trabalhador pelo poder local, sendo tal política até referida como um “apêndice” do sistema de saúde.

A seguir, são expressas as periódicas discontinuidades no desenvolvimento das ações em saúde do trabalhador, imputadas às variações de diretrizes de cada administração municipal. Do início do Programa, em 1987, até 1998, o CRST/Campinas passou por quatro gestões<sup>55</sup>. É interessante lembrar que, no período em que se inicia o debate para a formulação do PST, em 1986, há uma coincidência na orientação partidária entre as gestões estadual e municipal (ambas do PMDB). A correlação de forças posta no Governo Montoro, como disse LACAZ (1992), favorece o surgimento dessas propostas e isto repercute em Campinas, com o reforço da gestão de esquerda na Secretaria de Saúde.

Sujeita às distintas posições político-partidárias de cada administração da Secretaria Municipal de Saúde, a saúde do trabalhador parece não ter recebido o tratamento adequado às suas necessidades, no que tange à alocação de recursos e ao respaldo político-institucional.

*Nós temos períodos de altos e baixos. Nós estamos no período de baixa. Algumas administrações, como a do PT por exemplo, /.../ tinham um interesse maior, valorizavam mais a área. Algumas das nossas aquisições, inclusive a de recursos humanos, foi a partir da administração do PT.*

*Nesse momento a gente está num vale que, eu tenho a impressão, está se agravando. A gente está se dirigindo ao vale e ainda o buraco vai aumentar até o final da administração atual, por vários motivos. Um deles é a questão da quantidade*

<sup>55</sup> De 1983 a 1988, administração José Roberto Magalhães Teixeira, do PMDB; de 1989 a 1992, administração Jacó Bitar, do PT, até 1990; de 1993 a 1996, segunda administração Magalhães Teixeira, do PSDB (com a sua morte, assume o vice, Edvaldo Orsi); e a atual, de 1997 a 2000, administração Francisco Amaral, do Partido Progressista Brasileiro - PPB.

No plano estadual, temos: de 1983 a 1987, Governo André Franco Montoro, PMDB; de 1987 a 1991, Governo Orestes Quércia, PMDB; de 1991 a 1994, Governo Luís Antonio Fleury, PMDB; de 1995 a 1998, primeiro Governo Covas, PSDB; e de 1999 a 2002, segundo Governo Covas, PSDB.

No plano nacional: de 1985 a 1990, José Sarney, PMDB; de 1990 a 1992, Fernando Collor de Mello, Partido da Renovação Nacional - PRN; de 1992 a 1994, Itamar Franco, sem partido; de 1995 a 1998, primeiro mandato de Fernando Henrique Cardoso, PSDB; e de 1999 a 2002, segundo mandato de Fernando Henrique Cardoso, PSDB.

*de verbas que se gasta. A Saúde do Trabalhador é um programa caro, profissional caro, recurso caro e a Prefeitura não está com disponibilidade de verbas nesse momento para empregar nisso, é o que diz e o que faz também.*

*Então é isso, começou em 1987, esteve numa fase meio estagnada. Depois a gente teve uma boa melhora, em 1989/1990, na administração que começou com o Jacó Bittar, só que mudou a orientação política durante a administração. Foi uma fase muito ruim, uma fase em que o serviço ficou estagnado, esperando a administração acabar, porque não dava para fazer nada. Salário baixo, não tinha recurso material nenhum /.../.*

*Na administração anterior<sup>56</sup> havia uma maior preocupação, enquanto na atual esta preocupação é menor; por isso que digo que a gente está caindo, porque temos mais dois anos desta administração e o negócio, acho, tende a piorar. /.../ A evolução é cíclica, de altos e baixos e estamos no momento de baixa (Vera L. Salerno - médica do CRST).*

*Como eu disse, o CRST nunca foi prioridade em relação ao governo /.../. Quando se trata da gente fazer uma vigilância, se tivesse que contar com o poder municipal, com o jurídico da Prefeitura, nós não tínhamos feito nada, porque eles nunca bancariam nada /.../. Então eu digo que isso depende muito da correlação política, partidária, que tem no município (Darci P. de Oliveira - coordenador da Comissão Intersindical do CRST).*

A primeira fala explicita essa forma cíclica de desenvolvimento das ações na área, perante as distintas tendências e os interesses em jogo. Aponta dois momentos de maior investimento: no início da administração petista, e em 1993, no início da administração do PSDB, quando ocorreu *I Fórum Interinstitucional em Saúde do Trabalhador*. Pelo exposto, parece não ter sido criada, durante esse período, uma base mais

---

<sup>56</sup> PSDB

sólida de sustentação do serviço. Fica clara a fragilidade com que se movimenta, ao ritmo da dança político-partidária municipal.

Os depoimentos, até aqui, sugerem que não há uma política com diretrizes e metas definidas. Se as ações vão sendo realizadas no dia-a-dia, sem nenhum apoio institucional, pode-se suspeitar que a dinâmica do trabalho é dada pelo esforço dos sujeitos diretamente envolvidos, à revelia das condições materiais para a sua realização.

Essa descontinuidade das propostas é mencionada por GOMEZ & COSTA (1997) que, mesmo valorizando as iniciativas dos Programas de Saúde do Trabalhador, por se contraporem à lógica oficial, não se furtam de apontar seus limites: além das pressões sofridas pelas empresas, os Programas estão sujeitos às intempéries de cada administração no poder.

É curioso constatar, no entanto, a ocorrência, em sentido aparentemente oposto ao que já foi dito, de uma reiterada afirmação dessa política, independente da falta de respaldo do poder local. Tomando os depoimentos, tentaremos entender como isso se dá:

*Eu acho que esse espaço vem aumentando no decorrer dos últimos dez, doze anos, que é o que eu tenho acompanhado. Porque antes não se falava em Política de Saúde do Trabalhador e hoje é um discurso que em nenhuma plataforma de governo você deixa de ver, no mínimo uma linha, principalmente depois da norma operacional que aí incluiu essas questões das gestões plena e semi-plena<sup>57</sup>, em que os municípios, para receber o repasse, em todas as modalidades de gestão, têm que prestar algum tipo de serviço ou de assistência na área de Saúde do Trabalhador, nem que seja preencher uma CAT /.../.*

*Sobre a evolução de 1987 pra cá, considero uma evolução super positiva, acho que do começo para agora muitas coisas cresceram. Fomos montando, na verdade,*

---

<sup>57</sup> Referência às Normas Operacionais Básicas (NOB/93 e NOB/96), editadas pelo Ministério da Saúde, que estabelecem os princípios de funcionamento e de organização do SUS.

*um Centro de Referência, que no início não era, /.../ e eu acho que foi tendo uma concretização de um serviço que tem funções definidas /.../. A gente tem um pouco a característica de ser um cisto, uma coisa fora da rede, mas por outro lado isso reduziu muito. Agora a gente já é um serviço que muitas instâncias não conhecem direito, mas sabem que existe e a gente se relaciona /.../ em função da nossa estruturação (Miriam P. Silvestre - médica do CRST).*

*Campinas tem uma Política de Saúde do Trabalhador. O espaço dela dentro da Política Municipal não é grande, mas existe. A administração anterior e a atual, quando eles fizeram sua proposta política de administrar a cidade, existia um espaço - tópico - voltado para a Saúde do Trabalhador. Então é considerada, enquanto política de governo. O espaço não é grande, mas existe (Marco A.G. Pérez - coordenador do PST/nível central).*

*A evolução disso é sensivelmente para a melhoria. Nosso serviço se propõe, no limite, a prevenir doença do trabalho e acidente de trabalho. Isso a gente não fazia praticamente, nos dois a três primeiros anos do serviço e agora a gente faz bem, tem clareza, a gente sabe os lugares da cidade que têm mais problemas, onde atuam as empresas problemáticas. Não estamos conseguindo atuar por falta de pessoal, mas a evolução da vigilância foi excelente (Vera L. Salerno - médica do CRST).*

Na mesma linha dos argumentos anteriores, o entrevistado referido a seguir acrescenta o fato de o Programa ter sobrevivido, contrariamente ao observado em outras experiências que tiveram lugar na década de 80.

*É um espaço que eu acho que vem crescendo, às vezes com refluxos mas a questão de Saúde do Trabalhador, a partir dos últimos treze ou quatorze anos, vem crescendo e vem ganhando espaço /.../. O Programa de Saúde do Trabalhador de Campinas acho que é fundamental nisso, porque outras iniciativas da época tiveram uma importância fundamental e depois retrocederam. Não tem basicamente nada*

*hoje /.../ não tem esse viés do Programa de Saúde do Trabalhador de Campinas /.../ que é a questão sindical (Adilson R. Campos - médico do CRST).*

Na tentativa de obter dos relatos a evolução dos onze anos de existência do Centro de Referência (1987 a 1998), as respostas falam em favor de avanços significativos, ainda que permeados por contradições, até agora provenientes da sua relação com o poder local. Importante lembrar que nos reportamos à transcrição do discurso de quem está dentro do problema, construindo o cotidiano do CRST. É evidente que, tomando como parâmetro o que existia antes, ou melhor, o que não existia, em termos de ações em saúde do trabalhador, observa-se uma evolução positiva. São irrefutáveis os argumentos quanto à organização do serviço e à definição de funções. Cabe então, procurar apreender o alcance disso, considerando os limites de atuação do Centro de Referência, que se fazem notar pela precariedade de investimentos e de apoio institucional. Nessa direção, é preciso percorrer o exame das relações interinstitucionais, com o intuito de encontrar alguma pista para a elucidação.

Dissemos anteriormente que uma das ferramentas para o funcionamento de programas de saúde do trabalhador são as relações interinstitucionais, dada a complexidade da área, que transcende o setor saúde. Por isto, reservamos um espaço das entrevistas ao tema, para estabelecer a sua configuração no âmbito do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador de Campinas. Procuramos, desse modo, investigar os resultados práticos da relação entre o CRST e o plano externo e qual a contribuição disso para a consolidação da política de saúde do trabalhador.

A totalidade das pessoas entrevistadas afirma a importância das relações interinstitucionais. O depoimento abaixo sintetiza o pensamento comum, traduzido na requisição de apoio vital para o desenvolvimento do trabalho.

*Não temos dívidas de que na nossa área somos praticamente obrigados a manter relações interinstitucionais. Essas relações nós buscamos o tempo inteiro, relações de reforço, que é o que dá a nossa sustentação. Então temos a sustentação do Conselho Gestor, o apoio do movimento sindical, a sustentação do Ministério Público, enquanto convênio, a sustentação de universidades /.../. Buscamos aliados para um momento de necessidade, como a gente já teve (Miriam P. Silvestre - médica do CRST).*

Os discursos exibem um deslocamento favorável, notadamente no que se refere a um convênio, assinado em 11 de agosto de 1995, entre a Prefeitura Municipal de Campinas e o Ministério Público do Trabalho. Isto é referido em documento interno expondo a finalidade do convênio, que é “/.../ o desenvolvimento de trabalho em cooperação mútua para a melhoria das condições de higiene e segurança do ambiente de trabalho e conseqüente prevenção do surgimento de doenças profissionais e de ocorrência de acidentes de trabalho.” (CAMPINAS, 1995:03).

A partir daí, os técnicos passaram a assessorar o Ministério nas ações de inspeção em locais de trabalho. Abaixo, são descritas, pelos entrevistados, as características do convênio:

*/.../ Nós somos requisitados, enquanto assistentes técnicos, para ações específicas. Por exemplo, a questão da LER, o Ministério Público sempre solicita o nosso parecer a respeito das condições de trabalho, para entrar com uma ação cível*

*pública, ou para condenar uma empresa a determinada coisa /.../ (Adilson R. Campos - médico do CRST).*

*/.../ O sindicato leva a denúncia para o Ministério Público e este nos nomeia e nós investigamos e negociamos junto com o sindicato: o Ministério Público, nós e a empresa, o que cria uma outra relação. /.../ O convênio que foi assinado com o Ministério Público, na verdade, foi uma articulação que foi buscada por nós para que - imitando outros Centros de Referência que buscaram essa aliança também - nós pudéssemos entrar no local de trabalho; porque já éramos autoridade sanitária municipal, com isso já poderíamos, mas chegávamos na porta da empresa e eles nos barravam /.../. Tem uma defasagem de entendimento das coisas e uma falta de apoio muito grande da Prefeitura e essa aliança com o Ministério Público foi buscada porque é Ministério Público. Se nós vamos lá, vamos com poder de polícia inquestionável, vamos como assistentes técnicos do Promotor, não há o que falar. Essa foi a busca e na medida em vai dessa forma, aquilo que colocávamos no relatório e mandávamos, ia ser aplicado pelo Ministério contra a empresa. É dado um prazo e se não for feito o que precisa, de acordo com o relatório, fecha a empresa e se não fizer, você vai para a cadeia. Muda o poder de força (Miriam P. Silvestre - médica do CRST).*

*Nas situações em que eles precisarem de alguma perícia, de alguma informação pericial em relação à saúde do trabalhador, nós é que vamos ser solicitados. Isso resolve um pouquinho o problema deles e resolve muito o nosso, que é o tamanho de poder. Nós vamos numa empresa, que está errada, dar uma multa de R\$ 125,00 (cento e vinte e cinco reais), a empresa paga e acabou. Já o Ministério Público dá uma multa que, num mês, fecha a empresa, então é diferente. Porque o Ministério Público nos nomeia como técnicos, que vão fazer a intervenção e aí vamos fazer a mesma coisa, agora via Ministério Público (Vera L. Salerno - médica do CRST).*

As duas últimas passagens desvelam o sentido primordial desse convênio, que é emprestar poder ao Centro de Referência, permitindo a afirmação de uma autoridade outorgada pela Lei Orgânica da Saúde, de 1990, mas que não se efetiva praticamente.

As argumentações convergem para o reconhecimento de que o convênio representou um passo importante na história do CRST, mostrando a abertura de espaço para a realização da vigilância dos locais de trabalho.

*Nós avançamos porque tivemos esse novo elemento que é o Ministério Público do Trabalho, onde conseguimos fazer uma aliança. O Ministério Público garante os direitos da entrada dos sindicatos e do Centro de Referência (Darci P. de Oliveira - coordenador da Comissão Intersindical do CRST).*

*Com o Ministério Público nós avançamos muito a relação, várias ações e projetos têm sido feitos. Alguns são comuns entre o Ministério Público, CRST, PST, mais Sub-Delegacia Regional do Trabalho. Então, com o Ministério Público a gente tem avançado e tem tido resultados em atuações comuns e recomendações conjuntas (Marco A.G. Pérez - coordenador do PST/nível central).*

*O Ministério Público só trabalha ações coletivas. Eles não se interessam por ação individual. Como a gente também não, a gente trata dos indivíduos para ver se consegue chegar num risco coletivo, então é um casamento que é muito interessante (Vera L. Salerno - médica do CRST).*

Selecionamos alguns exemplos de intervenções possibilitadas por essa aliança, ilustrativos do imbróglio que envolve a entrada em locais de trabalho. Nos casos das grandes empresas, é o embate direto com o capital que está em jogo. E é justamente nesse setor que explodiram os casos de LER (lesão por esforço repetitivo), de que falaremos mais adiante.

*Grandes empresas que a gente não conseguia nem arranhar, nós entramos, vemos e escrevemos e está sendo negociado em cima das coisas que a gente fez. Fomos investigar alguns acidentes fatais, tem investigação em outras áreas, houve uma solicitação para uma indústria de calçados com a questão dos solventes (Miriam P. Silvestre - médica do CRST).*

*Nas grandes empresas metalúrgicas, que estão dando problema com LER, é esse o caminho. A Bosch e a Singer, a gente fez a denúncia, agora está fazendo a intervenção, via Ministério Público, aí vai. (Vera L. Salerno - médica do CRST).*

*A Singer resolveu tratar isso com truculência, ela foi chamada para várias mesas redondas na Procuradoria, ela teve que recuar e hoje teve que abrir as portas para o sindicato, não só entrar junto com o Centro de Referência, mas também acompanhar os trabalhadores que ficam doentes, que por ventura voltaram ao trabalho (Darci P. de Oliveira - coordenador da Comissão Intersindical do CRST).*

Até o momento, o CRST moveu, em conjunto com o Ministério Público, quatro processos contra grandes empresas: a Singer, a Bosch, a CCE e a Texas. No caso da Singer, houve ganho de causa para o serviço e a empresa foi forçada, depois de multada, a ajustar as condições de trabalho. Os demais processos estão em andamento<sup>58</sup>.

Embora seja unânime a constatação do papel desse convênio para o andamento do trabalho de vigilância, aparecem nas falas os limites internos do serviço. Conforme o já mencionado, dizem respeito, sobretudo, à falta de estrutura condizente com as necessidades, ou seja, recursos humanos e materiais: “/.../ a gente só não faz mais por falta de espaço, de pessoal, de tempo, de disponibilidade /.../” (Vera L. Salerno - médica do CRST).

---

<sup>58</sup> A equipe do CRST refere ainda outros processos movidos contra empresas de pequeno porte.

*/.../ Nós temos esse Convênio com o Ministério Público que acho fundamental, extremamente importante, só gostaria de poder trabalhar mais isso, tendo mais técnicos aqui que pudessem estar trabalhando essa questão de Assistência e da Vigilância também (Adilson R. Campos - médico do CRST).*

*/.../ A gente não está indo lá como autoridade sanitária municipal, que eu particularmente ficaria honradíssima e gostaria muito que fosse assim, eu trabalho por isso, mas enquanto não dá a gente faz desse jeito, enquanto não tem uma estrutura para isso (Miriam P. Silvestre - médica do CRST).*

Ainda que represente um avanço da proposta do CRST a celebração desse convênio, é preciso refletir mais cuidadosamente sobre o assunto. Revelam as entrevistas a ausência de autonomia do CRST para atuar em ambientes de trabalho. O respaldo facultado por essa associação denuncia, desse modo, a insuficiência/inoperância da premissa legal que atribui, a partir do SUS, a condição de autoridade sanitária aos técnicos da área de saúde do trabalhador. O poder necessário para entrar no local de trabalho somente pôde ser exercido em parceria com o Ministério Público que, por sua vez, seguindo a lógica do Judiciário, somente desencadeia ações provenientes de denúncia, ou seja, não se adianta, não faz o trabalho preventivo, inclusive porque não é este o seu papel.

Além disto, é preciso investigar qual o peso real da vigilância no conjunto das ações pelo Centro de Referência desenvolvidas. O que já descobrimos, pelos últimos discursos, é que há um funcionamento precário dessa área. No capítulo seguinte, voltaremos a esse ponto.

A outra instituição com a qual o CRST desenvolveu uma interlocução foi a Perícia Médica do INSS, órgão encarregado de pagar benefícios aos trabalhadores e que,

tradicionalmente, apresenta uma abordagem bastante restrita no manejo da relação saúde/doença e processo de trabalho, analisada na primeira parte deste trabalho.

*.../ Antes de 1993 não havia conversa entre o Centro de Referência e a Perícia Médica do INSS, era só conflito. O que o Centro de Referência diagnosticava como doença ocupacional era negado pelo INSS /.../, era muito conflituosa a relação. Hoje não, mudou completamente, hoje a Perícia acaba se colocando como um parceiro para muitas coisas. E isso porque houve uma aproximação, uma definição da interinstitucionalidade, a partir do Fórum de 93. Então com o INSS melhorou muito. Fazemos até projetos comuns, sentamos para discutir protocolos, fazemos recomendações para as empresas, em comun. O CRST faz uma recomendação que o INSS acata e vice-versa e isso tem melhorado muito (Marco A.G. Pérez - coordenador do PST/nível central).*

*A gente tem uma relação formalizada, até certo ponto, com a Perícia do INSS. Também é uma coisa que foi muito bem, através do Grupo Interinstitucional de LER. Em todas as outras cidades, além de todos os problemas da LER, um grande problema é a relação com a Perícia. Aqui em Campinas isso não existe, o que a gente sugere a Perícia faz. Ao mesmo tempo, quando a Perícia dá alta, a gente pensa, antes de brigar, porque a gente imagina que eles tiveram algum motivo para fazer isso e, geralmente têm. Quando é uma atitude errada, a gente conversa e rapidamente eles desmancham isso (Vera L. Salerno - médica do CRST).*

*Já tivemos com a Perícia uma relação muito ruim. .../ Antes a gente era vista como um serviço que fazia um atendimento tendencioso, pouco qualificado, com tendência de puxar politicamente para determinadas coisas. Hoje já não, hoje somos reconhecidos como um serviço tecnicamente bom, inclusive referenciam gente para cá, para nós esclarecermos diagnóstico, ajudarmos a estabelecer nexos etc. Houve uma melhora boa com o grupo interinstitucional. Acho que, na medida em que mostramos um trabalho mais sério, a Perícia não teve muito como falar contra. Também mudou um pouco a direção da Perícia, entraram pessoas mais flexíveis, ficou mais fácil conversar e hoje em dia não temos nenhum grande aperto com a*

*Perícia. A gente continua tendo diferenças e sempre as teremos. Os nossos objetivos são diferentes, o nosso objetivo visa a saúde e o deles visa benefício, concedê-lo ou não (Miriam P. Silvestre - médica do CRST).*

É possível depreender que as mudanças na relação com a Perícia, na visão dos entrevistados, resultam do amadurecimento e da afirmação do trabalho no interior do CRST. O marco parece ser o *Fórum* de 1993, a partir do qual são traçadas as diretrizes da política para o município, conforme o já discutido. Esse contato se estreita com a organização do Grupo Interinstitucional de LER (lesões por esforços repetitivos), em 1994, do qual falaremos adiante, mas vimos também a referência à mudança de direção da Perícia Médica do INSS, como mais um fator que favoreceu a relação.

A par das positivities, chama atenção um documento produzido em 1994, intitulado *Diagnóstico do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador para o Planejamento*, que busca verificar em que medida as diretrizes do *Fórum* de 1993 foram implementadas no ano seguinte. Esse texto revela a permanência de divergências técnico-conceituais para a caracterização de patologias ocupacionais pela Perícia Médica do INSS (SILVA, 1994). Como as entrevistas são de 1998, supõe-se que a discordância tenha sido superada.

O que se apresentou como o maior problema nessa relação, atualmente, é o processo de desmonte do Centro de Reabilitação Profissional (CRP), do INSS.

*A nossa dificuldade maior hoje é com o desmanche do INSS. Não é tanto o perito do CRP, mas é com o desmanche. Lidamos com essa situação: “bom agora você precisa fazer reabilitação profissional, vai para o CRP”. Tenho vontade de rir quando falo isso para uma pessoa, pois sei que nada daquilo que deveria ser, vai acontecer (Miriam P. Silvestre - médica do CRST).*

TAKAHASHI (2000), estudando o modelo de reabilitação profissional do CRP-Campinas para portadores de LER - que perseguiu uma atenção integral e interdisciplinar - descreve o sucateamento sofrido por aquele órgão nos últimos anos, o que culminou com a extinção desse tipo de trabalho. Até mesmo a situação de favorabilidade na relação com a Perícia Médica se modificou com a reforma previdenciária, especialmente após o período das entrevistas. Essa desestruturação do CRP, com o qual interessante parceria foi construída, e as mudanças na Perícia, reduzem o raio de ação do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador de Campinas.

O relacionamento com a Delegacia Regional do Trabalho (DRT), parece ter sido sempre difícil. As narrativas indicam conflitos com essa instituição, concernentes à problemática da fiscalização em ambientes de trabalho. Tal atribuição, até a Lei Orgânica de Saúde (1990), foi competência exclusiva da DRT, a partir de então se estende aos Programas de Saúde do Trabalhador, ainda que com efeito prático pouco consistente, como já dissemos.

*Temos ações conjuntas com a DRT, seria até questão de competência porque, de fato, a DRT foi, até recentemente, a única que tinha competência e autoridade para a fiscalização de ambientes de trabalho, com autuação e multa. A partir dessa portaria, em que passamos a ser fiscais do Serviço Público para ações em ambientes de trabalho, houve então conflitos de interesse. Muitas vezes tivemos problemas de técnicos nossos serem barrados em porta de fábrica, por a fábrica não reconhecer a competência do Serviço Público de Saúde em ações de vigilância em ambientes de trabalho, dizendo que isso é questão da DRT. Já houve caso de empresa que barrou, inclusive, com a presença do Ministério Público, barrou a Promotoria, chamou a Polícia. Ai foram o nosso técnico, a Promotoria e a Polícia, só que ela não mandou prender o advogado da empresa, deveria ter mandado prender /.../ (Adilson R. Campos - médico do CRST).*

*Com a DRT acho que é uma relação difícil. Na época antes de termos convênio com o Ministério Público, chegávamos na porta da empresa e esta nos apresentava um parecer feito pela DRT, dizendo que quem tinha autoridade para entrar naquele ambiente de trabalho e fiscalizar era a DRT e ninguém mais, principalmente as pessoas que trabalhavam na saúde nos municípios, essas não podiam mesmo, assinado pelo diretor, superintendente da DRT. Há uma relação conflitante com a DRT e tem uma ou outra pessoa com quem conseguimos, mais ou menos, conversar. Mas em termos de falar que existe uma confluência de interesses e um trabalho conjunto, até houve aquele tempo do grupo interinstitucional, mas que eu acho que não (Miriam P. Silvestre - médica do CRST).*

*Com a instituição DRT/Campinas, a gente não tem conseguido trabalhar muito. A gente tem conseguido trabalhar com alguns técnicos da DRT /.../ (Marco A.G. Pérez - coordenador do PST/nível central).*

*/.../ Com a DRT é individual, tem um técnico lá com quem a gente se entende bem e consegue trabalhar; com os outros não /.../ (Vera L. Salerno - médica do CRST).*

Duas ordens de problemas podem ser levantadas do que foi dito. Uma localizada no interior das empresas-alvo de fiscalização, que é a relutância em reconhecer a legitimidade do Centro de Referência para entrar nos ambientes de trabalho. Julgamos que as razões disso não se apoiam unicamente em questões de competência técnica, mas na própria identidade do CRST, diretamente vinculada com os sindicatos. A segunda refere-se à relação mesma com a DRT e aí o que predomina é o entendimento pessoal, não institucional, sendo um fator limitante para o trabalho em conjunto<sup>59</sup>.

---

<sup>59</sup> PINHEIRO (1994), descrevendo a experiência de Ribeirão Preto, também demarcou os entraves para a realização de ações coletivas, pela insignificante integração com os órgãos fiscalizatórios tradicionais.

Entendemos que a resistência de envolvimento da DRT com a saúde do trabalhador, se origina na própria história de sua constituição. Isto fica claro na análise de OLIVEIRA (1994:197), que aponta a fragmentação de base que se instala quando é dada ao Ministério do Trabalho a função de fiscalizar os ambientes. Fiscalização extremamente restrita, pois exercida de modo a alijar a ação da saúde pública, de vigilância “/.../ sobre tudo aquilo passível de causar danos à saúde humana”. Ademais, o preceito que embasa a intervenção estatal sobre os danos provenientes do trabalho, é dado, historicamente, pela ótica do empresariado, o que impõe, de saída, um impasse quando se trata de incorporar novos sujeitos.

Percebe-se que a ampliação do relacionamento com outras instituições foi facilitada pela estruturação, em janeiro de 1994, do Grupo Interinstitucional de LER (GIL)<sup>60</sup>, como mostram as falas. O grupo foi motivado pelo Seminário Interinstitucional sobre LER, promoção conjunta do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador e do Núcleo de Saúde da PUC-Campinas, no qual foi expressa a preocupação com a crescente incidência de casos de lesões por esforços repetitivos no município. Através de uma abordagem multidisciplinar e interinstitucional, o GIL foi formado com o objetivo de propor medidas de intervenção sobre as três frentes: assistência, vigilância, e educação e pesquisa. Desenvolveu seminários, normatizações de fluxo de atendimento, vistorias conjuntas, recomendações técnicas e protocolos de atendimento (CAMPINAS, 1996).

A outra ponta das relações interinstitucionais está representada pelas universidades. Parte-se do princípio de que a elas cabe fundamentar o trabalho na

---

<sup>60</sup> As instituições participantes são: PST/CRST, Núcleo de Saúde da PUC-Campinas, Perícia Médica/INSS, Centro de Reabilitação Profissional (CRP)/INSS, FUNDACENTRO, Sub-Delegacia Regional do Trabalho/Ministério do Trabalho, Projeto Sendor/Ministério da Saúde, Ministério Público, Serviço de Reabilitação/Secretaria Municipal de Saúde de Campinas, e os Sindicatos dos Metalúrgicos de Campinas e Região, dos Trabalhadores da UNICAMP e dos Bancários.

afirmação da sua função social. Na área de saúde, essa discussão adquire característica peculiar, à medida em que o ensino e a pesquisa vinculam-se diretamente à extensão, ao aprendizado em serviço. Assim, torna-se imprescindível extrapolar os muros das faculdades, em busca de parcerias que concorram para a objetivação de tais premissas.

O CRST-Campinas tem mantido, desde a sua origem, um relacionamento com UNICAMP e a PUC-Campinas. Interessa perguntar em que bases isto se dá. Inicialmente, os depoentes falam da relação com a PUCC.

*A gente tem uma relação com a PUCC que não é formal, mas que vai muito bem. Na verdade, essas relações acabam sendo muito, de novo, individuais, têm a ver com as pessoas que estão nos lugares, que têm interesse, aí a coisa anda. Aqui nós temos os alunos da Terapia Ocupacional da PUCC, da graduação porque interessou, à Terapia e interessou a nós, mas não conseguimos formalizar isso (Vera L. Salerno - médica do CRST).*

*Com a PUCC /.../ há a participação do pessoal do Curso de Terapia Ocupacional aqui dentro, com ações de assistência, participação nas questões do dia-a-dia do Programa /.../ e há a participação efetiva do Núcleo de Saúde nas discussões em grupo, na questão da LER (Adilson R. Campos - médico do CRST).*

*Com a PUCC também a gente tem conseguido desenvolver trabalhos comuns com o Núcleo de Saúde e trabalhos concretos, de fato. Têm pessoas da PUCC, como o Curso de Terapia Ocupacional, que vão ao CRST e desenvolvem trabalho lá. Então tem, mas é pontual. Não conseguimos ainda fechar um convênio específico com a área de Saúde do Trabalhador /.../ (Marco A.G. Pérez - coordenador do PST/nível central).*

Através do Núcleo de Saúde da PUC-Campinas, várias iniciativas foram levadas a cabo. A organização do *I Fórum Interinstitucional em Saúde do Trabalhador*, em

1993, de vários seminários sobre LER e a formação do Grupo Interinstitucional de LER, contaram com a coordenação da área de Saúde e Trabalho daquele Núcleo. No entanto, até hoje nenhum convênio foi assinado.

Com a UNICAMP o quadro também não é diferente, de modo que as relações se estabelecem no plano de contatos pessoais, da informalidade.

*Com a UNICAMP, a gente tem um vínculo extra-oficial também, que é com alguns docentes de lá, algumas pessoas daqui que estudam ou trabalham lá, e a gente faz essa ligação com residentes, com os alunos da Faculdade de Medicina, com o Departamento de Medicina Preventiva, com o pessoal da área de Epidemiologia, com o Heleno<sup>61</sup>. /.../ Temos pouca relação com a área de Saúde Ocupacional. Temos um projeto de intoxicação por chumbo junto com o pessoal da CCI (Centro de Controle de Intoxicações), que está meio parado no momento, pela nossa demanda /.../. Essa relação já foi importante, no início foi fundamental para o desenvolvimento do Programa (Adilson R. Campos - médico do CRST).*

*/.../ Temos conseguido trabalhar com algumas áreas da universidade relativamente bem. Com a Preventiva, por exemplo, da UNICAMP não temos problema, inclusive fizemos até pesquisa em conjunto, projetos. Mas depende muito da iniciativa do departamento e mais ainda de pessoas do departamento. (Marco A.G. Pérez - coordenador do PST/nível central).*

Localizamos ainda a presença de conflitos relativos às diferenças de abordagem da questão saúde/trabalho: “/.../ quando se estabelece a relação com as Universidades, muitas vezes temos conflitos, pois a compreensão política não é a mesma” (Darci P. de Oliveira - coordenador da Comissão Intersindical do CRST).

---

<sup>61</sup> Prof. Heleno Rodrigues Corrêa Filho.

*.../ A UNICAMP, no começo, através do Departamento de Medicina Ocupacional, tinha uma restrição muito importante com relação ao Programa, eles não admitiam o Programa, eles pensavam em qual seria o uso político que se ia fazer do conhecimento que é produzido .../ (J.C. Cacau Lopes - primeiro coordenador do Programa).*

*Sempre existiu um conflito entre a área de Saúde Ocupacional e o CRST, acho que até por conta dessa relação com o movimento sindical e pela falta de relação com as empresas, que é uma característica daqui. Nós entendemos a área de Saúde do Trabalhador não como Medicina do Trabalho, que tem diferenças conceituais com a área de Saúde Ocupacional e a Saúde do Trabalhador. A área de Saúde Ocupacional da Unicamp fica meio intermediária, conceitualmente, entre a Medicina do Trabalho e a Saúde do Trabalhador e com o viés muito mais de uma relação com empresas, com a Medicina do Trabalho, do que com a Saúde do Trabalhador propriamente dita e isso é um problema (Adilson R. Campos - médico do CRST).*

As observações acima dizem respeito às distintas linhas de pensamento que conformam o tema saúde/trabalho entre a área de Saúde Ocupacional da UNICAMP e o CRST. Como vimos, na primeira parte dessa dissertação, a Saúde Ocupacional é uma espécie de versão modernizada da abordagem da Medicina do Trabalho, cujas bases históricas a colocam ao lado do capital. Seguramente, não é este tipo de visão que molda as ações do CRST que, desde a sua fase embrionária, assume a perspectiva do trabalho.

Dentre a documentação existente nos arquivos do CRST, SILVA (1994) discute a relação acanhada com a UNICAMP, circunscrita ao encaminhamento de pacientes ao ambulatório de Medicina do Trabalho, referência para pneumopatias ocupacionais, e ao laboratório do Centro de Controle de Intoxicações daquela instituição, que atende parte da demanda de exames toxicológicos do CRST.

Não obstante as diferenças de concepção, é preciso reiterar a decisiva presença da UNICAMP na gênese do serviço, representada pelo Departamento de Medicina Preventiva e Social, compondo a Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde<sup>62</sup>.

O ponto de ligação dos discursos é o caráter extra-oficial da relação com as universidades. Ou seja, não há mecanismos institucionais que assegurem a continuidade dos trabalhos, de modo que o que prevalece é o comprometimento pessoal. As conseqüências disso são a supressão de projetos, no momento em que as pessoas envolvidas não mais dispõem das condições de seguir trabalhando conjuntamente. A realidade, todavia, mostrou que mesmo quando se formaliza a relação, isto não garante a continuidade do trabalho. O exemplo mais recente é do Grupo Interinstitucional de LER, que para se constituir teve um documento assinado pelas instituições envolvidas, o que não impediu a sua interrupção, no momento em que a coordenadora (do Núcleo de Saúde da PUCC) precisou se afastar<sup>63</sup>.

Em termos da influência do CRST sobre a legislação em saúde do trabalhador, alguns resultados, ainda que tímidos, foram registrados nesses anos.

*A atuação do CRST-Campinas gerou dispositivos a nível nacional, junto com os outros CR's, a nível estadual e municipal. Então vamos começar pelo nível Municipal. Existe uma legislação aprovada, há um ano e meio ou dois anos, na Câmara para a área específica de LER. Existem as ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador e que estão dispostas em lei municipal, como resultado da ação do PST. Só que não saiu como o PST queria, porque existe um movimento por parte de um setor aí, que quando isso vai para o Legislativo, se transforma; às vezes sai justamente o oposto do que era desejado. Mas o estopim e a demanda social partiram*

---

<sup>62</sup> Alguns entrevistados lembraram ainda a contribuição de Eduardo Capitani, docente da área de Saúde Ocupacional, na coordenação do Programa, nos seus anos iniciais (durante o período de 1988).

<sup>63</sup> Foi interrompido durante o ano de 1998 e veio a ser retomado em 1999.

*dai. A nível estadual, a própria resolução da Secretaria de Saúde que dispõe sobre LER teve uma participação de fato de pessoas do CRST, que ajudaram a fazer a resolução sobre o ruído também. A nível nacional, o CRST também teve uma participação efetiva na alteração das normas do INSS para LER, para benzeno, pneumoconiose, ruído, em conjunto, é lógico, com outros setores da sociedade (Marco A.G. Pérez - coordenador do PST/nível central).*

*/.../ A lei municipal tem a portaria nº 02, de 4 de outubro de 1995, que determina que os técnicos do CRST sejam autoridades sanitárias para vigilância em acidente de trabalho. Isto tudo em função de ações anteriores, de discussão de participação do movimento sindical na elaboração disso (Adilson R. Campos - médico do CRST).*

Com referência a essa portaria municipal de 1995, considerando o que foi dito anteriormente, pode-se cogitar que se trata de uma determinação desprovida de conteúdo prático, à medida em que não garantiu autonomia para o CRST realizar a vigilância em ambientes de trabalho.

De importância capital para o Centro de Referência, é a sua inclusão no Projeto de Cooperação Brasil-Itália, convênio firmado em agosto de 1994 entre a Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo e as Secretarias de Saúde dos municípios. Tal cooperação tem possibilitado a capacitação de profissionais do serviço, o desenvolvimento de projetos de vigilância e a aquisição de equipamentos para o CRST.

*O que a gente tem é em parte pela Prefeitura que, como eu disse, não é uma prioridade. Acho que o espaço que a Saúde do Trabalhador deveria ocupar deveria ser maior do que o que ocupa, mas uma parte do que nós temos é a Prefeitura que dá e a outra vem de convênio internacional. Esse convênio Brasil/Itália nos ajudou muito, grande parte do que temos e teremos vem dele: capacitação e recurso (Vera L. Salerno - médica do CRST).*

*Nós tivemos a sorte de ter esse projeto do Ministério da Saúde, da Itália com o Brasil, essa cooperação italiana com os trabalhadores brasileiros, onde eles equiparam onze Centros de Referência em Saúde do Trabalhador e entre esses o de Campinas que, foi equipado modernamente, equipamentos, infra-estrutura e inclusive a capacitação dos técnicos, que fizeram um ano de curso em São Paulo. Se não fosse isso, essa infra-estrutura, nós não teríamos nem como atender, pois era uma demanda crescente com apresentação de doenças do trabalho, então não tínhamos como fazer esses diagnósticos (Darci P. de Oliveira - coordenador da Comissão Intersindical do CRST).*

*O convênio Brasil-Itália, está em vigor ainda, acho bastante positivo, recebemos muito em termos da formação técnica, de conhecimentos, bastante recurso material que temos hoje e que, para serviço de Prefeitura, é um absurdo: temos dois computadores; em termos de equipamentos para investigação ambiental, tem um monte de coisa, que a Prefeitura jamais compraria. Ganhamos audiômetro, decibelímetro, equipamentos para análise de micro clima, que também possibilitam uma intervenção maior /.../. Além disso, fomentou o intercâmbio entre centros de referência do Estado, que também é um ganho /.../ (Miriam P. Silvestre - médica do CRST).*

*/.../ com o projeto de cooperação Brasil/Itália o pessoal passou o know how de priorização de riscos para gente, então começamos a trabalhar em cima de projetos e não de ações isoladas. Projetos na construção civil, sobre ruídos, de forma que possamos medir um pouco o que foi feito, alguma noção de impacto. Então, foi a partir de 1994/95 que veio esse projeto de cooperação com a Itália, que a gente começou a atuar dessa forma (Marco A.G. Pérez - coordenador do PST/nível central).*

As repercussões do convênio Brasil/Itália aparecem, segundo o exposto, na maior capacitação para o diagnóstico e a assistência especializados, assim como na área de vigilância, instrumentalizando a intervenção sobre os ambientes de trabalho<sup>64</sup>.

À guisa de construir, dos depoimentos, um formato para as relações interinstitucionais desenvolvidas, podemos sublinhar determinadas confluências. Em primeiro lugar, aquilo que, de acordo com GOMEZ & COSTA (1997), parece ser o lugar comum dos programas de saúde do trabalhador, que é a sua subordinação aos ditames de cada administração municipal, determinando o maior ou menor grau de investimento na área. Nessa mesma direção, outra questão que salta aos olhos é o caráter interpessoal das conquistas obtidas no relacionamento com as instituições. Os óbices à integração interinstitucional, que se procura driblar pelos trâmites pessoais daqueles profissionais mais comprometidos com a saúde do trabalhador, são analisados em vários escritos (CAVALCANTI, 1996; GOMEZ & COSTA, 1997; LACAZ, 1992; PIMENTA & CAPISTRANO F<sup>o</sup>, 1988).

DIAS (1994:137), examinando a constituição de Programas de Saúde do Trabalhador no país, encontrou a preocupação com as relações interinstitucionais como uma unanimidade, embora tenha registrado “muitas queixas”, concluindo que “/.../ na prática parecem prevalecer as relações informais e pessoais entre os técnicos das instituições e os trabalhadores”.

Ainda que estejamos trabalhando com opiniões, a literatura nos apoia na confirmação dos limites a partir dos quais se estabelece a saúde do trabalhador no sistema

---

<sup>64</sup> A história de cooperação Brasil-Itália inicia-se na década de 70, integrando a política externa italiana junto a países “em desenvolvimento”. Na área de saúde, é em 1982 que se formaliza o acordo de cooperação bilateral entre os dois países, o que viabilizou vários projetos (MISSONI, 1991). Em junho de 1989, ocorre, em Salvador-Ba, o I Encontro Ítalo-Brasileiro de Saúde, cujos resultados mereceram publicação específica do

local de saúde. No município de Campinas predomina o informal, exceção feita ao convênio com o Ministério Público e ao convênio Brasil/Itália. Nesses dois casos, é importante reiterar que assumem um significado especial, à medida em que permitem maior capacidade de movimentação para as ações, sejam de intervenção em ambientes de trabalho, sejam de diagnóstico e assistência especializados, o que não minora o problema central de uma inserção marginal do CRST na política sanitária municipal.

## ***CAPÍTULO IV: O CENTRO DE REFERÊNCIA EM CAMPINAS: CONFIGURAÇÕES E CONTRADIÇÕES***

### ***IV.1. CONTEÚDO DAS ATIVIDADES NAS TRÊS ÁREAS BÁSICAS***

Em prosseguimento ao exame documental e dos relatos orais, buscou-se delinear o percurso das três áreas de atuação: assistência à saúde, vigilância e educação e pesquisa, com vistas a unir os elementos que conformam essa política de saúde do trabalhador.

#### ***IV.1.a. ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL***

A documentação referente a essa área é escassa. Entre 1987 e 1991, há um conjunto de relatórios que apresenta a produção do Programa ano a ano, mas que carecem de avaliação que permita identificar pontos problemáticos ou acompanhar o desenvolvimento de diretrizes pré-estabelecidas. Desse modo, selecionamos aqueles escritos que, de alguma forma, ultrapassam a mera descrição do serviço e, à semelhança do item anterior, mesclaremos documentos com narrativas.

A área de Assistência caracteriza-se pelo atendimento clínico especializado em saúde do trabalhador, que inclui: ambulatório de doenças ocupacionais, ambulatório de

acidentes de trabalho, assistência de enfermagem, fonoaudiologia, psicologia e terapia ocupacional.

A demanda do CRST é composta, na sua maioria, por trabalhadores encaminhados pelos sindicatos (em menor escala ficam os que chegam aos serviço por demanda espontânea e os encaminhamentos da rede pública, do poder judiciário e das empresas) (CAMPINAS, 1996). Por uma questão de princípio, por se tratar de um serviço que “fala ao trabalhador”, justifica o entrevistado abaixo, essa sempre foi a composição básica da demanda.

*A demanda sempre foi prioritariamente sindical, uma porcentagem significativa é sindical /.../ por um único motivo: o nosso serviço era o único que falava para o trabalhador o que ele tinha. Todos os outros serviços que lidavam com a Saúde do Trabalhador, principalmente os serviços das empresas, os SESMTs, não informavam o trabalhador, omitiam o diagnóstico. Então houve uma demanda crescente prá gente /.../ (Adilson R. Campos - médico do CRST).*

Em 1987, começa a funcionar o Ambulatório de Saúde do Trabalhador de Campinas. Três anos depois, em 1990, o serviço assume a Coordenação de Acidentes de Trabalho, que até então ficava a cargo do INSS. Tal medida teve importância estratégica na história da Assistência, repercutindo, na visão dos entrevistados, num atendimento mais digno ao trabalhador acidentado e na possibilidade de entrada no local de trabalho, para o estabelecimento do nexos causal. Assim seria viabilizada uma ação coletiva.

*Quando trabalhamos para trazer a Coordenação de Acidente do Trabalho para nós, foi no intuito de, com isso, conseguir entrar no ambiente de trabalho legalmente, pois pudemos entrar para fazer nexos e a caracterização direta. /.../ Na*

*Conferência Municipal de Saúde, de 1990, ficou definido que uma das tarefas do Estado que o município iria assumir, era a Coordenação de Acidentes do Trabalho e foi por isso que pudemos pegar (Miriam P. Silvestre - médica do CRST).*

A incorporação do atendimento aos acidentados do trabalho foi um passo importante na estruturação do serviço, segundo avaliação dos técnicos, uma vez que, até então, não havia uma demanda organizada.

*/.../ Com essa vinda conseguimos treinar mais pessoas para o acompanhamento de doença ocupacional, gente que antes nem veríamos, porque tinha de vir aqui para bater o carimbo e CAT. Encaminhávamos para o nosso ambulatório e conseguíamos ter um conhecimento maior, fomos acompanhando mais gente. /.../ A nossa demanda cresceu muito, o que foi muito legal, pois até então era um serviço ocioso e ficamos afogados de tanto bater carimbo e fazer curativo em acidentado do trabalho aqui, e com agendas paralelas de acidente do trabalho, de um lado, e doença ocupacional, de outro lado. Chegou uma época na qual a gente não dava mais conta (Miriam P. Silvestre - médica do CRST).*

*Antes do acidente de trabalho, a origem da demanda era prática e exclusivamente sindical, com vistas ao que o movimento sindical precisava, que era: laudo de incapacidade, laudo para indenização, para mostrar insalubridade, laudos para a caracterização de doença ocupacional, pois os antigos coordenadores de acidentes de trabalho não caracterizavam doença ocupacional, que basicamente não existia em Campinas, até se criar o PST. E o PST começou a fazer diagnósticos de perda auditiva, que era principalmente isso, a partir de pessoas que o sindicato mandava. Nós fazíamos o diagnóstico, escrevamos e mandávamos para a caracterização. Ai já começava a ter essa possibilidade de brigar, esse foi um primeiro momento (Adilson R. Campos - médico do CRST).*

Da perspectiva das lideranças sindicais, foi alcançado um patamar qualitativamente superior em termos da atenção prestada.

*Tivemos marcos importantes, quando ocorreu a descentralização dos acidentes de trabalho, os acidentes de trabalho eram atendidos no INSS de forma extremamente desumana. Nós tivemos uma posição política, isso na I Conferência Municipal de Saúde de Campinas, onde nós fizemos a denúncia, nós achávamos que os trabalhadores não poderiam ser atendidos mais lá, de forma desumana, e conseguimos trazer para o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (Darci P. de Oliveira - coordenador da Comissão Intersindical do CRST).*

Se até 1990, o Programa carecia de uma clientela mais constante, um dos motivos pelos quais toma para si a Coordenação dos Acidentes de Trabalho, a outra face desse problema foi o estrangulamento da capacidade de atendimento, como apareceu em entrevista anterior. Dentre a parca documentação existente, chama a atenção uma carta de cunho reivindicatório, enviada ao Conselho Municipal de Saúde e ao Secretário Municipal de Saúde, em maio de 1992 – *Proposta para Reorganização do Atendimento Ambulatorial. Situação Atual e Propostas para o PST* -, na qual é apontada a carência crônica de recursos, obrigando a repressão de demanda e a supressão de atividades essenciais. De acordo com o texto, “/.../ O que temos hoje é uma equipe técnica instável, devido a vínculos temporários, ausência de quadros para profissionais indispensáveis, más condições de trabalho e descontentamento salarial.” (CAMPINAS, 1992a).

No segundo semestre de 1991, a equipe técnica do Programa de Saúde do Trabalhador, juntamente com a comissão sindical, organizou o *Planejamento Estratégico Situacional (PES) de 1991/1992*, iniciando um processo que facilitou a avaliação do serviço e a visualização de perspectivas (CAMPINAS, 1991a).

Em relação à Assistência, o *PES de 1991/1992* constata que a área, voltada ao atendimento da demanda sindical e de trabalhadores demitidos<sup>65</sup>, tem sido marcada pela ausência de ações de cunho coletivo em relação à saúde do trabalhador. A partir disto, recomenda-se “/.../ uma racionalização para o atendimento de trabalhadores demitidos e uma dinâmica para agendamento de consultas originárias das atividades de vigilância sanitária”. É, então, elaborada uma *Proposta para Reorganização do Atendimento Ambulatorial* (CAMPINAS,1991a), centrada nos seguintes pontos:

*Atendimento multidisciplinar a grupos homogêneos<sup>66</sup>: trabalhadores de uma mesma empresa ou grupos de trabalhadores de empresas diversas, mas com funções semelhantes, permitindo a avaliação de riscos nos ambientes de trabalho e os encaminhamentos posteriores, seja para consulta individual, seja para exames, dependendo do caso. Atendimento de acordo com a organização da Vigilância Sanitária, o que significa priorizar a demanda decorrente das visitas aos locais de trabalho realizadas pela equipe.*

No documento preparatório do *I Fórum Interinstitucional em Saúde do Trabalhador de Campinas e Região*, é explicitado o prejuízo para a área de assistência, provocado pelo atendimento a toda a demanda de acidentados do trabalho. Tal processo

*/.../ se fez reduzindo as consultas médicas especializadas e reproduzindo-se o modelo de assistência prestado pelo SAT/INAMPS. Isso conferiu a esse ambulatório um grande volume de atendimentos de cunho fundamentalmente burocrático, ressentindo-se da possibilidade de desenvolver funções mais propriamente de caráter*

<sup>65</sup> LACAZ (1996) apresentou resultado semelhante, quanto à composição da clientela de Centro de Referência no ABC paulista. Depoimento de dirigente sindical, naquele estudo, concluiu que, por conta da crise econômica, a grande maioria dos que recorrem ao Centro é de trabalhadores demitidos.

<sup>66</sup> A idéia de trabalhar com grupos homogêneos vem da proposta do Modelo Operário Italiano, exposta no primeiro capítulo.

*médico-sanitário e aquelas da especialidade de Medicina do Trabalho* (SANTOS, 1993:12-13).

Vê-se, nos dois documentos acima, a emergência de inverter a natureza da atenção prestada, de atendimento ambulatorial, curativo, individual, para uma ação mais ligada ao coletivo e à prevenção do dano.

Na linha de avaliação do serviço, destaca-se o *Diagnóstico do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador para o Planejamento*, que coteja o andamento da Assistência com as proposições do *Fórum* de 1993. Examinando a composição da demanda, constata o documento que as consultas médicas de doenças ocupacionais, permanecem com a hegemonia da demanda sindical, principalmente de demitidos, tendo havido uma redução da demanda de outras origens (Rede Pública, Poder Judiciário, espontânea, empresas e atendimento de acidentes de trabalho).

O mesmo escrito ainda avalia a assistência nas áreas de fonoaudiologia, psicologia e enfermagem. Em relação à primeira, não foi constatada mudança significativa na demanda, após o *Fórum*. Quanto ao atendimento de psicologia, o serviço iniciou um diagnóstico com o *Estudo Descritivo de Morbidade Psiquiátrica no CRST*, visando definir as atividades na área de Saúde Mental<sup>67</sup>. No que se refere à retaguarda laboratorial e de especialidades, são relatados problemas no encaminhamento de exames de toxicologia, na qualidade dos radio-diagnósticos realizados e também no acesso aos exames de eletro-neuromiografia, dificultando o tratamento dos casos de LER (SILVA, 1994).

Perante o estrangulamento da capacidade de absorção do serviço e o desvirtuamento de suas funções mais abrangentes, de vincular assistência à vigilância e à

---

<sup>67</sup> Participaram do estudo: um docente em Psiquiatria da UNICAMP, uma enfermeira do CRST, um docente do Curso de Psicologia da PUCC, além de estagiárias do mesmo curso.

educação em saúde, em 1994 teve início a descentralização do atendimento aos acidentados do trabalho para a Rede Básica de Saúde.

O estudo dos documentos diz que a descentralização do atendimento aos acidentes de trabalho, foi iniciada em março de 1994, com previsão de um ano para implantação definitiva, através de treinamento do pessoal da Rede Pública de Saúde. É depositada uma expectativa de redução gradativa do atendimento de acidentes de trabalho pelo CRST, que deverá priorizar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica de acidentes de trabalho, o que resultará num reequacionamento da demanda<sup>68</sup> (SILVA, 1994).

Tentamos apreender, via depoimentos, a análise do impacto da medida na qualidade da assistência e da vigilância, já que se esperava incrementar a segunda, a partir da reorganização da primeira.

*.../ Fizemos a reflexão que era feita desde o começo: a gente só pegou para poder acabar com isso, não tem cabimento manter uma instância batadora de carimbos, quem trata, bate o carimbo. Descentralizamos o acidente de trabalho para a Rede e com isso nos vimos novamente com o que é nosso, o que é papel do Centro de Referência, atender só as doenças ocupacionais (Miriam P. Silvestre - médica do CRST).*

*Hoje isso está na Rede Pública Municipal, qualquer Centro de Saúde ou Hospital que faz o atendimento, já preenche o laudo do exame médico da CAT e vai para o INSS .../. E a gente está concentrando a questão da informação em acidente de trabalho, então isso foi bastante efetivo, isso ocorreu e foi de fato bastante importante pra gente, tirou uma demanda cartorial, que não faz parte do serviço (Adilson R. Campos - médico do CRST).*

---

<sup>68</sup> Para ilustrar, apresentamos a produção do CRST no ano de 1994: das 8.750 consultas médicas realizadas, a maior parte, 77% (6.700), se deveu ao atendimento feito pelo Ambulatório de Acidentes de Trabalho, cabendo ao Ambulatório de Doenças Ocupacionais a soma de 2.050 consultas (23% do total) (SILVA, 1995).

O intuito de descentralizar, dizem os sujeitos, é o de estabelecer as condições de realização do que é tarefa própria do CRST, a atenção à saúde do trabalhador, bloqueada pelo estrangulamento que o atendimento médico de acidentados gerou.

A passagem abaixo, salienta que a descentralização do atendimento aos acidentados do trabalho facilitou a vida do trabalhador, ao eliminar uma etapa da *via crucis*<sup>69</sup> à qual precisa se submeter ao se acidentar.

*Nós tiramos uma instância, uma andada dele dolorosa, difícil, essa da Coordenação de Acidente, que depois deixou de ser do INAMPS e passou a ser aqui. Então ficava mais difícil para o trabalhador /.../, a gente atendia muito, era o município inteiro, e ele tinha que esperar, passar aqui para receber um carimbo para voltar a trabalhar e, na maioria das vezes, a gente mandava ele fazer curativo no Centro de Saúde. A gente continuava sendo um intermediário. O que aconteceu com essa descentralização é que, pelo menos teoricamente, deve estar mais fácil a vida das pessoas que se acidentam de maneira leve no trabalho, porque elas vão e o Centro de Saúde já faz tudo (Miriam P. Silvestre - médica do CRST).*

O aspecto negativo apontado pela descentralização para a Rede Básica de Saúde é o prejuízo na qualidade do registro, fato que ajuda a complicar o crônico problema das falhas do sistema de informações em saúde.

*As SARs (Secretarias de Ação Regional do município) assumiram o que nós fazíamos nas regiões de saúde, mas caiu a qualidade. Eu fiz um levantamento de acidente fatal no INSS. Até 1995, todas as CATs de acidente fatal estão preenchidas por nós. /.../ Os de 1997 não têm o verso da CAT preenchida, estão em branco. A parte médica não foi feita, porque a gente parou de fazer e a rede não assumiu e, as pessoas não deixaram de morrer por causa disso, morreram e acabou. A gente*

<sup>69</sup> DIAS (1994) descreve cada etapa do trajeto que o trabalhador deve percorrer ao ser vitimado por acidente ou doença do trabalho, caminho burocrático e moroso, que denomina de *via crucis*.

*continua tendo informação de onde aconteceu o acidente, mas não sabe se quebrou a cabeça, se foi lesão hepática ou sei lá o quê. A gente não sabe se morreu na hora ou se morreu depois, não tem mais essa informação, que é muito preciosa. Isso foi para as SARs e eu estou te falando dos óbitos, será que os não óbitos estão sendo bem feitos? Acho que não; mas a gente não tem essas informações. Elas estão nas SARs (Vera L. Salerno - médica do CRST).*

A fala chama atenção para um aspecto fundamental do planejamento em saúde, cujo pressuposto deve ser o conhecimento mais preciso da realidade em que se pretende atuar. Se o sistema de saúde não é capaz de, partindo de um instrumento de registro, expor adequadamente as circunstâncias que produziram o evento - o acidente, fatal ou não, ou a doença - pode-se inviabilizar uma intervenção mais ampla. Medidas de prevenção, por exemplo, no local de trabalho, ou mesmo a sua interdição, poderiam estar comprometidas.

Outro elemento que se fez presente, é a distância entre aquilo que se preconiza no CRST e o que é feito na rede pública, como se pode conferir abaixo.

*/.../ O que há, na verdade, é uma dificuldade de consolidação da proposta, pois não se trata apenas de ter o entendimento político, de articulação política, mas também de concretização disso, porque na hora da prática temos que mudar o conceito das pessoas, como que vamos querer que os médicos da Rede Municipal de Saúde, os atendentes, tenham a mesma visão de um Centro de Referência que começou a mais de uma década? (Darci P. de Oliveira - coordenador da Comissão Intersindical do CRST).*

Essa ausência de respaldo da rede básica de saúde para as ações dos Centros de Referência, é comentada por LACAZ (1996:297), que julga tratar-se de “/.../ problema estrutural que vai acompanhar a constituição das propostas dos Programas /.../”. Na

verdade, ao que parece, há um isolamento da saúde do trabalhador no interior do sistema público de saúde, ocupando uma posição de menor interesse em relação às demais áreas.

A grande expectativa era de, partindo da descentralização dos acidentes de trabalho, promover o rearranjo do atendimento individual - o que estava explícito nos documentos - de modo a priorizar uma demanda organizada segundo critérios da vigilância nos locais de trabalho. Entretanto, surge um dado complicador no cenário: a partir de 1993, o perfil dos diagnósticos realizados no serviço sofrerá uma alteração: “/.../ nos reorganizamos e nesse meio tempo já veio o advento da LER e não carecemos mais da falta de demanda, pelo contrário /.../” (Miriam P. Silvestre - médica do CRST).

*Esperávamos que, uma vez que a nossa grande demanda, que era acidente de trabalho, muito cartorial, fosse descentralizada, poderíamos ter a oportunidade de trabalhar com projetos grandes. Começamos um pouco depois a fazer isso, no entanto começa a surgir, de uma forma muito intensa, a LER. Ficamos livres de uma demanda de acidente de trabalho, ao mesmo tempo começou a aparecer uma outra demanda, que tem característica de assumir o nosso tempo (Adilson R. Campos - médico do CRST).*

As estatísticas do CRST mostram que no começo da década de 90, o primeiro lugar nos diagnósticos realizados ficava com a perda auditiva induzida pelo ruído (PAIR), representando 35,7% dos atendimentos em 1991 e 37,2% em 1992. Já em 1993, esse quadro começa a sofrer alteração: agora a maior ocorrência será de LER, totalizando 33,7% dos atendimentos do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador de Campinas, passando a PAIR para o segundo lugar, com 29% dos diagnósticos (RESTITUTTI, 1995:50-1). Daí em diante, predominarão os casos de lesões por esforços repetitivos nas consultas realizadas pelo serviço.

SOUZA (1998), compilando dados de Comunicações de Acidentes de Trabalho do INSS de Campinas, entre 1993 e 1996, achou uma frequência de lesões por esforços repetitivos em 80,77% do conjunto de doenças profissionais. Das 310 empresas que produziram doenças nesse período, 70,32% (218) diagnosticaram casos de LER. A mesma autora estudou a distribuição da patologia segundo setores da atividade econômica, e descobriu uma maior prevalência de casos de LER em Campinas no ramo metalúrgico e de eletro-eletrônica, ficando as instituições financeiras em segundo lugar.

A explosão dos casos de LER resulta numa crise do Centro de Referência, que se verá obrigado a adiar o projeto de atuação mais efetiva em vigilância. As características peculiares dessa síndrome agravam a crise, já que se trata de um problema de difícil resolução no plano imediato<sup>70</sup>.

*./.../ A assistência de uma perda auditiva é fazer o diagnóstico e uma audiometria, uma vez por ano e orientar, uma pneumopatia é a mesma coisa, você faz o diagnóstico e o tratamento durante um período curto e tem que resolver o problema lá no local de trabalho. Intoxicação por chumbo é a mesma coisa. LER não, LER vem e fica (Miriam P. Silvestre - médica do CRST).*

Os reflexos da epidemia de LER sobre o funcionamento da Assistência, chegaram ao ponto de se cogitar o fechamento da agenda, como estratégia para desacelerar a insistente demanda.

---

<sup>70</sup> As lesões por esforços repetitivos afetam o sistema músculo-esquelético, produzindo um quadro bastante doloroso e progressivamente limitante. Há uma grande controvérsia envolvendo as causas das LER. A esse respeito, ver levantamento feito por MAGALHÃES (1998). Dentre os vários estudos citados, a autora infere que a exposição a um ritmo extenuante de trabalho com as mãos, se apresentaria como determinante do problema.

Para a caracterização jurídica das LER, consultar MAGALHÃES (1998), RIBEIRO (1999) e SOUZA (1998).

*Estamos em crise com essa história de agenda, estamos há dois meses com a agenda fechada. Isso é um horror e estamos brigando aqui dentro por causa disso, pois alguns acham que a gente deve fechar para sempre e nunca mais atender LER, a não ser que, quando sair uma LER, a gente deixe entrar outra; e há pessoas que, como eu, acham que devemos atender o que vem. Não dá pra dizer que acabou a nossa capacidade de atendimento da LER e vamos esperar aparecer intoxicação por manganês! Não funciona assim, no meu modesto ponto de vista (Miriam P. Silvestre - médica do CRST).*

*Nós temos pouca gente e uma demanda que cobra muito assistência. As pessoas estão com dor, porque hoje é isso: a gente atende dor, estão batendo na nossa porta para serem atendidos clinicamente, eles querem saber qual é a nossa opinião em relação ao tratamento que estão fazendo, ou não estão fazendo tratamento nenhum e querem fazer, ou estão fazendo um tratamento e têm alguma dúvida e querem saber a nossa opinião, querem participar dos nossos grupos, querem a nossa orientação (Adilson R. Campos - médico do CRST).*

O ideal de atenção à saúde do trabalhador preconizado pelo serviço e, ao que parece, nunca posto plenamente em prática, consiste em integrar as áreas de Assistência, Vigilância e Educação, o que ocorreria com a reorientação da Assistência, mas não exclusivamente. Importante lembrar o que aparece nos documentos como um dos problemas de difícil solução: a ausência crônica de recursos para o desenvolvimento das ações. Em momentos de crise, como o mencionado, as ações se limitam à assistência, primazia imposta, dentre as razões exibidas, pelos poucos recursos para desenvolver as outras áreas, o que se agudiza pela crise no mundo do trabalho, ampliando o assédio de desempregados ao serviço.

*A assistência bate na porta e a gente vai se atolando nela e vai fazendo do jeito que consegue /.../. Então a gente passou uma fase, há uns dois ou três anos, atolada*

*em acidentes do trabalho; a gente descentralizou isso /.../. Essas três áreas variam de acordo com a nossa época, de estar melhor ou pior. Quando a gente está bem, consegue atuar em vigilância, ter uma atuação legal em assistência. Quando a gente fica mal em recursos humanos e materiais, a assistência vai ficando como esta que está acontecendo agora. A gente só faz assistência, basicamente (Vera L. Salerno - médica do CRST).*

*Essa questão da reorganização da demanda é isso, uma vez por mês sentamos, brigamos para reorganizar e até agora não conseguimos. O nosso desejo é atender a demanda chamada organizada; fazer intervenção numa empresa, se aquela empresa precisa de atendimento, chamamos para fazer a assistência integrada com intervenção, nunca conseguimos. Acho que não deixa de ser um projeto, continuamos tendo isso em mente, mas ainda não deu certo (Miriam P. Silvestre - médica do CRST).*

Em se tratando de uma patologia que guarda estreita relação com os atuais problemas da renovação tecnológica, assiste-se ao seu crescimento também vinculado ao do desemprego. A mudança no perfil de morbidade das doenças do trabalho se mostra a partir da epidemia de LER, que aparece ligada à intensificação do ritmo de produção<sup>71</sup>.

RIBEIRO (1999)<sup>72</sup> afirma tratar-se de doença emblemática, justamente por eclodir no atual estágio de desenvolvimento capitalista mundial: automação crescente da produção, aumentando o desemprego e intensificando o ritmo de trabalho dos que permanecem no mercado formal. Vejamos de que modo isso é demonstrado pelos relatos.

*/.../ Com o desemprego e com o ritmo de produção para quem está empregado aumentando constantemente, a gente está vendo aparecer mais casos de LER. A*

<sup>71</sup> Consultar a respeito ASSUNÇÃO & ROCHA (1993); CODO (1995); SETTIMI & SILVESTRE (1995).

<sup>72</sup> O autor estudou a prevalência dessa síndrome no setor bancário de São Paulo

*única forma da gente responder a isso, do ponto de vista de assistência e vigilância, também é descentralizar (Adilson R. Campos - médico do CRST).*

*/// Estamos tendo problemas sérios, temos uma demanda extremamente crescente, que é o desemprego. Então, a área ambulatorial está encontrando algumas dificuldades; depois de toda essa história, os próprios profissionais que trabalham, além de estarem enfrentando o problema do salário baixo, que é o salário do município, eles também sofrem /// (Darci P. de Oliveira - coordenador da Comissão Intersindical do CRST).*

A avalanche da LER, no entanto, suscitou respostas para além da assistência individual. Assim surgiu, conforme o visto no capítulo anterior, o Grupo Interinstitucional em LER, que teve importante papel de aglutinação das diversas instâncias que lidavam com um problema de dimensões cada vez maiores. Em 1995, o grupo produziu um documento com orientações para o retorno seguro ao trabalho dos portadores de LER<sup>73</sup>.

*Então houve esse atropelo por causa da LER nesta época, mas ao mesmo tempo isso não impediu que algumas coisas pudessem ser feitas. /// A partir de ações do nosso serviço começou a se formar um grupo interinstitucional de LER, que tem uma ação, na minha opinião, a principal ação sobre LER no município de Campinas, com desdobramentos em grandes empresas, da Singer, da Bosch, da Dako, CCE, Texas. (Adilson R. Campos - médico do CRST).*

A discussão levada a cabo mais recentemente, em 1998, quando as entrevistas foram realizadas, é sobre a descentralização da Assistência. Os entrevistados alegam tratar-se de providência essencial para desafogar a demanda e, principalmente, realizar ações

---

<sup>73</sup> Na mesma época, motivada pela proposta de trabalho do GIL em geral, e do CRP em particular, veio a se constituir a Associação de Portadores de LER de Campinas.

preventivas. Os depoimentos abaixo enfatizam a premência dessa medida, por meio da qual o serviço deixaria de ser um mero ambulatório de atendimento de LER.

*Recentemente terminamos um seminário de planejamento onde o eixo central foi a descentralização das nossas ações de maneira geral, ações de vigilância e até de assistência, pois também cabe à rede fazer o diagnóstico da patologia relacionada ao trabalho /.../. Com relação à LER, por exemplo, muitas das nossas ações, do que é feito aqui dentro desse consultório, pode ser feito em Centro de Saúde por um bom clínico, por um médico que tenha noção do que está acontecendo em relação à LER no município, no país, no mundo (Adilson R. Campos - médico do CRST).*

*/.../ O ambulatório de doença ocupacional, foi inchando por causa da LER e é nessa situação que estamos até hoje, inclusive por conta desse inchaço temos avaliado como iremos fazer, é a rede que tem que absorver isso, se não for, quem será? Como a gente vai fazer para dar conta? De fato, um serviço só não dá. Só nós, do jeito que estamos funcionando, está complicado e a saída que temos achado até agora é que vamos discutir com a Rede (Miriam P. Silvestre - médica do CRST).*

*/.../ A parte de assistência a doenças relacionadas com o trabalho se dá exclusivamente, no âmbito do SUS Campinas, no Centro de Referência em Saúde do Trabalhador e hoje a gente vê uma necessidade disso ser mudado, do Centro de Referência não ser mais porta de entrada para doença ocupacional. Então, a suspeita de uma doença ocupacional, de uma lesão ou de um agravo causado ao indivíduo pelo trabalho, deve ser feita na Unidade Básica. A suspeita e, se possível, o acompanhamento (Marco A.G. Pérez - coordenador do PST/nível central).*

Novamente aparece a expectativa de equacionar o problema da Assistência, praticamente toda tomada pelos atendimentos de LER, permitindo, enfim, atuar em ambientes de trabalho, assim como era previsto quando se propôs a descentralização do atendimento aos acidentes.

*A descentralização deve fazer com que o nosso serviço venha a ter mais ações de vigilância em ambiente de trabalho e aí conseguiremos ter um pouco mais de resultados no nosso trabalho, porque com a demanda de 80% de LER, uma demanda praticamente crônica, a gente acaba ficando dentro do consultório na maior parte do tempo. Descentralizando, acho que o serviço vai ter mais possibilidade de vigilância em ambiente de trabalho e aí sim, partir pra tentar corrigir o que há de errado e que as ações sejam preventivas (Adilson R. Campos - médico do CRST).*

A partir da capacitação do pessoal da Rede Básica de Saúde e de uma retaguarda laboratorial, os técnicos julgaram ser possível operacionalizar essa medida. Desse modo, ao CRST caberia o papel de funcionar realmente como uma referência de maior complexidade para os casos que, no nível primário, não fossem passíveis de solução.

*/.../ Para isso ser feito, você precisa de uma retaguarda, um ambulatório especializado que dê essa retaguarda, porque nós não vamos ter um médico do trabalho em cada Unidade da Rede, não faria sentido, do ponto de vista da racionalidade. Mas a equipe que estiver trabalhando na Unidade Básica /.../ deve identificar a suspeita de doença ou o agravo ao indivíduo relacionado ao trabalho. Então, essa é uma diretriz importante que foi traçada nesse último planejamento de 1998 /.../ (Marco A.G. Pérez - coordenador do PST/nível central).*

*/.../ Não existe ainda a tecnologia suficiente, nem o know how para a gente passar para a Rede, a gente está experimentando ainda /.../. Na verdade o que a gente faz são coisas simples, que a gente faz por causa do desconhecimento geral a respeito do mundo do trabalho (Miriam P. Silvestre - médica do CRST).*

*Estamos começando a pensar na forma de operacionalizar isso, fazer reciclagem para profissionais, fazer reuniões clínicas com participação de gente da Rede, isso com relação à assistência. Ter uma maior ligação com a vigilância dos vários distritos, estar, de uma forma ou de outra, levando informações pra Rede,*

*treinando gente capacitando pessoas para atuar nas áreas de vigilância e assistência em Saúde do Trabalhador (Adilson R. Campos - médico do CRST).*

É evidente, contudo, e essa compreensão se faz presente nas falas, que o ato de descentralizar a assistência em si, carece de sentido se não estiver conjugado à descentralização da intervenção nos ambientes de trabalho.

*Isso se resolve, por um lado, com mais técnicos, por outro lado descentralizando ações de assistência e também descentralizando ações de vigilância, porque se uma fábrica na região de Campinas está tendo muito problema de lombalgia, não precisam ser exatamente os técnicos daqui que vão até lá, tendo pessoas treinadas naquela região, ela pode estar tendo ações de vigilância e nós ficamos aqui como referência (Adilson R. Campos - médico do CRST).*

*A grande dificuldade é, na medida em que você diagnostica, necessariamente teria que intervir, essa é a grande dificuldade da intervenção, mas no campo exclusivo da organização de serviços de assistência, é importante que isso descentralize /.../. Agora eu acho que essa é a discussão hoje e aí não adianta, na área de Saúde do Trabalhador, descentralizar a assistência, se não descentralizar efetivamente a ação que vai interferir naquilo que está determinando o aparecimento da doença do trabalhador (J.C. Cacau Lopes - primeiro coordenador do Programa).*

Do que se disse por ora, pode-se concluir que, mais uma vez, se aposta na construção das condições para a realização daquilo que foi assumido como prioritário para a saúde do trabalhador, ou seja, a ação em ambientes de trabalho. O objetivo de realizar a vigilância, continua sendo perseguido a partir de medidas que, teoricamente, conduziriam ao seu desfecho favorável. Retomando a cronologia dos acontecimentos temos: em 1990 o início do atendimento aos acidentados do trabalho; na seqüência, em 1994, a

descentralização do atendimento de acidentes de trabalho para a rede, seguida do atropelo causado pela epidemia de LER; e em 1998, a discussão da descentralização do atendimento às doenças do trabalho. Esse conjunto de medidas foi sempre costurado pela preocupação em desenvolver a vigilância. O inevitável questionamento, a essa altura do trabalho: por que isto não ocorreu até hoje? Quais os entraves básicos envolvidos nessa problemática?

Para responder a essas indagações, convém remontar o traçado da área de atuação considerada primordial pelo CRST, a vigilância à saúde do trabalhador.

#### **IV.1.b. VIGILÂNCIA À SAÚDE DO TRABALHADOR**

A área de Vigilância à Saúde do Trabalhador se constitui na frente prioritária de atuação do CRST, o que pode ser comprovado por um maior volume de material abordando a temática. O depoimento abaixo sintetiza essa idéia:

*/// Acho que o trabalho mais importante lá no Centro de Referência é fazer intervenção no local de trabalho, nós temos que prevenir as doenças no local de trabalho, nós temos que discutir com as empresas, o problema da ergonomia, temos que discutir pausa, temos que discutir diminuição da jornada de trabalho ///* (Darci P. de Oliveira - coordenador da Comissão Intersindical do CRST).

Desde os primeiros documentos que subsidiaram a criação do Programa de Saúde do Trabalhador, é possível identificar o papel da Vigilância. Exemplo disto está no *Projeto Piloto do Programa de Saúde do Trabalhador para o Sistema de Saúde do*

*Município de Campinas*, que apresenta, dentre seus objetivos específicos, “eliminar ou diminuir as ‘situações de risco’ à saúde nos locais de trabalho /.../”. Para tanto, são propostas ações a médio prazo, visando iniciar assessoria técnica para a melhoria dos ambientes, além de ações a longo prazo, de modo a interferir preventivamente nas condições “potencialmente danosas à saúde dos trabalhadores.” (CAMPINAS, s/d:02-03).

Já no primeiro relatório de *Avaliação do Ambulatório de Saúde do Trabalhador de Campinas - Fevereiro a Agosto de 1987*, há o registro de visitas às empresas, para avaliação ambiental, feitas conjuntamente pelos técnicos do serviço com os fiscais da DRT e representantes dos trabalhadores (CAMPINAS, 1987a).

A proposta do movimento sindical, *Ante-Projeto de Saúde do Trabalhador*, de 1989, menciona a importância da vigilância sanitária, referindo a necessária articulação do Programa com a Delegacia Regional do Trabalho (DRT), “/.../ no sentido da realização de fiscalização dos ambientes de trabalho de forma integrada, inclusive solicitando à DRT que vincule um fiscal ao programa” (CAMPINAS, 1989:13).

A história da vigilância, referenciada na experiência italiana de intervenção, nasce, como vimos, juntamente com o projeto de criação do Programa de Saúde do Trabalhador de Campinas, de modo que são registradas, desde o início, ações nessa área. As falas seguintes rememoram as primeiras intervenções do Programa:

*Vigilância fizemos desde o começo, pouco mas fizemos. Desde 1987 /.../ vamos fazer vigilância em ambiente de trabalho com relação a trabalhadores do sindicato de baterias lá, na região de Elias Fausto. Na época também começaram as ações aqui numa fábrica de baterias em Barão Geraldo, chamada Good Light, que acabou fechando depois. Na época também começou um projeto em marmorarias e fomos a campo, não fizemos a avaliação ambiental propriamente dita, mas fizemos vários*

*diagnósticos de silicose. Então houve, desde o começo, ações pontuais de vigilância (Adilson R. Campos - médico do CRST).*

*/.../ Houve alguns momentos de intervenção importantes em setores da construção civil, de melhorar as condições de alojamento desse pessoal; teve uma intervenção importante em uma fábrica de Sumaré, que lidava com material radioativo. Mas não que isso fosse incorporado enquanto uma política de integração entre duas instituições, ou seja o Programa e a Delegacia Regional do Trabalho, mas ficava muito na dependência da relação que a gente acabava tendo com o fiscal, então quando o fiscal era mais comprometido, você conseguia entrar, intervir, o fiscal bancava a presença do representante sindical dentro da fábrica (J.C. Cacau Lopes - primeiro coordenador do Programa).*

Mostra-se aqui a dependência do entendimento pessoal para viabilizar a ação conjunta com a DRT nos locais de trabalho. Considerando que se tratava do início desse tipo de proposta, era previsível que isto acontecesse, já que estavam sendo dados os primeiros passos nessa direção, portanto não existia ainda uma política definida e o espaço estava por ser conquistado.

Pode-se afirmar que a estruturação da Vigilância encontra referência mais consistente no projeto elaborado para a área, em dezembro de 1990: *Programação de Trabalho da Vigilância Sanitária - linhas gerais*, que reúne as orientações básicas para as atividades, apresentando a concepção do Programa sobre o assunto e estabelecendo um plano de ação. Compromete-se a “desvendar a realidade sanitária presente no ambiente de trabalho, e daí delinear proposições de intervenção”. Deixa clara a direção a ser perseguida, contrapondo-se ao “pensamento conservador de saúde”, que “/.../ não possui compromissos efetivos na questão saúde do trabalhador, e sim com a objetivação da produtividade, redução de custos, ou seja, com a saúde do capital”. Assim sendo, considera a organização

dos trabalhadores “/.../ como instrumento fundamental para o exato conhecimento da situação sanitária nos ambientes de trabalho /.../”, afirmando ainda o papel do embasamento teórico que fundamenta a ação técnica (CAMPINAS, 1990a:2).

O documento supracitado, propõe um esquema de trabalho centrado nas visitas às fábricas, tendo como norte, “pela própria característica do serviço”, a demanda sindical advinda de projetos das diversas categorias. Tal procedimento se desdobra em cinco etapas<sup>74</sup>:

*Preparação: delineamento de estratégias de ação e confecção do mapa de risco; visita para avaliação ambiental; elaboração do relatório com propostas de intervenção para mudança de condições nocivas à saúde dos trabalhadores; negociação: cronograma para implantar as mudanças e avaliação: visitas e reuniões para avaliar se as mudanças foram proferidas.*

Indica ainda, o mesmo texto, formas de organização da demanda:

*Demandas por trabalhador índice, trabalhadores que recorrem ao programa; demanda pornexo causal, ou seja, a partir da identificação de doenças profissionais ou acidentes de trabalho relacionados com o processo de produção; demanda por projeto: originada por informações coletadas pela vigilância epidemiológica, que localiza setores industriais, processos, máquinas, ferramentas etc./.../ que contribuem para o desencadeamento de doenças e acidentes de trabalho” (CAMPINAS, 1990a:07).*

A relação com outras instituições dará suporte ao trabalho da vigilância sanitária, de acordo com o mesmo documento. São referidos o Ministério Público, para o

<sup>74</sup> Reproduz-se aqui o esquema do Modelo Operário Italiano (ODDONE *et al.*, 1986).

apoio jurídico, além de instituições de pesquisa e ensino, como a FUNDACENTRO e as Universidades, que podem subsidiar as discussões e fornecer material bibliográfico. Por fim, discute-se a requisição de recursos humanos e materiais para a viabilização da proposta (CAMPINAS, 1990a).

A relevância dos projetos de avaliação por categoria profissional é apontada durante o *Seminário Anual do PST*, de 1990 (promovido por técnicos do Programa e pela Comissão Sindical). Com vistas a avaliar as condições de trabalho nos locais, difundir informações aos trabalhadores a respeito dos riscos específicos e propor medidas de caráter preventivo, de acordo com as peculiaridades de cada caso, são desencadeadas ações com alguns ramos de atividade (marmorarias, galvanoplastias, empresa de transporte coletivo, garagens e estamparia). Na seqüência, são elaborados projetos de intervenção junto aos seguintes sindicatos: rodoviários, funcionários públicos, vidreiros, alimentação, domésticas, bancários, purificação, construção civil (CAMPINAS, 1990b).

A partir de 1991, encontra-se entre os arquivos do Programa uma série de relatórios descritivos das ações desempenhadas pela Vigilância Sanitária, nos quais são expostos: número de visitas, de vistorias em locais de trabalho, projetos desenvolvidos por categoria, processos em andamento etc. A leitura de tais registros suscitou questões que ficaram sem resposta, como: quais os resultados dos projetos por categoria de trabalhadores, quais as repercussões desse trabalho no meio sindical? Sobre as visitas para comprovação denexo causal realizadas, o que dizem os números produzidos, frente à demanda? Dada a dimensão puramente descritiva de tais trabalhos, que não estabelecem parâmetros para avaliar o alcance das medidas, tornou-se difícil extrair daí alguma matéria para análise.

O relatório do *Planejamento Estratégico-Situacional (PES) - 91/92*, apresenta elementos de avaliação da situação da Vigilância Sanitária, dos quais alguns pontos problemáticos levantados merecem destaque: instabilidade, falta de infra-estrutura de trabalho (viatura, recursos humanos, gerando muitas demandas para apenas um técnico), ausência de autonomia em relação à Secretaria Municipal de Saúde e dificuldade de integração da Vigilância com outras áreas (CAMPINAS, 1991a: 29). Foi registrada, como consenso do grupo participante do PES - 91/92, a incipiente atuação da vigilância sanitária em ambientes de trabalho, diante das demandas existentes, o que se comprova em trechos alegando:

*Poucas visitas ambientais; visitas ambientais sem participação de sindicalistas; ausência de alteração dos ambientes de trabalho (mesmo os visitados); vigilância sanitária pouco atuante (não há autoridade sanitária); não criação de demanda; não atuação preventiva em ambientes de trabalho; demanda viciada; a maioria das visitas a ambientes de trabalho é para nexos causais* (CAMPINAS, 1991a: 34).

Questões centrais são postas aqui, exprimindo a pouca eficácia do trabalho: além da carência de poder de intervenção sobre os locais insalubres, a ausência de sindicalistas fragiliza ainda mais a ação.

O desdobramento do *PES - 91/92*, resultou em dois textos complementares: *Encaminhamentos para Implantação da Vigilância Sanitária* e *Minuta do Plano de Ação da Vigilância Sanitária*, ambos de 1992, que propõem: estabelecer critérios e ações para as visitas às empresas; mapear as empresas, priorizando as visitas por acidentes de trabalho; implementar fluxo rápido de informações sobre acidentes fatais; criar dois bancos de dados: um contendo os acidentes de trabalho e outro contendo o levantamento sanitário de cada

empresa visitada; divulgar periodicamente os dados para sindicatos e centros de saúde; garantir o controle de risco nas empresas, através da notificação e de multas às empresas e da tentativa de regulamentação da lei de vigilância; desenvolver atividade paralela de educação sanitária nos ambientes de trabalho (CAMPINAS, 1992b, 1992c).

A discussão em torno dos obstáculos para que a Vigilância tenha efetividade foi aprofundada no diagnóstico preparatório do *I Fórum*, constatando como problema essencial “.../ a baixa cobertura decorrente da ausência de políticas institucionais que priorizem tais ações e a existência de políticas de intervenção nos locais de trabalho de baixa eficácia.” A limitada capacidade dos serviços de saúde para reconhecer e notificar os casos de acidentes e doenças do trabalho, bem como a inadequação dos instrumentos de notificação, são apontados como outros entraves a serem superados (SANTOS *et al.*, 1993:27-28)<sup>75</sup>.

Dentre as diretrizes para a Vigilância, formuladas pelo *Fórum*, reproduziremos aqui as principais: aprimorar o trabalho de intervenção sobre os ambientes laborais valorizando a informação epidemiológica; integrar as ações de vigilância às demais ações de saúde, descentralizando-as para os centros de saúde; capacitar recursos humanos para atuar em vigilância da saúde do trabalhador; promover a integração interinstitucional para as ações de vigilância (epidemiológica e sanitária) e ampliar, integrar e otimizar a utilização dos recursos existentes (SANTOS *et al.*, 1993).

Com a incorporação das atribuições em saúde do trabalhador pelo SUS, a Vigilância à Saúde ganha estatuto legal, o que deveria garantir a interferência nos locais de trabalho. Os depoimentos abaixo resgatam um pouco essa trajetória.

---

<sup>75</sup> A constatação da debilidade dos serviços como um fator que contribui para a sub-notificação de infortúnios, vai ao encontro do que dizem MACHADO & GOMEZ (1995) sobre as razões do sub-registro.

*.../ De fato, isso só foi regulamentado com a Municipalização da Vigilância, por volta de 1992, então a Saúde do Trabalhador já tinha um instrumento jurídico para os locais de trabalho e começou aí. Em 1991 ela já estava indo, mas só enquanto nexos de acidentes, ela não fazia ações de vigilância em si, fazia uma atividade, que era nexos. Fazia uma ou outra visita, a título de dar assessoria ao sindicato, ou para alguma instituição que solicitasse (Marco A.G. Pérez - coordenador do PST/nível central).*

*No Fórum, discutia-se muito a questão da descentralização das ações como um todo. Mas era mais premente, naquela época, a descentralização do acidente de trabalho. Como o Fórum foi em 1993 havia um problema ainda de reconhecimento de legitimidade do SUS para avaliar ambientes de trabalho. Então, isso passava antes por descentralizar as ações de Vigilância, passava por um relacionamento interinstitucional melhor, isto é, a DRT e o INSS reconhecerem o papel do SUS nessa área, de intervenção em ambientes de trabalho. Até hoje o Ministério do Trabalho não reconhece ainda, da mesma forma que o SUS reconhece. Mas na época tinha esse problema e tinha o problema da instrumentação legal. Estava acabando de ser montada a legislação municipal para poder ter instrumento jurídico para entrar em ambientes de trabalho (Miriam P. Silvestre - médica do CRST).*

A temática da legitimação do CRST para vigiar os locais de trabalho, foi discutida no terceiro capítulo, quando foram caracterizadas as relações interinstitucionais. Vimos ali, que a delegação da autoridade ao serviço com esse fim (através de legislação municipal de 1995), não se verificou.

Em respeito à tarefa à qual nos propusemos, selecionamos dois documentos para verificar o que ocorreu a partir das recomendações do *Fórum*. No primeiro, *Diagnóstico do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador para o Planejamento*, de 1994, percebe-se a permanência de pontos de estrangulamento, como a “não nomeação das autoridades sanitárias, prejudicando o poder fiscalizatório e a finalização das ações”, além

da relutância de integração da vigilância sanitária com a vigilância epidemiológica. A outra crítica apontada no texto refere-se ao tolhimento das ações de vigilância epidemiológica, pela precariedade dos recursos materiais disponíveis<sup>76</sup> (SILVA, 1994).

Em relação ao segundo, *Planejamento de 1995*, é diagnosticado o “baixo impacto nas vistorias em ambientes de trabalho e nas investigações de acidentes de trabalho graves e fatais”. Observa-se aí que, na listagem das causas desse problema, constam questões básicas referentes à infra-estrutura, como deficiência de transporte e de equipamentos, o que vem sendo denunciado por documentos anteriores (CAMPINAS, 1995: 01).

Ainda nesse documento, é mencionada a “falta de clareza das diretrizes em vigilância por parte do nível central”, responsabilidade que se atribui, parcialmente, à “não realização do Seminário Municipal de Vigilância para definição de diretrizes”, revelando o não cumprimento, pelo Conselho Municipal de Saúde, das propostas da 3ª Conferência Municipal de Saúde, e a urgência de materialização do Colegiado de Vigilância. Descreve-se também a pouca integração com outras instituições, o que exige a consolidação da Comissão Interinstitucional em Saúde do Trabalhador, proposta pelo *Fórum*, em 1993 (CAMPINAS, 1995:03-04).

O teor da documentação a respeito da Vigilância, expressa que a problemática das condições de trabalho é vista como ponto chave da intervenção em saúde do trabalhador. Em relação ao alcance das ações, foi registrado o seu reduzido impacto, devido às adversidades estruturais, como a escassez de recursos, que vai desde a ausência de viaturas para as visitas aos locais de trabalho, até a carência de um corpo técnico

---

<sup>76</sup> Em 1991, a vigilância epidemiológica implantou um banco de dados sobre doenças ocupacionais e acidentes de trabalho: SIAMED - Sistema de Informações do Ambulatório Médico, e SISCAT - Sistema de Informações das Comunicações de Acidentes de Trabalho.

qualificado. Vejamos de que modo as narrativas podem contribuir para aprofundar o balanço dos documentos. No que tange à organização dessa área, temos:

*Na área de vigilância, nesse momento, a gente está com dois engenheiros muito bons e, na verdade, isso varia muito de acordo com o indivíduo. Se o profissional que está é interessado sai, se não estiver interessado não sai, mesmo que você tenha um belíssimo projeto. O problema é que eles batem, quando precisam da ajuda da área da saúde, e nem nós, nem a terapeuta ocupacional e nem a enfermagem podem ajudar, porque ficamos atolados na assistência. Então, apesar de termos excelentes equipamentos do Projeto Brasil/Itália, termos bons profissionais da vigilância, ou eles resolvem sozinhos ou a gente atola e não consegue fazer (Vera L. Salerno - médica do CRST).*

Tal discurso nos induz, mais uma vez, a refletir sobre os limites do serviço, que se conforma na dependência do empenho pessoal, de acordo com o já dito. Outro aspecto ressaltado é a grande solicitação por assistência médica, à qual se encontra subordinado, relegando as demais frentes.

Indagados sobre o impacto das ações na redução da morbimortalidade no trabalho, os atores responderam:

*/.../ O que conseguimos ver é que houve um aumento significativo das ações do SUS em ambientes de trabalho. O ano passado (1997), por exemplo, só o CRST fez mais de cem visitas. Em 1987/88, você contava nos dedos as visitas feitas ao longo de um ano. Hoje não, hoje só o CRST fez cem, mais os regionais, que fizeram várias. Então, houve um aumento significativo.*

*Agora é difícil falar de cobertura, porque Campinas tem mais de 40.000 empresas oficialmente cadastradas, com CGC. Então, em termos de cobertura mesmo, é insignificante, mas a gente vê que existe um aumento. Como é muito grande o número de empresas em Campinas, /.../ tem que haver uma priorização sobre o que*

*fazer, para haver um impacto maior /.../. Então, no final, a gente acaba priorizando algumas ações e têm ações de vigilância, que são feitas em conjunto com o Ministério do Trabalho, o Ministério Público e a DRT, no atacado. Você vê que a cobertura, senão de visitas, mas de atuação, é de 100% das construtoras. Agora se nós vamos pegar o setor terciário da economia, serviços, comércio /.../ a cobertura é mínima, diante do setor em Campinas (Marco A.G. Pérez - coordenador do PST/nível central).*

*Durante o ano de 1997, foram feitas 124 ações de vigilância, sendo que a gente conta com um engenheiro e um técnico de segurança, dá mais ou menos uma ação de vigilância a cada dois dias, é uma coisa significativa /.../, isso numa situação em que os médicos estão dentro do consultório tocando a demanda, trabalhando basicamente em função da assistência (Adilson R. Campos - médico do CRST).*

As respostas indicam que é difícil mensurar a interferência do CRST na redução de patologias ligadas ao trabalho. O registro de mais de cem ações de vigilância em 1997, tomado em relação à restrita capacidade instalada do serviço (incluindo a ditadura da assistência), sugere um avanço nessa área. Se considerarmos ainda a organização da vigilância a partir da eleição de ramos de atividades, como a construção civil, por exemplo, é possível visualizar resultados positivos da ação naquele setor específico. A inexistência de indicadores dá lugar a avaliações de tipo qualitativo. São, assim, descritas melhorias na qualidade da assistência, com uma maior capacitação dos técnicos para o diagnóstico das doenças relacionadas ao trabalho. O mesmo ocorre com a vigilância. A intervenção em ambientes insalubres também não conta com instrumentos específicos, com parâmetros avaliativos. Predominam, em termos de dados, os estudos qualitativos, uma vez que o trabalho é realizado por projetos, por setores<sup>77</sup>.

---

<sup>77</sup> A organização do trabalho priorizando determinados riscos, segue orientação técnica do projeto de cooperação Brasil/Itália.

*Quando a gente quer priorizar um ramo de atividade, a gente tenta cobrir, senão 100% daquele ramo de atividade, pelo menos quase tudo. Quando nós priorizamos um risco, vamos supor o ruído, tentamos cobrir os ambientes de trabalho no município que têm maior problema de ruído. A cobertura se dá dessa forma, muito pelo que tentamos priorizar. /.../ Têm alguns ramos de atividade que a gente cobre, nós estamos com um projeto que priorizou o ramo de olarias e cerâmicas do município, em que a gente chama a totalidade das empresas para discutir as questões do trabalho. Então a cobertura é de 100%. (Marco A.G. Pérez - coordenador do PST/nível central).*

Esse trabalho, organizado a partir de projetos, pode ser desencadeado por denúncia sindical, ou como derivação dos convênios Brasil/Itália e com o Ministério Público, de acordo com os exemplos abaixo.

*Começamos a trabalhar em alguns projetos, mas dentro do projeto de cooperação Brasil/Itália aí tem um projeto de intoxicação por chumbo, têm projetos de solvente e um de ruídos, que estão sendo tocados pelos vários técnicos neste meio tempo: atendendo a demanda, fazendo a vigilância e também tocando esses projetos. Tem uma outra demanda do Ministério Público com relação às cerâmicas, que também está sendo tocada aqui nesse serviço e tem uma outra, bem atual, com trabalhadores do Serviço Público, riscos ocupacionais em áreas do serviço público. Então existe esse trabalho por projetos, alguns relacionados ao projeto Brasil/Itália e outros por demanda do Ministério Público (Adilson R. Campos - médico do CRST).*

Parece não haver um mapeamento de toda a região, bem como instrumentos de medição. O próprio trabalho da vigilância, revelam os documentos, é desencadeado por denúncias de sindicatos ou pela identificação que o atendimento individual possibilita,

quando se faz um rastreamento das condições que geraram o adoecimento do trabalhador. Assim sendo, o serviço responde àquilo que chega ao seu conhecimento, o que depende do acesso dos trabalhadores ao Centro de Referência e da capacidade de organização dos sindicatos para fazer as denúncias. Obviamente, dessa forma, não se consegue abranger a totalidade do quadro sobre qual se precisa atuar.

Essa insuficiência reproduz a mesma lógica de denúncia do Ministério Público. Também parece não romper radicalmente com a dinâmica do Ministério do Trabalho que, na visão de OLIVEIRA (1994), realiza inspeções *a posteriori*, somente após a consumação de um agravo à saúde. Estamos, com essa reflexão, querendo alertar para a provável não observância de uma determinação precípua do serviço: a prevenção do infortúnio no trabalho.

Repetindo, é então com base em indicadores qualitativos que se pode conhecer um pouco, segundo os depoentes, o alcance das ações do CRST na esfera da morbimortalidade no trabalho. A construção civil é um dos setores em que se observa evolução favorável do quadro de mortalidade, por ser “/.../ o ramo de atividades que tem o maior número de mortes e, evidentemente, tem que ter uma certa prioridade /.../” (Marco A.G. Pérez - coordenador do PST/nível central).

*/.../ A gente vê que a mortalidade por acidente de trabalho na construção civil nos últimos dez anos caiu a praticamente à metade. Qual o impacto da Saúde do Trabalhador nisto? /.../ qual o peso que as ações tiveram? Foi grande, sem dúvida, porque, a gente vem trabalhando com os sindicatos há dez anos na construção civil, para o sindicato levantar essa área e os sindicatos têm dado respostas e vice-versa. Os sindicatos também puxam da gente ações em construção civil. Então os sindicatos estão sempre em cima e chamam também a DRT, junto conosco. O Ministério Público tem feito o trabalho intenso em cima da construção civil. Hoje, se você olhar*

*do lado de fora de um prédio em construção em Campinas, notará a diferença em relação há oito anos /.../ tem bandejas, telas de proteção. Os técnicos do CRST se qualificaram para avaliar roldanas e elevadores em construção civil. Nós autuamos, estamos fazendo uma ação conjunta com o Ministério do Trabalho, com os sindicatos e com o Ministério Público. Baixou, de fato baixou. Agora, é difícil dizer o quanto foi, pois tudo vem de vários fatores, mas baixou a mortalidade, então algum impacto teve (Vera L. Salerno - médica do CRST).*

As opiniões sobre o avanço da vigilância levam em conta as limitações ainda não transplantadas.

*A gente conseguiu dar esse salto de qualidade na vigilância mas não tem um padrão de mensuração. Isto é opinião da gente, agora melhorou, a gente está fazendo intervenção. A gente está achando que o que chega aqui não é problema tão grave, tão basal. O que chega aqui já é um caso um pouco menos horrível do que o que chegava antes, no sentido de gravidade mesmo (Vera L. Salerno - médica do CRST).*

*/.../ Embora eu ache que teve uma intervenção significativa, mas não conseguiu frear as doenças do trabalho, e acho que em relação aos acidentes propriamente do trabalho, não estou falando de acidentes de trajeto, teve uma contribuição, não sei medir hoje quantos por cento, mas teve uma contribuição significativa (Darci P. de Oliveira - coordenador da Comissão Intersindical do CRST).*

Outro indicativo do papel do CRST, é o caso da atenção às lesões por esforços repetitivos, quando se atribui o crescimento da incidência dessa síndrome ao incremento dos registros.

*As ações que a gente tem feito, na minha opinião, têm ajudado a aumentar o registro de LER /.../ mais pessoas estão procurando para tratar e registrar a LER, depois que a gente começou a levantar a LER, o número de casos aumentou muito.*

*Foi só a gente? É claro que não, mas teve um peso significativo, sem dúvida! Nós discutimos a questão da LER com vários setores, com o empresariado, com trabalhadores, técnicos de saúde, as pessoas estão mais ligadas e estão aparecendo mais casos (Marco A.G. Pérez - coordenador do PST/nível central).*

*A gente andou atolada nos acidentes, depois melhorou e teve essa fase boa e agora a gente está atolada em LER. Se você for procurar isso em diagnóstico, vai encontrar o aumento de alguns diagnósticos e a diminuição de outros. Mas que efeito isto está tendo, não sei. Acho que o melhor lugar de ver é prontuário de empresa, mas é restrito: você vai ver por empresa, não vai ver por região, nem por bairro, nem por nada (Vera L. Salerno - médica do CRST).*

O aumento dos registros de doenças relacionadas ao trabalho, é tido como uma conquista dos Programas de Saúde do Trabalhador, o que ajudou a tornar pública a parcialidade das estatísticas previdenciárias, sabidamente subestimadas. A literatura (DIAS, 1994; LACAZ, 1996; MACHADO, 1997, entre outros) mostrou que foi, assim, descortinado um quadro extremamente grave de doenças cujo desencadeamento localiza-se na organização do processo de trabalho. É inquestionável a contribuição dada pelo CRST-Campinas para trazer à tona a grande incidência de casos de LER, por exemplo. As duas passagens seguintes ressaltam esse papel do serviço.

*A primeira coisa importante, o Centro de Referência começa a fazer um outro diagnóstico, apesar da pouca infra-estrutura, começa a desmascarar essa farsa. Começa a perceber que as doenças naquele momento estavam acontecendo, em grande quantidade, dentro dos locais de trabalho e que essas doenças estavam sendo mascaradas pelas empresas. Era a surdez induzida pelo ruído, depois vinham as lombalgias, em terceiro lugar as doenças por intoxicações químicas e outras doenças. Isso a partir de 1987 até a década 90, essas doenças prevaleciam nesse patamar. O Serviço de Engenharia e Segurança do Trabalho obscurecia estes dados,*

*engavetava esses dados e não notificava no INSS, então não tinha doença do trabalho e isso não era diferente no resto do Brasil (Darci P. de Oliveira - coordenador da Comissão Intersindical do CRST).*

*Se você analisa a experiência dos lugares onde tiveram PST, eles conseguiram desenterrar quase que uma epidemia de doenças ocupacionais, que a gente sabia que existia mas que ninguém notificava. Quando começamos o Programa aqui em Campinas, fizemos um levantamento no INAMPS e, para essa região toda, existiam quatro (04) diagnósticos de doenças ocupacionais e em um mês de funcionamento do Programa, fizemos em torno de cento e cinquenta (150) diagnósticos de doenças ocupacionais. Então começou a vir à tona e se tornar público todo esse modelo de usura da força de trabalho aqui implantando pelo modelo de industrialização do país. Enfim, essa questão da saúde do trabalhador começou a sair das fábricas, do sítio em que estava dentro da fábrica, e passou a ter impacto no meios de comunicação. Eu acho que os Programas tiveram um pouco esse papel, deram publicidade, deram uma visibilidade a essa questão. Acho que isso é um avanço fundamental (J.C. Cacau Lopes - primeiro coordenador do Programa).*

Ao revelar uma epidemia de doenças do trabalho, ocultada pelos dados oficiais, o serviço põe em xeque os artifícios de burla dos quais lança mão o patronato para a reprodução da superexploração da força de trabalho, questionando a institucionalidade vigente.

Voltando aos indicadores qualitativos de avaliação, são referidos o retorno dado pelos sindicatos, ou seja, a alusão à qualidade da atenção, e também a adesão ao tratamento pelos pacientes.

*Em termos de intervenção em ambientes de trabalho, os sindicatos continuam pedindo para a gente, a rede continua mandando, por isso acho que este serviço é um serviço que está dando respostas. Outra coisa que devolve para nós, em termos de*

*resposta qualitativa, é o retorno que os pacientes dão. Temos uma adesão ao tratamento que é absurda, as pessoas vêm e ficam, coisa que não se observa em outros serviços, pacientes crônicos de outros serviços não são assim. /.../ A avaliação que eles nos dão, verbalmente, é que a gente responde um monte de coisas que em outros serviços eles não conseguiram, que são a melhora de sintomas, uma compreensão maior, uma discussão que eles não tiveram (Miriam P. Silvestre - médica do CRST).*

Em síntese, os entrevistados argumentam que houve ganhos na esfera da vigilância, exemplificando com dados de mais de cem ações durante o ano de 1997; ou ainda com a política de eleição de certos ramos de atividades, em que se alcançou uma cobertura de quase 100%. Mas, mesmo cobrindo a quase totalidade do setor selecionado, julgamos pertinente manter a pergunta: e o restante, quem cobre?

Isto nos leva a questionar em que medida a política de saúde do trabalhador consegue atender as demandas específicas da área. O Centro de Referência em Saúde do Trabalhador existe há mais de dez anos. Pelos depoimentos, a sua existência repercutiu na modificação do cenário de saúde e doença dos trabalhadores. Entretanto, julgamos limitados os dados presentes para uma avaliação mais aprofundada. A complexa malha de fatores intervenientes nesse quadro, ao que parece, praticamente inviabiliza a resposta. O exame dos documentos também não permitiu que se indicasse isto. Apesar do CRST possuir um banco de dados (SISCAT e SIAMED), ele não é suficiente para desenhar o quadro de morbimortalidade relacionada ao trabalho, porque

*/.../ a gente só vê os pacientes que chegaram até aqui. E os que estão fora daqui? Tem muita gente fora daqui. A nossa demanda espontânea aumentou muito com essa história da LER. A gente tinha uma demanda principalmente sindical, agora não. Há uma demanda predominantemente espontânea, mas mesmo assim tem um monte de*

*caso de morbidade, de gente doente por aí que nem sabe que esse serviço existe; que nem sabe que o que está tendo é do trabalho. Teria que ter um registro nas unidades e isso não tem (Vera L. Salerno - médica do CRST).*

O depoimento acima é sinalizador das falhas no sistema de informações, o que ultrapassa em muito a questão específica da saúde do trabalhador e que se configura num limite significativo do trabalho na saúde, o sub-registro de dados de morbimortalidade, como já vimos. A consequência desse interdito ao conhecimento da totalidade, é a não realização de um planejamento capaz de responder às demandas.

Nessa direção, atribui-se a dificuldade de medir o impacto das ações do CRST, à ausência de dados confiáveis, de um modo geral.

*Não há registro de morbimortalidade que seja confiável. Não temos sequer o numerador direito, muito menos o denominador, não sei que tamanho que é, nem em que ramo da indústria está, as pessoas 'passeiam', não sei se estão na indústria, no serviço etc. E isso aí precisaria ser construído para trabalharmos com esses dados. /.../ Não temos nenhum indicador preciso para dizer quantos acidentes de trabalho, por cem ou por mil, ocorreram na população. O que conseguimos contar hoje é o número de CAT, /.../ qual é a população trabalhadora do município? Enquanto não tentarmos construir um indicador numérico, ficaremos patinando com essa nossa realidade. /.../ Você tem que estar numa sociedade estável e que registre os seus eventos (Miriam P. Silvestre - médica do CRST).*

*/.../ A mortalidade geral por acidente de trabalho, a gente não consegue quantificar em Campinas, porque o que a gente tem é o número de CATs com morte; nem de longe isso representa mortalidade, porque CAT é economia formal e nem toda morte na economia formal abre CAT. A gente sabe que hoje é crescente o número da economia informal. Então, a gente tem o número de CAT e também existe o sub-registro. /.../ A mortalidade geral para pegar acidentes de trabalho é difícil,*

*porque as pessoas não preenchem o campo 'acidente de trabalho' no atestado de óbito. A qualidade do instrumento atestado de óbito, para acidente de trabalho, ainda é muito ruim. Isto até é um trabalho da nossa parte, que deveria ser feito, para melhorar o registro de óbitos no tocante a acidentes de trabalho (Marco A.G. Pérez - coordenador do PST/nível central).*

O outro agravante enumerado, é o fato de o Centro de Referência atender predominantemente trabalhadores do mercado formal, que se encontra cada vez mais minguado. Os instrumentos oficiais de mensuração, no caso da Comunicação de Acidentes de Trabalho, são voltados ao setor formal da economia, o que já subestima sobremaneira a realidade. As rápidas mudanças ocorridas no mundo do trabalho nos últimos anos, tornam ainda mais complexo o estabelecimento de padrões para a análise. Nesse caso, o acelerado crescimento do mercado informal exclui do denominador parte significativa da população trabalhadora.

As mutações no mercado, iniciadas na década de 80 e acentuadas nos anos 90, levam a um deslocamento da capacidade de absorção de mão-de-obra do setor secundário da economia para o terciário, que irá, por seu turno, expandir as ocupações no segmento não-organizado do mercado de trabalho. Segundo POCHMANN (1999:76), as ocupações do segmento organizado sofreram drástica redução, em favor daquelas do segmento não-organizado, sendo que “/.../ para cada dez postos de trabalho criados entre 1989 e 1995, 11 foram de responsabilidade do segmento não-organizado e -1 do segmento organizado.” A crescente presença do setor terciário na geração de empregos é confirmada na constatação do autor de que, em 1995, o mesmo já representava 74% da PEA (população economicamente ativa) urbana ocupada.

*Hoje a questão do perfil de morbimortalidade está mudando, muito mais em função da própria reestruturação industrial, da incorporação de novas tecnologias e mais, hoje nós temos uma situação muito pior, do ponto de vista de ter esse diagnóstico, pois nós temos quase 60% da força de trabalho fora do mercado formal, esse pessoal está fora de qualquer estatística, e hoje quase a metade da força de trabalho, em qualquer processo produtivo, é terceirizada, itinerante, o que é muito mais difícil de estabelecer um nexo. Antigamente as pessoas ficavam até dez anos na mesma indústria. Então, do ponto de vista epidemiológico, essa nova realidade, que desterritorializa a produção, cria dificuldades tremendas para qualquer tipo de vigilância epidemiológica ou sanitária, dentro daqueles padrões que a gente organizava, por causa dessa precarização dos contratos, por causa dessa terceirização, por causa dessa pulverização da produção, dessa itinerância da força de trabalho (J.C. Cacao Lopes - primeiro coordenador do Programa).*

*/.../ Há alguns bancos de dados do Ministério do Trabalho, mas que não contemplam o mercado informal. Então vamos trabalhar só com o mercado formal, o que já seria um grande desvio, pois sabemos que o informal está crescendo por conta da questão do desemprego. As pessoas estão fazendo 'bico' e mesmo se a gente trabalhasse com o mercado formal, não temos um registro. Há uma rotatividade muito grande, o que torna difícil acompanharmos a vida de um trabalhador (Miriam P. Silvestre - médica do CRST).*

*Nós estamos trabalhando num período de tempo historicamente muito curto, do final de 1986 prá cá, em doze anos mudou muita coisa, entre outras coisas a principal categoria profissional da cidade de Campinas, que eram os metalúrgicos, viu-se reduzida à metade. /.../ Nesses doze anos saímos de uma doença como perda auditiva induzida pelo ruído e entramos em uma doença de lesão por esforço repetitivo, em um espaço muito curto de tempo (Adilson R. Campos - médico do CRST).*

Os depoimentos sintetizam o conjunto de coibições para a realização de uma cobertura adequada dos locais de trabalho. Temos então, para além da precariedade de

recursos do CRST, todos os efeitos negativos da precarização do trabalho, como a grande rotatividade de mão-de-obra, o trabalho temporário e parcial, as mudanças nos processos de trabalho e a alteração no perfil de doenças daí decorrente.

A terceirização compõe esse universo. Artificio do capital para contenção de custos com a força de trabalho, consiste na contratação de serviços de terceiros, o que reduz a necessidade de mão-de-obra da empresa contratante, levando a um enxugamento do seu quadro de pessoal. Relaciona-se com a subcontratação e o trabalho em domicílio, exercido de maneira informal, reduzindo também os custos com benefícios sociais. Tudo isto desqualifica o trabalho, rebaixa os salários e enfraquece a ação sindical (RAMALHO, 1997). A terceirização não somente dificulta o acesso dos trabalhadores aos serviços de saúde, mas interfere diretamente na ação da vigilância, pela mobilidade da força de trabalho. O capital vai também terceirizar os riscos, deslocando dos países centrais para a periferia, as plantas das empresas e os processos de trabalho mais danosos, valendo-se da “/.../ flexibilidade das leis trabalhistas e ambientais locais” (MELO *et al.*, 1998:205).

Não obstante os empecilhos listados, os depoimentos convergem na direção de mostrar a importância e sobretudo a sobrevivência do trabalho na área de vigilância no Centro de Referência em Saúde do Trabalhador de Campinas.

*Apesar da assistência, a vigilância se mantém; apesar da assistência, as nossas ações no grupo interinstitucional de LER foram fundamentais; apesar da assistência, deu para continuar o trabalho com chumbo, procurando, garimpando, via lista telefônica, via CGC, procuramos onde tinha recuperação de bateria na cidade para fazer um projeto com relação ao chumbo; apesar da assistência, foi tocado um trabalho de ruído em gráfica, com solvente de risco respiratório numa indústria química. Isso tudo mostra que a vigilância sobreviveu (Adilson R. Campos - médico do CRST).*

A distância entre a intenção declarada no *Fórum* e a objetivação da vigilância, como base da ação em saúde do trabalhador, é perpassada, de acordo com o já demonstrado, pela ditadura da assistência. Entretanto, é preciso lembrar que todas as manobras do serviço para contornar a situação esbarram na precariedade de infra-estrutura, para além dos impasses na articulação interinstitucional. A falta de condições básicas, ou seja, de recursos financeiros, equipamentos e de técnicos, parece dá o tom da atividade de vigilância. A persistência na afirmação do trabalho, exposta pelos discursos, revela, no nosso entendimento, a luta contínua para a realização de ações, o que se deve muito menos ao aparato institucional do que ao mérito das pessoas comprometidas.

O empenho investigativo nos autoriza a pensar, ainda, a respeito da frágil capacidade de afirmação do Centro de Referência como um todo, obstaculizando o desenvolvimento da vigilância nos locais de trabalho. Pelos problemas já expostos, pode-se duvidar da eficácia dos recursos internos de intervenção, o que não se daria somente pela questão jurídica, mas também pela carência técnica. Desse ponto de vista, as três áreas em que o CRST se divide - Assistência, Vigilância e Educação - não têm o mesmo valor. Com a premência de uma demanda que cobra assistência e uma alocação insignificante de recursos para a vigilância, a qualificação nesse setor fica comprometida, assim como a abrangência da ação preventiva.

Há outro elemento a ser considerado: aonde estão os trabalhadores para pressionar uma alteração da realidade? Como já pudemos observar, vitimados pela crise do capital, crescentemente desempregados e adoecidos. Tornaremos a esse ponto mais adiante, ao analisar a co-gestão sindical.

#### IV.1.c. EDUCAÇÃO E PESQUISA

Passemos ao exame da terceira frente de atuação do CRST/Campinas, a área de Educação e Pesquisa. Com base nos registros existentes, que são escassos, essa área se apresenta como a mais incipiente. De igual modo, das entrevistas pouca coisa pôde ser transcrita, o que reforça a nossa impressão.

Há um relatório descritivo das atividades desenvolvidas, em 1992, pelo *Núcleo de Educação e Pesquisa* em que constam grupos de sala de espera, grupos de demitidos, palestras, visitas aos sindicatos e outros eventos com trabalhadores, como assessoria às CIPAs e cursos para sindicalistas, destacando-se o seminário *Ação Sindical em Acidentes no Trabalho*, com a participação de sindicalistas da região. São relatadas a participação em projeto de capacitação de profissionais da rede municipal de saúde, a capacitação do próprio corpo técnico do serviço, por meio de seminários e cursos, além da participação em Congressos, divulgando o trabalho do então PST. O mesmo documento menciona sete projetos de pesquisa em andamento, além da organização do arquivo Memória do Programa de Saúde do Trabalhador de Campinas, que tem subsidiado a presente pesquisa (CAMPINAS, 1992d).

Numa linha mais analítica, foi encontrado o texto *Recuperação da História da área de educação do Programa de Saúde do Trabalhador de Campinas, através da avaliação de arquivos, documentos e atas de reuniões - versão 1*, produzido em junho de 1993, como contribuição para o diagnóstico preparatório do *Fórum*. Diz o documento que o debate sobre a área se fez presente desde a criação do Ambulatório de Saúde do Trabalhador, em 1987, manifesto na necessidade de capacitação dos profissionais, assim

como de munir os trabalhadores de conhecimentos que os auxiliem na modificação da insalubridade do trabalho (SILVESTRE, 1993).

A formação de uma área específica de Educação no Programa de Saúde do Trabalhador, de acordo com o mesmo escrito, resulta de deliberação de reunião ocorrida em 1989 entre a Equipe Técnica do Programa, a Comissão Sindical e a Secretaria Municipal de Saúde. Nesse evento, foi selecionada uma comissão, tendo sido propostos os seguintes objetivos:

- *Contribuir na conscientização do trabalhador, repassando e demonstrando a relação existente entre condições de trabalho e saúde, visando a transformação daquelas condições.*
- *Capacitar trabalhadores da saúde e agentes sindicais para diagnosticar e intervir nos problemas ocupacionais, riscos físicos, processo de produção, químicos e acidentes de trabalho.* (SILVESTRE, 1993:02-03).

A autora alega não haver registro do desenvolvimento dessas propostas no PST, escrevendo ainda que a ausência de recursos levou à interrupção temporária do trabalho. Na retomada das atividades, citando um seminário interno de avaliação ocorrido em 1990, notifica requerimentos sindicais de pesquisas, de elaboração de material educativo e do repasse de informações técnicas.

Em exame dos relatórios de avaliação do PST de 1991 e 1992, o documento identifica uma “tendência à confusão de papéis à medida em que são atribuídas à área de Educação, atividades relacionadas à articulação política do Programa /.../”. Apesar disto, ressalta que “/.../ uma maior preocupação com o assessoramento sindical mais direto /.../” foi demonstrada na avaliação de 1992 (SILVESTRE, 1993:05).

A função do setor de educação e pesquisa vincula-se à busca de proporcionar “maior consciência sanitária entre os trabalhadores”, e de otimizar /.../ mecanismos de controle e combate à nocividade do trabalho.” (SANTOS, 1993:35).

O diagnóstico preparatório do *Fórum* de 1993, aponta que as atividades educativas e de pesquisa foram relegadas, devido à ausência de “diretrizes articuladas com as demais ações do Programa”, ocasionando a interrupção de projetos. Padecem, em última instância, da “negligência institucional com os recursos necessários à sua execução” (SANTOS *et al.*, 1993:34).

Das diretrizes estabelecidas pelo *Fórum*, atentamos para:

- a) *A criação de grupos de trabalho interinstitucionais que subsidiem a consolidação da área.*
- b) *Intercâmbio sistemático entre o Programa e os órgãos formadores de recursos humanos.*
- c) *A eleição de prioridades em conjunto com os atores da área.*
- d) *A articulação das pesquisas com as ações de assistência e vigilância.*
- e) *A busca de apoio dos órgãos públicos.* (SANTOS *et al.*, 1993:35).

Não foi encontrado nenhum material posterior que desse conta de verificar em que medida evoluiu a área de Educação e Pesquisa, após o *Fórum*.

Em que pese o reconhecimento do papel da Educação em saúde do trabalhador, os registros orais assinalam uma série de limites do trabalho, determinados pela ausência de investimentos no CRST. As duas falas abaixo, por exemplo, reclamam da inexistência de profissionais com perfil para atuar na área.

*Sobre educação eu acho fundamental, no entanto acho que está tendo pouco investimento nesta área, por várias questões. Já comentei que não estamos dando conta da assistência e nem da vigilância e a educação acaba ficando pra trás. Já teve projetos específicos para a área de educação aqui dentro do serviço, desde fazer projetos de sala de espera, com vídeos, fazer palestras, já teve a participação de sindicatos no Programa e ações pontuais em escolas, empresas. No entanto acho que carece de investimentos na área. A área da educação é muito problemática para atuar, não consegue ter profissional com perfil de fazer isso. Os profissionais daqui são médicos e agora nós temos uma equipe um pouco melhor, no sentido de ser interdisciplinar; quero dizer, tem terapeuta ocupacional, tem psicólogo, que se preocupam um pouco com isso, mas que não têm tempo de pensar nisso. Depende muito do perfil individual da pessoa. Se ela não tem interesse, ela não vai pensar nisso, de modo que a educação é uma área que a gente acha importante, mas praticamente não atua, têm poucas coisas para te falar (Vera L. Salerno - médica do CRST).*

*Nunca tivemos uma pessoa que, de fato, nos ajudou a clarear o que seria essa educação. É sempre uma reivindicação do sindicato e percebemos que o que eles querem quando falam de educação é “por favor, digam para as nossas bases aquilo que nós deveríamos dizer, o que eles deveriam saber e que nós não sabemos dizer (Miriam P. Silvestre - médica do CRST).*

Avanços pontuais foram obtidos na capacitação de recursos humanos, para o que contribuiu a relação com as universidades, desenvolvendo pesquisas, discussões técnicas e ações conjuntas<sup>78</sup>.

<sup>78</sup> A produção de investigações operacionais pelos técnicos do serviço, tem sido divulgada em encontros nacionais. Em anexo, encontra-se a relação de trabalhos apresentados em congressos, pela equipe do CRST-Campinas, nos dois últimos anos, e das dissertações/teses defendidas a partir da atividade ali desenvolvida.

*.../ Na questão da Educação em Saúde houve avanços que foram pontuais, de projetos ligados à universidade e o Programa de Saúde do Trabalhador. Mas não está bem consolidada esta questão, de como realizar ações de Saúde e Educação do trabalhador .../. Em ligação com a FUNDACENTRO, tentou-se capacitar a Perícia Médica, mas não se avançou da forma desejada. Então ainda continua restrita à pesquisa da universidade com o Programa, algumas ações conjuntas entre o Programa e a universidade, mas pouca coisa.*

*.../ Em termos de publicar material sobre saúde no trabalho, em termos de discutir com a comunidade questões relacionadas com o trabalho, isso avançou muito pouco. .../ Foram feitas algumas ações com sindicatos, Conselhos Locais de Saúde, mas, na minha opinião, foi muito pouco, essa foi a área que menos avançou. As outras avançaram bastante desde o Fórum de 1993 e como essa avançou pouco, precisaria ser repensada (Marco A.G. Pérez - coordenador do PST/nível central).*

Merece destaque a referência à contribuição que o CRST/Campinas tem dado às universidades, ao oferecer campo de estágio para graduandos e residentes.

*Sobre a educação, o que a gente fez, e continua fazendo mais, é investir em formação de recursos humanos na área de saúde. O que temos mais estruturado são a formação e a capacitação para a área de saúde e aí tem capacitação da rede. Somos área de estágio para a Terapia Ocupacional da PUCC, para interno da UNICAMP, residente de Botucatu, nisso acho que temos conseguido, ainda que de uma forma meio capenga, oferecer alguma coisa. As pessoas que passam aqui têm uma avaliação legal, acham que aprendem, que aproveitam coisas que em outro lugar não tinham aprendido (Miriam P. Silvestre - médica do CRST).*

*Agora tem a Vera<sup>79</sup>, que é docente da UNICAMP, que trás os alunos, residentes, internos, para passar aqui com a gente, o que eu acho legal, é fundamental para nosso serviço .../ (Adilson R. Campos - médico do CRST).*

---

<sup>79</sup> Vera Lúcia Salerno, do CRST, atua também como médica assistencial na UNICAMP.

No resgate das origens dessa área, temos duas falas que demarcam uma atuação relevante no início da história do Programa. Lembrem que, a partir de 1988, alguns sindicatos passam a editar boletins específicos sobre o tema saúde e ambiente de trabalho, e ainda que o próprio serviço chegou a publicar um boletim, que não teve continuidade.

*No começo do Programa havia uma grande preocupação com isso, chegou até a ter um jornalzinho, que deve ter saído um número apenas. Tinha uma visitadora sanitária, Odila, que registrava tudo o que era ação do Programa, reunião, assembléia; e essa pessoa cuidava da educação e informação. Teve uma outra época que tinha uma outra moça aqui, a Vera, farmacêutica, que também cuidava da educação, mas não sei se tem algum trabalho efetivo nisso. Acho que se tivéssemos condições, poderíamos investir mais, com resultado. Hoje em dia a questão da informação acho que é fundamental, por isso que eu acho que é o calcanhar de Aquiles (Adilson R. Campos - médico do CRST).*

*Outro aspecto, o educativo, embora eu ache que também é uma coisa incipiente, eu vejo muitos avanços, por exemplo se você analisar os próprios boletins que os sindicatos fazem normalmente para suas categorias, você vai ver que, a partir de 1988, do PST, você começa a ver matérias muito importantes nos boletins do movimento sindical, um aumento muito grande de matérias do ponto de vista de orientação da Saúde do Trabalhador, de direitos, de denúncias de condições de trabalho, de acidente de trabalho. /.../ Acho que isso é um componente da questão educativa, a questão educativa não passa só por isso, mas, pelo menos do ponto de vista da informação, a gente pode resgatar experiências interessantes. Muitos sindicatos passaram a fazer boletins específicos da área da saúde, se você pegar, por exemplo, o Sindicato dos Petroleiros, ou mesmo o Sindicato dos Metalúrgicos, você vai ver que eles têm uma série de boletins bimensais, só relacionados à questão da área de saúde e segurança, uns até avançando mais, incorporando a questão do meio ambiente (J.C. Cacau Lopes - primeiro coordenador do Programa).*

A questão da educação, segundo os depoimentos acima, se pôs de modo mais orgânico nas origens do Programa, momento de maior presença dos trabalhadores. Parece não ter tido fôlego suficiente, diante dos impasses vivenciados pelo serviço no desenrolar de sua história, para manter uma presença mais viva.

Em resumo, e reiterando o já dito, o estudo dessas três áreas básicas de organização do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador de Campinas revela significativos entraves à realização integral daquilo que se preconizou, ou seja, a garantia da atenção à saúde do trabalhador, articulada dinamicamente com a intervenção nos processos de trabalho e amparada por ações educativas e de investigação, que contribuam para a prevenção de agravos. As razões disto foram expostas no exame documental, bem como nas entrevistas e se situam na esfera da ausência de condições materiais e político-institucionais.

A pesquisa até aqui encaminhada, converge para a reflexão sobre as contradições em que repousa essa proposta de atenção à saúde do trabalhador. Os mesmos sujeitos que apontaram os entraves institucionais, são os que afirmam avanços nessa relação. No âmbito da articulação com as outras instituições, por exemplo, não se pode negar que houve uma interessante produção, como as intervenções feitas junto a grandes empresas, por conta do convênio com o Ministério Público, e as ações de enfrentamento das LER, no grupo interinstitucional. Há ainda a particularidade da chamada co-gestão sindical que, embora transpassada pela atual crise do mundo do trabalho, de alguma maneira, deu suporte à sobrevivência da proposta. Disto falaremos a seguir. O que apreendemos, por ora, é a existência de uma espécie de movimento de resistência da equipe técnica, ou seja, as pessoas envolvidas agem por entenderem a premência em dar respostas. Sem o respaldo do poder local, conta-se com o suporte dos sindicatos e com as relações

interinstitucionais, conquistadas às custas da necessidade de sobrevivência, conforme pôde-se conferir nos depoimentos.

#### **IV.2. A CO-GESTÃO SINDICAL: ALCANCE E LIMITES**

O exame da relação com o movimento sindical buscou apreender, através dos depoimentos, como transcorreu essa trajetória iniciada em 1986, quando uma comissão formada por quatro sindicatos, estimulou o nascimento do Programa de Saúde do Trabalhador.

Ressaltam as entrevistas que o marco zero dessa caminhada, se estabelece com a convergência de dois fatos. Primeiro, uma mobilização sindical no combate às condições insalubres produzidas pelos processos de trabalho. No outro pólo, encontra-se uma permeabilidade institucional da administração municipal, que propiciou o acolhimento da demanda. Está montado o cenário em que terá lugar o Programa de Saúde do Trabalhador de Campinas. Até aí, segue-se a tendência observada em outros locais onde despontaram experiências dessa natureza. De acordo com o depoente,

*houve uma demanda sindical e uma ação institucional favorável. /.../ Os sindicatos na época tinham uma estrutura, tinham a Comissão de Saúde e ali foi feita toda a articulação política e trabalhado o espaço institucional para isso. A coordenação política disso ficava com os sindicatos e ali foi criado esse espaço e esse espaço existe, e em alguns momentos a gente pode avaliar que se ampliou, em outros momentos se manteve, mas existe até hoje (Adilson R. Campos - médico do CRST).*

Já assinalamos que há um contexto nacional propício: o ressurgimento do movimento sindical, especialmente no ABC paulista, o intenso debate na área de saúde em torno da Reforma Sanitária, aliado ao agravamento das condições de saúde em geral e dos trabalhadores em particular, tudo isto é canalizado para uma resposta - a premência de fundação de uma instância específica para a atenção à saúde do trabalhador.

Igualmente demonstramos, como resultado interessante dessa confluência em Campinas, o fato de o Programa de Saúde do Trabalhador ter rompido o velamento que encobria a elevada incidência de patologias relacionadas ao trabalho, o que o posiciona na perspectiva dos produtores diretos. Mostram as falas que, através do estabelecimento do nexos entre o trabalho e o adoecer, o então PST forneceu subsídios ao movimento sindical para as negociações coletivas.

*./.../ A partir da criação do PST, ./.../ várias categorias, principalmente aquelas mais organizadas, passaram a incluir nas cláusulas de discussão do dissídio coletivo, uma série de pautas relativas à Saúde do Trabalhador, então acho que isso também foi uma coisa importante (J.C. Cacau Lopes - primeiro coordenador do Programa).*

*Nós entendemos que tivemos evoluções importantes, como demarcar o campo de classe dos trabalhadores, para dizer que os trabalhadores estavam adoecendo. ./.../ É evidente que os sindicatos foram subsidiados, nós estabelecemos uma outra relação com o empresariado, não foi aquela relação de aceitar que as coisas estavam tudo bem, mas foi de confronto, de dizer: “olha, tem gente doente aqui, nós queremos negociar”. Se formos observar hoje, principalmente nas grandes empresas, não especificamente em metalúrgicas, mas em todas as outras atividades econômicas, houve uma mudança de filosofia também das empresas, porque na medida que elas perceberam que existe um Centro de Referência procurando qualificar o movimento sindical com uma outra intervenção, as empresas também começaram a qualificar os seus serviços, começaram a trabalhar de fato, com médicos do trabalho, trabalhar*

*com todos os profissionais, com fisioterapeutas, começaram a montar a cabine audiométrica dentro das fábricas, contratar fonoaudiólogos para trabalhar com a doença mais comum, que era a surdez. As empresas começaram, de certa maneira, mais com o objetivo de competitividade, a se preocupar com isto, para que o trabalhador não adoecesse. Começaram a tomar alguma medida de segurança, embora eu ache que foram muito restritas /.../ (Darci P. de Oliveira - coordenador da Comissão Intersindical do CRST).*

Pela análise do sindicalista, a ação conjunta do CRST com os trabalhadores, exerceu alguma forma de pressão sobre as empresas, que procuraram se equipar, ainda que restritamente, para evitar a doença ou o acidente do trabalho.

Enfatizam os depoimentos seguintes, que essa participação dos trabalhadores na fundação do CRST, resulta de demanda anteriormente criada pelos sindicatos, num movimento de repensar as velhas estruturas assistenciais que até então dominavam o tratamento das questões de saúde no trabalho.

*A história da saúde do trabalhador em Campinas coincide um pouco com a história do movimento sindical para romper com o peleguismo que estava instalado na cidade antes disso, principalmente no Sindicato dos Metalúrgicos de Campinas. /.../ Houve uma preocupação em “quebrar” uma estrutura assistencial do ponto de vista de saúde que existia no movimento sindical, particularmente naquele sindicato, e de começar a ver a saúde do trabalhador como um campo de atuação importante do movimento sindical. Essa discussão já vinha acontecendo a nível estadual e a nível nacional, já tinham alguns técnicos envolvidos com as discussões a respeito da saúde do trabalhador e a partir de 1985/1986 isso começou a ser discutido nos sindicatos da CUT da região de Campinas e decidiu-se investir politicamente para que o setor público passasse a atuar na área de saúde do trabalhador. Até então quem atuava na área de saúde do trabalhador eram empresas com seus*

*ambulatorios, fazendo o que queriam e o que não queriam!* (Adilson R. Campos - médico do CRST).

*O Sindicato dos Metalúrgicos, até 1984, estava na mão do peleguismo, a partir de 1984 entra uma nova diretoria com uma concepção política diferenciada, daquela diretoria. Em relação à saúde dos trabalhadores, o diagnóstico que nós tínhamos das fábricas era muito restrito, até porque nós estávamos entrando no sindicato. Nós tínhamos aqui no sindicato a área de Saúde, que era assistencialista, era, por exemplo, médico que dava assistência para dar atestado aos trabalhadores. O sindicato, no começo de 1986, muda essa concepção, demite todos esses médicos e contrata o primeiro companheiro, que foi o companheiro José Carlos Lopes, que já tinha desenvolvido um trabalho anterior na região de Salto, com os ceramistas, os trabalhadores da construção civil. Então começamos a vislumbrar uma outra concepção sindical, com objetivo de trabalhar nas melhorias, nas intervenções, nas condições de trabalho* (Darci P. de Oliveira - coordenador da Comissão Intersindical do CRST).

Esse é um papel reconhecido por vários autores (GAWRYSZEWSKI, 1989; OLIVEIRA, 1994, entre outros), no que se refere à inovação impressa pelos programas de saúde do trabalhador na década de 80, ao suplantarem o assistencialismo inaugurado nos anos 40, no período Vargas, com o atrelamento dos sindicatos ao estado. A pujança para tanto, é dada pela renovação sindical que ocorre em finais da década de 70, com o ressurgimento do movimento dos trabalhadores na cena política nacional.

A partir das propostas de saúde do trabalhador, eleva-se o patamar da discussão, procurando envolver diretamente tal agente na busca de melhores condições de saúde, o que ultrapassa a mera assistência médica<sup>80</sup>.

---

<sup>80</sup> Segundo REBOUÇAS *et al.* (1989), o Sindicato dos Trabalhadores nas Indústrias Químicas e Farmacêuticas do ABCD, é considerado pioneiro na luta contra o assistencialismo que predominava nos sindicatos em relação à saúde. Disto resulta a primeira experiência de implantação, pela rede pública de saúde, do Programa de Atenção à Saúde do Trabalhador Químico do ABC (discutida no segundo capítulo).

A conjunção entre a reivindicação sindical e a resposta institucional, entretanto, não foi tão pacífica quanto possa parecer. Ao contrário, o esforço para abrir espaço à saúde do trabalhador, é permeado de conflitos, de resistências. As falas dos atores, ressaltando o caráter extra-institucional do Programa, dão luz a essa tensão.

*Do ponto de vista histórico, eu acho importante deixar ressaltado que o PST não foi um projeto nascido no interior da instituição, mas foi um projeto nascido fora da instituição. Alguns sindicatos, no começo eram nove sindicatos, e alguns profissionais dentro da CUT, começaram a discutir isso e aí trouxeram essa necessidade, essa demanda, para dentro da instituição. No começo ela se espantou porque traziam essa coisa nova, o movimento sindical não abria mão de participar do gerenciamento, não abria mão de escolher quem iria coordenar, tanto é que o primeiro coordenador foi eleito pelo movimento sindical. No primeiro momento, o Secretário de Saúde não aceitou, então o movimento sindical teve que "peitar" a indicação, foi um processo muito difícil (J.C. Cacau Lopes - primeiro coordenador do Programa).*

*Acho importante ressaltar que essa política específica de melhoria das condições de trabalho, de intervenção no ambiente de trabalho, isso não é uma política do Governo Federal, nunca foi política do Governo Estadual e nunca foi política do Governo Municipal. Foram, na verdade, pessoas, tanto do movimento sindical, do movimento popular de saúde e os próprios trabalhadores, que eu diria intelectuais dessa área, que contribuíram para que a gente cavasse esse espaço (Darci P. de Oliveira - coordenador da Comissão Intersindical do CRST).*

As falas acima reforçam os argumentos quanto à demanda social que deu origem ao Programa: o motor foi acionado pelos combates dos trabalhadores, portanto, fora da instituição. Se retomarmos a leitura dos próprios entrevistados, sobre a incorporação dessa temática ao sistema local de saúde (capítulo III.4), podemos reiterar

que, enquanto prática institucional, a saúde do trabalhador se estabelece num espaço muito restrito e perpassado de tensionamentos.

A maior parte dos entrevistados arrolou problemas nos primeiros anos, que levaram à confusão de papéis entre os técnicos e os sindicalistas. Isto mostra que, para além dos conflitos com o poder local, foi preciso fazer frente às incompreensões advindas de uma nova relação entre os técnicos que assumiram o então Programa de Saúde do Trabalhador e a Comissão Sindical. É o desconhecido que entra em jogo: como efetivar um gerenciamento conjunto, o que compete a cada uma das partes?

*No começo da criação do serviço, a gente achava que era papel nosso ir ao sindicato às 5 horas da manhã, distribuir panfletos de greve. A gente achava que era para fazer isso, claro que não era! Quando a gente achou que não era, o sindicato reclamou: “como não? São vocês que têm que ir!”. Eu, quando vim trabalhar aqui, fui entrevistada pela Comissão Sindical. O então coordenador avaliou a minha competência técnica e o sindicato avaliou se eu era politicamente adequada para trabalhar aqui. Isso mudou, tinha que mudar. Quando mudou, o sindicato reclamava: “Como? Não é qualquer um que pode trabalhar aqui.” É, se for alguém que tenha um perfil adequado; não tem cabimento isso. Então a gente evoluiu muito, em vários sentidos, essa foi uma coisa boa nossa (Vera L. Salerno - médica do CRST).*

*A gente no começo teve, eu acho que foi até um exagero da nossa parte, essa discussão entre o técnico e o político. Quando nós fomos selecionar as pessoas para trabalharem no PST, nós fizemos uma prova: “nós vamos priorizar pessoas politicamente engajadas ou pessoas tecnicamente competentes na área?” Então foram priorizadas pessoas politicamente engajadas, mas nem sempre as pessoas politicamente engajadas conhecem bem a área! Eu sempre penso que a gente pode até perder politicamente as discussões, porque a hegemonia não está com a gente, mas nós tivemos embates sérios com as empresas, porque quando se fazia um diagnóstico de doença ocupacional no Programa, necessariamente iríamos ter*

*embates com o programa médico da empresa, então não dava para perder, para fazer diagnósticos errados, porque isso era a própria desmoralização do Programa. /.../ Então, de forma nenhuma a gente poderia, do ponto de vista técnico, ficar exposto, abrir brecha (J.C. Cacao Lopes - primeiro coordenador do Programa).*

*O que tínhamos no começo era a participação sindical muito intensa, mas havia, no meu ponto de vista, uma confusão de papéis: o sindicato, muitas vezes, assumia um papel institucional e a instituição, muitas vezes, assumia papéis que não eram seus dentro da área de saúde do trabalhador. Havia as pessoas que militavam no movimento sindical e faziam parte da Secretaria de Saúde e confundiam as coisas, e vice-versa (Marco A.G. Pérez - coordenador do PST/nível central).*

*Ocorreu que tivemos muitos problemas, tanto os profissionais que lá trabalhavam, como os sindicatos que participavam, não sabiam delimitar o seu papel. Por exemplo, tinha médico que achava que o papel dele também era ir na porta da fábrica, pegar um microfone e fazer assembleia com os trabalhadores. Tinha dirigente sindical que achava que o papel dele era ficar dentro do serviço preocupado com ponto, com os trabalhadores que chegavam atrasados. Tanto é verdade que nós tentamos fazer um seminário que não teve fim, o seminário começou e virou uma brigaiada e não conseguimos terminar, porque as pessoas não sabiam separar o papel de cada um (Darci P. de Oliveira - coordenador da Comissão Intersindical do CRST).*

*/.../ Querer intervir onde não era papel deles e, por outro lado, no serviço, alguns desvios de pessoas que passaram por aqui; de considerar, por exemplo, que era trabalho do PST fazer o boletim de saúde do sindicato X ou Y, que é um boletim de luta deles, da categoria deles. A pessoa sumia dois dias daqui, não vinha, não fazia o que estava combinado e colocava como hora trabalhada e dizia que estava discutindo no sindicato o boletim deles. Havia uma confusão entre assessoria sindical e o papel do técnico do CRST (Miriam P. Silvestre - médica do CRST).*

Essa confusão de papéis no desenrolar do gerenciamento do CRST, é referida no documento do *I Fórum Interinstitucional em Saúde do Trabalhador de Campinas*, sendo ponto pacífico entre os partícipes da história em questão. Há um embate entre distintas tendências, estabelecido desde as origens do Programa e que parece acompanhar toda a sua trajetória. Sustenta a nossa assertiva, informação recente de um membro da equipe<sup>81</sup>, de que num período de treze anos de existência (1987 a 2000), o serviço contou com cerca de dezoito coordenações. Alternando perfis mais técnicos, com perfis mais políticos e, simultaneamente, aproximando ou não representantes dos trabalhadores, as sucessivas mudanças no gerenciamento exprimem, ao nosso ver, claramente essa dificuldade de consolidar uma gestão conjunta. Nos últimos anos, há indícios de que se instalou um perfil mais técnico na administração, o que também coincide com a retração do movimento sindical enquanto força reivindicatória nacional. Convém esclarecer que a consolidação técnica do serviço é algo necessário e desejado, para o cumprimento da atenção à saúde do trabalhador. A questão que queremos ressaltar aqui é o descompasso disto com a dinâmica que poderia ser dada pelos representantes sindicais. Retomando o fio analítico até aqui tecido, temos mais um elemento a demarcar o universo de antagonismos em que se realiza a atenção à saúde do trabalhador no sistema público de Campinas.

Frente aos impasses entre o técnico e o político, mais acirrados sobretudo nos momentos iniciais dessa história, atentamos para o seguinte: partindo do princípio de que a doença e a morte do trabalhador têm no processo de produção a sua causa básica, estamos diante de uma contenda cujo centro é a relação capital/trabalho. Uma vez que se lida com um problema de dimensões epidemiológicas, é preciso que o sistema público de saúde sobre ele intervenha. Para tanto, é necessária, como pressuposto, a organização dos

---

<sup>81</sup> Depoimento de Sônia Luzia de Souza, auxiliar de enfermagem do CRST.

trabalhadores, ancorada pela ação de uma equipe técnica devidamente capacitada, caso contrário, estaríamos caindo numa militância vazia de conteúdo. Essa compreensão é explicitada a seguir.

*Toda ação política, nessa área ao meu ver, tem que ser respaldada por uma técnica cada vez mais elaborada, porque senão você acaba descreditando da própria política, por uma incompetência técnica. No começo do Programa, essas coisas eram muito presentes, mesmo porque as pessoas que trabalhavam ali tinham muito voluntarismo, muito de acreditar e de estar junto com os sindicatos, estar junto com o trabalhador. Isso foi muito marcante no começo do Programa e a gente, até por não ter respaldo das instituições, só conseguia coisas quando levava o movimento sindical prá cima do Secretário, a gente ficava muito exposto, do ponto de vista técnico (J.C. Cacau Lopes - primeiro coordenador do Programa).*

O conjunto de entrevistas que versa sobre a origem do CRST, deságua na defesa de que a pressão social foi o ponto de partida de tudo. Esse processo, entretanto, conforme o demonstrado, não se dá linearmente. Após mais de dez anos, passadas as dificuldades do primeiro momento, caracteriza-se como avanço, a superação dos conflitos inicialmente gerados pela ausência de clareza das competências de cada uma das partes envolvidas na co-gestão. “/.../ Essa evolução, para o movimento sindical, foi um aprendizado importante; para os profissionais que passaram por lá, também foi um aprendizado” (Darci P. de Oliveira - coordenador da Comissão Intersindical do CRST).

*Isto tinha que acontecer mesmo no começo, pois os papéis não estavam muito claros, mas com o tempo foram ficando mais definidos: o que cabe à instituição pública fazer e o que cabe ao sindicato, mas enquanto usuário do SUS (Marco A.G. Pérez - coordenador do PST/nível central).*

*Amadureceu, melhorou muito. Essa história de trazer uma pessoa para a gente resolver o problema, há uns anos era um horror e hoje em dia é exceção. Amadureceu de uma maneira que a gente consegue conversar com eles (os sindicatos) planejamento, ação de vigilância, ação coletiva. A gente tem um diálogo aberto de que eles participam, entendem e trazem demanda pra gente nesse sentido. Com a construção civil, a gente tem um projeto de intervenção em cerâmica, por iniciativa do sindicato e não nossa (Vera L. Salerno - médica do CRST).*

Novamente aparece o *Fórum* como uma linha divisória na história da saúde do trabalhador de Campinas, o que já havia sido notificado pelo exame documental. Aqui, a referência é feita à clarificação do binômio serviço/sindicatos, por aquela instância propiciada.

*Basicamente a partir de 1993 é que a coisa clareou, depois do Fórum /.../, que foi importante nesse clareamento, pois até então havia muita ingerência mesmo. Era coisa que, pela falta de clareza da intervenção dos sindicatos no serviço, não tinha cabimento, coisa do funcionamento, do dia-a-dia do serviço. Isso acho que foi clareado e dessa forma, pudemos crescer. Mas, mesmo nessas épocas de confusão, eu acho que é uma relação que sempre foi positiva /.../ é uma relação que, não tenho dúvidas, a gente deve preservar e fortalecer /.../ (Miriam P. Silvestre - médica do CRST).*

A co-gestão sindical do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CRST) de Campinas é mencionada não somente como o impulso originário do Programa, mas como o móvel de sustentação política, por se apresentar como uma forma de controle social.

*Na minha opinião houve, desde o meio para o final da década de 80, um espaço para a saúde do trabalhador no Município, que se mantém até hoje, às custas da participação do movimento sindical no gerenciamento político do Programa e à sua participação com outras instituições, como Conselho Municipal de Saúde, relação com os movimentos sociais de uma maneira geral, e relação com várias instituições que lidam com a saúde do trabalhador. Isso tem as repercussões a nível estadual e nacional. Têm pessoas do movimento sindical que estão trabalhando com o PST desde o início, que foram trabalhar a nível nacional ou estadual (Adilson R. Campos - médico do CRST).*

*Desde o começo existe a participação dos sindicatos. Os sindicatos de trabalhadores participam do gerenciamento da Unidade de Saúde do Trabalhador. Isso a princípio não tinha nada a ver com a Política Municipal de Saúde. A forma como a Política de Saúde do Trabalhador vinha sendo gerenciada, a partir da participação sindical, só foi bater com a Política Municipal de Saúde em 1993, quando foram regulamentados os Conselhos Locais de Saúde. O Conselho, que já existia desde 1987, foi posto como Conselho Local na Unidade de Saúde do Trabalhador (Marco A.G. Pérez - coordenador do PST/nível central).*

Com a regulamentação do Sistema Único de Saúde, em 1990, a antiga Comissão Sindical passa a ser o Conselho Gestor. Interrogados a respeito da atuação desse Conselho na conformação do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador de Campinas, obtivemos as declarações seguintes:

*/.../ Os nossos gestores do movimento sindical, têm representação no Conselho Municipal de Saúde e é uma participação bastante efetiva, as questões dos trabalhadores são sempre colocadas. Através da participação no Conselho Municipal, nós temos relações com praticamente todas as instituições que lidam com a questão de saúde do trabalhador no município, no estado, no país (Adilson R. Campos - médico do CRST).*

*.../ Nosso Conselho Local, que é a Comissão Sindical, ele funciona, ele atua, está presente em todos os sindicatos, discute coisas verdadeiras. Eu acho que, comparando com os outros conselhos, com as outras comissões, a nossa é muito boa, é atuante (Vera L. Salerno - médica do CRST).*

Quanto às respostas para o movimento dos trabalhadores, ressalta-se a constatação abaixo:

*Do ponto de vista de evolução, nós conseguimos reintegrar muitos trabalhadores, muita gente voltou ao trabalho seja por negociações diretas, seja negociações no Ministério do Trabalho, o sindicato conseguia fazer com que esses trabalhadores retornassem ao trabalho e muitos deles estão no local de trabalho até hoje, até a aposentadoria. E uma grande maioria, onde nós não tivemos acordo foi para processo e muito desses processos que entraram em 1987, considerando a morosidade da nossa justiça, estão retornando ao trabalho, recebendo todos os salários, todos os vencimentos como se estivessem trabalhando. Isto é um marco importante para se estabelecer uma nova política de confronto com os empregadores (Darci P. de Oliveira - coordenador da Comissão Intersindical do CRST).*

Vemos que, de algum modo, o movimento sindical acompanha a trajetória do CRST, à revelia dos tensionamentos já mencionados. O respaldo político por ele veiculado, garantiu, nos anos iniciais, a preservação do espaço físico que abriga as ações, num momento crítico em que esteve ameaçado.

*Em relação a esse prédio, teve uma época que queriam tirar isso aqui, ia ser construída, neste lugar, a Câmara Municipal de Campinas. Ai foi feita uma grande mobilização pelo movimento sindical, com a ocupação do local, e de repente começaram a chegar as máquinas para derrubar isso aqui e construir a Câmara Municipal e tudo foi peitado pelo movimento sindical, que impediu que isto*

*acontecasse. Foi revista, então, toda a trapalhada que eles tinham feito na Câmara. Foi um momento que isso aqui não foi reconhecido quanto à sua importância, tanto é que nem levaram em conta quando resolveram fazer a Câmara Municipal aqui, nós só ficamos sabendo quando começaram a chegar as máquinas para derrubar o prédio (Adilson R. Campos - médico do CRST).*

*Se o Centro de Referência hoje tem um local, tem um bom funcionamento, tem o número de trabalhadores suficiente, tem equipamentos, eu não diria que foi vontade do município, foi muito mais por uma questão de pressão política. Em relação aos equipamentos, nós já chegamos a fazer festa lá no Centro de Referência para comprar um computador, porque trabalhávamos com um computador extremamente atrasado (Darci P. de Oliveira - coordenador da Comissão Intersindical do CRST).*

*/.../ Essas relações externas, além da gente buscar para o nosso enriquecimento, são muito importantes para a nossa sustentação política. /.../ Quando estava falando da força política que o sindicato nos dá e a Prefeitura não dá, por exemplo, era nesse sentido. Cada vez que a Prefeitura precisava brigar a nosso favor, se duvidasse, brigava contra /.../. Fica mais difícil de tirar um serviço como esse, que tem uma relação com o Ministério Público e com o setor sindical, do que se fosse um Centro de Referência bom, sem relação com mais nada (Miriam P. Silvestre - médica do CRST).*

Premidos pela ausência de apoio do poder local, aparece nas falas dos técnicos a forte ligação com os sindicatos, na tentativa de compensar o isolamento. A organização do Centro de Referência conta, a julgar pelos depoimentos, veementemente com esse suporte.

*É uma relação de ajuda mútua. Eles são uma força muito importante pra gente, são um respaldo fundamental, que a instituição Prefeitura não nos dá. Cada vez que precisamos da Prefeitura para sustentar posições políticas, não tem sido muito*

*tranquilo e o movimento sindical dá e, por outro lado, acho que respondemos para eles, fazendo a discussão, ainda que sem o impacto desejado. A gente os instrumentaliza, com certeza, do ponto de vista de estudar um pouco essa relação saúde/trabalho dentro das categorias deles. Considero uma relação positiva, que teve conflitos no passado, de vez em quando tem conflitos de interesses, mas estes são normais (Míriam P. Silvestre - médica do CRST).*

*Nosso caminho é o sindicato. A nossa maneira de atuar é via Comissão Sindical. Um dos sindicalistas que vem aqui é o Darci, ele tem assento nessa comissão aí da Previdência, via CUT, então ele participa ao vivo das discussões. Ele traz prá gente e leva alguma coisa que foi decidida aqui. Eu acho que, apesar de tudo, é uma boa relação. A gente tem uma troca com eles, que funciona de maneira boa. Poderia ser melhor? Poderia, ainda mais quando a gente pensa que está lidando com o sindicato (Vera L. Salerno - médica do CRST).*

*Eu enxergo o movimento sindical, essa participação dos sindicatos, como fundamental para a existência e manutenção, para fazer com que o serviço seja um serviço de referência dos mais importantes a nível nacional e isto não deve ser quebrado e a gente deve se esforçar para que isso continue. Na minha opinião, independente das administrações municipais, como já disse, passamos pelo PMDB, pelo PT, depois pelo PDT, depois PSDB, depois PPB e mantém-se o serviço, mantém-se a importância política do serviço. Não só por causa do trabalho técnico daqui, mas por causa da importância política disto, que peita, muitas vezes, grandes empresas da cidade, grandes metalúrgicas e várias empresas que têm a sua influência no poder municipal, no poder estadual e até nacional. Isto se mantém, graças a essa articulação política que o movimento sindical garante (Adilson R. Campos - médico do CRST).*

A última citação quase chega a conferir autonomia do serviço em relação às diferentes orientações político-partidárias municipais pelas quais já passou, atribuída ao

movimento sindical, visto como um aparato que alicerça a atenção à saúde dos trabalhadores.

Até agora, os discursos revelaram uma unanimidade quanto à importância da organização dos trabalhadores no desenvolvimento das ações do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador de Campinas. A leitura que se faz desse percurso, destaca o papel que tiveram desde a origem do CRST e que, apesar das vicissitudes da crise atual, continua se mantendo.

Em prosseguimento à análise, buscamos então apreender mais detalhadamente no que consiste essa presença, ou seja, quais os meandros da participação sindical na gestão do CRST. Foi possível assimilar que há oscilações importantes da inserção, e que atualmente existe um reduzido número de sindicatos efetivamente partilhando o gerenciamento do serviço.

*Do grupo todo de sindicatos têm alguns que atuam, mas basicamente é o Sindicato dos Metalúrgicos; a gente trabalha bem com eles. A gente tem também uma ação boa com o Sindicato da Construção Civil, fazemos alguns projetos em conjunto com eles, projetos interessantes. E aí têm os sindicatos que de vez em quando aparecem ou desaparecem. O Correio, nesse momento, está super interessado em trabalhar, nós é que não estamos deixando, por falta de espaço. /.../ Têm alguns sindicatos que são atuantes, que são presentes, como os Desenhistas e os Petroleiros, mas eles não têm demanda para nós, são categorias organizadas que têm risco, mas as empresas cobrem o risco. /.../ Com os outros sindicatos é meio pontual. Nós estamos fazendo um projeto, por exemplo, com Calçados, então a gente se relaciona com eles, principalmente por iniciativa nossa (Vera L. Salerno - médica do CRST).*

*/.../ Nós tivemos altos e baixos, se formos analisar desde 1987 até agora. Tivemos momentos em que tivemos dois sindicatos acompanhando, mas também*

*tivemos momentos em que tivemos dez /.../ (Darci P. de Oliveira - coordenador da Comissão Intersindical do CRST).*

Existem nuances dessas observações que, embora assumindo a relevância da experiência, irão diagnosticar um refluxo da participação sindical.

*Essa foi a grande importância da experiência de Campinas /.../ acho que é a principal. Foi possível experimentar uma forma concreta de como o movimento sindical, o movimento popular, pode participar da gestão de um serviço de saúde. /.../ No começo a gente tinha em torno de dez ou onze sindicatos participando da gestão efetiva do Programa, /.../ hoje eu acho que está esvaziada /.../, com exceção, por aquilo que eu sei de orelhada, de um, dois ou três sindicalistas que ainda, de alguma forma, conseguem transitar ali pelo Programa. Mas isso foi uma experiência que eu acho muito rica (J.C. Cacao Lopes - primeiro coordenador do Programa).*

Outras falas também denunciaram esse retrocesso, ao afirmarem a preocupação preponderante dos trabalhadores com a sobrevivência, como não poderia deixar de ser, num momento de desemprego em massa.

*Os sindicatos estão mais preocupados em manter emprego, têm um monte de deficiência. Então, eles estão assim; não importa a saúde, importa é que consiga trabalhar e aí quando a pessoa tem lesão eles devolvem pra gente dizendo: “olha, agora adoeceu, vejam o que vocês podem fazer, nós vamos processar a empresa” (Vera L. Salerno - médica do CRST).*

*Estamos vendo o movimento sindical como um todo e eles estão perdidos com essa questão do desemprego. O capital está dando de dez a zero nos trabalhadores. O capital tem conseguido montar estratégias de ter cada vez mais lucro, prescindindo de problemas, problemas que se chamam pessoas. /.../ Vemos que as*

*peessoas estão ficando desempregadas, cada vez mais as pessoas dizendo: “mas, e agora, eu estou doente, uma doença que não foi reconhecida pela empresa e eu vou ter que batalhar isso na justiça”; ou então: “eu estou empregado agora, mas o dia em que eu for demitido, eu vou conseguir emprego em outro lugar ?” /.../ Por exemplo, você trabalha na empresa Bosch e se for demitido hoje, você será demitido como apto e amanhã você retorna e eles dirão que você é inapto. O que fazer diante disso? Não sei! É a resposta que nós temos e isso tem aumentado muito e o que os sindicatos têm feito em relação a isso, eu não sei. Acho que nada ou nada que cause impacto, que diminua isso (Miriam P. Silvestre - médica do CRST).*

*Acho que não se avançou tanto quanto poderia ter avançado. Acho que a crise do movimento sindical, tomando por exemplo a categoria dos Metalúrgicos, que é a nossa principal demanda, no final da década de 80 a cidade tinha 70 mil metalúrgicos, hoje deve estar em torno de 35 a 40 mil metalúrgicos, no máximo. É uma crise que, na minha opinião, fez com que as ações sindicais não avançassem (Adilson R. Campos - médico do CRST).*

Os números acima, baseiam-se em estimativa do Sindicato dos Metalúrgicos de Campinas e Região (através do número de sindicalizados e do número de empresas cadastradas)<sup>82</sup> segundo a qual, em 1986, a categoria somava 74 mil trabalhadores e em 1998, esse número não passa dos 40 mil. Em relação aos metalúrgicos da região do ABC, foi notada uma redução de 200 mil para 114 mil postos de trabalho, entre 1980 e 1990 (GOMES, 1994 *apud* Wunsch F°, 2000)<sup>83</sup>.

<sup>82</sup> Além de Campinas, compõem a região seis sub-sedes, nas seguintes cidades: Americana, Indaiatuba, Nova Odessa, Hortolândia, Sumaré e Valinhos. Também fazem parte da base os municípios de Paulínia e Montemor.

<sup>83</sup> BOITO Jr. (1999:48) verificou que “Em 1997, o Sindipeças estimou que, das 3.200 indústrias de autopeças que existiam em 1991, restavam apenas 930, devido à onda de vendas, fusões e falências no setor.” (baseado na matéria “Quebra-se o gesso do salário”. *Veja*. São Paulo, 17 de dezembro de 1997). Encontrou ainda forte redução de empregos nas montadoras de veículos e no setor bancário, tendo este último eliminado 500 mil empregos entre 1992 e 1997.

Em virtude dessa situação de crise, o envolvimento dos trabalhadores diante da questão saúde/doença no ambiente de trabalho irá se esgarçar.

*Têm os problemas, o principal deles aqui, nesse momento, é que o sindicato não está interessado em saúde, eles estão interessados em emprego. Com isso, pegam um monte de coisa e trazem para a gente resolver, depois que o problema aparece, mas é uma relação boa (Vera L. Salerno - médica do CRST).*

*A análise que eu tenho, em primeiro lugar os trabalhadores nunca estiveram tanto na defensiva como estão agora. Podemos considerar o maior desemprego da história do Brasil, /.../ e a gente não considera o emprego rotativo. Estão sendo eliminados postos de trabalho, são pessoas que saem do mercado de trabalho e vão ficar na marginalidade, não vão conseguir outros empregos (Darci P. de Oliveira - coordenador da Comissão Intersindical do CRST).*

Da descrição das experiências em saúde do trabalhador no estado de São Paulo (feita no capítulo II.2.), vimos que, no plano da participação dos sindicatos, é mais ou menos consensual a avaliação dos autores a respeito da dificuldade de sustentação desse segmento à ação da vigilância. Há apenas uma experiência de co-gestão, o caso do Sindicato dos Químicos da Região do ABC paulista, mas que também foi afetada pela crise atual<sup>84</sup>. Nos outros casos, há tentativas mal sucedidas de participação sindical no gerenciamento dos Programas de Saúde do Trabalhador, sendo que, grosso modo, observamos a presença do movimento sindical no início, seguida de uma retração de sua inserção.

Ainda que o amadurecimento na relação serviço/trabalhadores tenha sido conquistado, localiza-se um confronto entre a demanda que os sindicatos trazem, de

---

<sup>84</sup> Cf. LACAZ (1996).

maneira mais aguda em períodos de crise, que é de assistência individual, e aquilo que o CRST considera primordial: a intervenção no coletivo, viabilizada pela ação conjunta de vigilância no local de trabalho.

*Todos os sindicatos têm o mesmo problema, que é resolver problemas individuais. A gente gostaria de tentar no coletivo, no atacado, e eles trazem : “olha, esse aqui é fulano, meu amigo, ele está com problema. Dá para atendê-lo?” E, na medida do possível, a gente não atende, às vezes não dá para não atender. Mas, de maneira geral, a relação é boa (Vera L. Salerno - médica do CRST).*

*/.../ A freqüência de ondas do movimento sindical nem sempre bate com a do serviço público de saúde, /.../ às vezes o movimento sindical, de acordo com o período, com a realidade econômica, tem alguns interesses que nem sempre são os mesmos que os do setor de saúde pública. Têm períodos em que ocorre o contrário e os interesses batem muito. É a mesma coisa com a saúde pública: às vezes a saúde vai atrás dos sindicatos, porque precisa de uma legitimidade, precisa discutir problemas. Então, não é sempre que as coisas batem, coincidem, passa muito de um está puxando o outro. Atualmente o movimento sindical passa por uma crise muito profunda, uma crise estrutural que tem a ver com a globalização, com a reestruturação dos processos produtivos e isso se reflete na saúde do trabalhador, aliás o reflexo é imediato. Hoje, nós passamos por uma discussão na área que, a princípio, quem deveria puxar era o trabalhador, pois a saúde do trabalhador é do trabalhador e não do empresário (Marco A.G. Pérez - coordenador do PST/nível central).*

Os acontecimentos contemporâneos e suas repercussões sobre o trabalho têm sido objeto de preocupação. A precarização, as perdas de determinadas conquistas pelos trabalhadores, a flexibilização, têm promovido uma postura defensiva do movimento sindical (LEITE, 1997; RAMALHO, 1997, entre outros). A maior central sindical do país,

a CUT, ao adotar o “sindicalismo propositivo” dos anos 90, se lançando ao participacionismo na política governamental, assume nitidamente uma postura de conciliação com a ordem capitalista (BOITO Jr., 1999)<sup>85</sup>. Para ANTUNES (1997), setores cada vez mais dominantes na CUT vão adotar uma postura de negociação, no diapasão do capital, abandonando a luta anticapitalista.

Dentre os entrevistados, há quem decrete o esgotamento das iniciativas em Programas de Saúde do Trabalhador, que tiveram terreno fértil para o seu florescimento num período que feneceu. A conjunção da orgânica sindical com uma certa permeabilidade institucional, que se observou durante a década de 80, não mais se coloca na atual conjuntura.

*Eu acho que essa área se esgotou, os CRSTs e os PSTs. /.../ Hoje a gente está vivendo uma fase muito intensa de inflexão de todas essas experiências, algumas delas se sustentando porque ainda mantêm o local. Existem os profissionais de saúde que acreditam nisso e que estão lá trabalhando, mas estão conseguindo muito pouco (J.C. Cacau Lopes - primeiro coordenador do Programa).*

O mesmo entrevistado vai além na sua elaboração, ao questionar a incorporação da problemática da saúde pelo movimento sindical.

*/.../ Na realidade eu entendo assim, a questão da saúde do trabalhador, eu vou falar uma coisa, pode até ser meio absurdo, ela nunca foi incorporada como uma*

---

<sup>85</sup> A instalação das câmaras setoriais exemplifica o retrocesso da CUT em relação à política sindical da década de 80. São organizações tripartite, representadas por empresários, governo e trabalhadores, para discutir a política de determinado setor da economia. Criadas no governo Sarney e desativadas no governo FHC, a partir delas os sindicatos irão, cada um no seu setor, negociar os seus interesses corporativos específicos, que até podem colidir com os de outros setores. A outra central, a Força Sindical, criada em 1991, com apoio do governo Collor, se assume integralmente como o sindicalismo da ordem, naquilo que há de mais conservador. (BOITO Jr., 1999).

*política do sindicato. O sindicalista ia se tornando meio que especialista naquilo, até para conseguir o seu espacinho dentro da estrutura sindical, mas eu não sinto que, em nenhum momento, isso conseguiu se transformar numa política efetiva que recortasse a diretoria do sindicato e que saísse da diretoria para ir até dentro da fábrica. Na realidade, foram algumas pessoas, algumas pessoas isoladamente, que priorizaram isso e que batalharam para que isso acontecesse. É até gozado, mas a maioria dos sindicatos escolhia justamente aqueles diretores que não tinham tanta intervenção política, de definição mais macro do sindicato /.../. Foi sempre um assunto meio marginal ao sindicato, um assunto assumido por uma parcela muito pequena, mesmo porque a gente não conseguiu de fato /.../ discutir o processo de trabalho. A questão política era sempre um assunto que ficava dissociado das discussões mais amplas do movimento sindical (J.C. Cacau Lopes - primeiro coordenador do Programa).*

O depoimento toca em aspectos nodais para a compreensão do contexto que estamos tentando elucidar. Somado ao que os demais sujeitos argumentaram, a respeito dos efeitos da situação econômica contemporânea, na atuação conjunta do CRST com os representantes do trabalho, é preciso pensar sobre as formas da organização sindical na luta de classes, tendo em vista a particularidade histórica brasileira. Ora, se no início, embalados por uma onda de mobilizações dos trabalhadores que, diga-se de passagem, teve seu curso rapidamente interrompido pela reprimenda militar nos anos 80, agravada pela subordinação das esquerdas ao politicismo<sup>86</sup>, como pensar na existência pulsante de uma experiência de co-gestão, senão enquanto uma iniciativa voluntariosa de alguns dos seus partícipes?

---

<sup>86</sup>Elaboração de CHASIN (1977), sendo um fenômeno que consiste em seccionar a totalidade do real, hipervalorizando a esfera política, especialmente o aspecto político-institucional. Ao proceder desse modo fragmentado no tratamento das questões sociais, a visão politicista

*Expulsa a economia da política ou, no mínimo, torna o processo econômico meramente paralelo ou derivado do andamento político, sem nunca considerá-lo em seus contínuos e indissolúveis entrelaçamentos reais, e jamais admitindo o caráter ontologicamente fundante e matrizador do econômico em relação ao político. (CHASIN, 1982:7).*

Essa tem sido, segundo o autor, a conduta das esquerdas brasileiras ao longo das últimas décadas, o que tem impedido a formulação de respostas aos dilemas históricos do quadro nacional.

Há indícios que corroboram a leitura do entrevistado, podendo nos auxiliar o estudo. Fica clara, como já dissemos, a necessidade, apontada pelos técnicos que trabalham no Programa, do co-gerenciamento, de modo que a maioria dos depoimentos defende a relação com os sindicatos. Outrossim, é praticamente impossível negar o refluxo advindo de uma postura defensiva que passa a assumir o movimento sindical, com o agravamento do problema do desemprego, dado pela reestruturação produtiva em curso.

Voltando ao raciocínio do mesmo depoente, observaremos que o resgate das experiências é apontado como um primeiro passo para romper a lógica do descenso.

*Penso que seria fundamental hoje reunir todo esse pessoal, porque se tem experiência e material suficiente para fazer uma análise crítica dessas experiências e tentar apontar alguns saltos de qualidade nessa área. Os Programas de Saúde do Trabalhador podem oferecer dados, informações importantes para que o movimento sindical repense as suas estratégias de intervenção. Se eles conseguissem fazer, isso eu acho que seria um caminho (J.C. Cacau Lopes - primeiro coordenador do Programa).*

Seria, desse modo, tarefa dos Programas forjar as condições para que isso acontecesse. Submetidos a um isolamento institucional, aguçado pelo acanhamento da presença sindical, cabe questionar se existem condições objetivas para tal empreendimento.

O conteúdo das narrativas autoriza a refletir que, mesmo apontando um amadurecimento da “co-gestão” e ratificando a necessidade da participação dos trabalhadores na condução da política, apresentam os sujeitos argumentos que irão de encontro a tais conclusões. O exame das oscilações da participação sindical, atribuídas, pela totalidade dos entrevistados, às agruras da crise do mundo do trabalho, explicita esse aparente paradoxo. Não estaria isto ocorrendo, pela dificuldade dos envolvidos de enxergar

mais objetivamente o processo, diante de tantas e diferenciadas fases do trabalho, transcorridas durante esse período? De fato, embora todos ratifiquem a importância da participação sindical, os efeitos da crise econômica não deixam de ser exibidos nos discursos. Revela-se, portanto, um lapso entre o reconhecimento de avanços na relação com os sindicatos e os interesses mais urgentes de manutenção do emprego, que afastam os trabalhadores de uma atuação mais efetiva no tratamento da temática saúde/trabalho.

Cabe perguntar: será possível, frente a tamanha adversidade, desenvolver no interior dos sindicatos uma “conscientização” da importância da luta pela saúde no ambiente de trabalho, quando, muitas vezes, a doença é ocultada pelo próprio trabalhador, no temor de ser demitido? Mesmo diagnosticando um salto qualitativo na relação sindicato/serviço de saúde, que se faz notar pelo “clareamento” dos papéis de cada um, é possível estender tal leitura para o conjunto do movimento dos trabalhadores?

Voltemos pois, aos depoimentos, procurando esmiuçar as repercussões da crise do movimento sindical no Centro de Referência em Saúde do Trabalhador. Os achados acusam uma grande demanda de desempregados em busca de assistência, congestionando a área e dificultando as ações de caráter coletivo.

*Outro fator da reestruturação produtiva foi a eliminação dos postos de trabalho /.../, e a produção não diminuiu pela metade mas sim aumentou e o que aconteceu? Houve inovação tecnológica em algumas fábricas, mas se você entrar nas grandes fábricas, como a Singer, que é recordista em trabalhadores com LER, e outras da nossa região: CCE, Texas /.../. A Singer, por exemplo, teve 3 mil empregados e hoje tem 1500. É muito normal você ver hoje onde trabalhavam três operários, hoje trabalha apenas um /.../.*

*Na minha opinião, essa eliminação dos postos de trabalho é responsável pela epidemia de gente doente que nós temos hoje nas fábricas (Darci P. de Oliveira - coordenador da Comissão Intersindical do CRST).*

A respeito das novas tecnologias, BOITO Jr. (1999) estabelece uma mediação no binômio progresso técnico e desemprego, para o caso brasileiro, lembrando que as renovações se concentram nos grandes monopólios e que os novos modos de gerenciamento da produção e as fusões entre empresas, darão significativa contribuição à retração da oferta de empregos (bem como ao aumento de produtividade). Outros fatores, como a redução de gastos públicos, as privatizações e “/.../ a tolerância governamental frente à exploração do trabalho infantil /.../” (*op. cit.*, 88), são considerados relevantes pelo autor na geração do desemprego.

Voltemos aos relatos sobre as conseqüências do desemprego.

*Acho que se a gente vivesse numa situação de pleno emprego, as repercussões no nosso Programa seriam que, primeiro não teríamos toda essa demanda que temos, /.../ a relação entre desempregados e empregados, se os desempregados não estiverem na frente, estão empatados hoje aqui com a gente. Se não tivesse o desemprego, acho que seríamos muito mais felizes nas ações de vigilância, na melhoria das condições de trabalho de uma maneira geral. Acho que a crise do movimento sindical, a reestruturação produtiva, fizeram com que não avançássemos tanto quanto poderíamos nesses últimos dez anos. É um problema mais do movimento sindical do que da gente. Por exemplo, chega aqui um trabalhador que tem perda auditiva. Trabalhou durante 15 anos, está desempregado e tem uma audiometria que revela pequena perda auditiva que, no máximo, ele vai conseguir registrar como doença ocupacional junto à Previdência, mas não vai ter direito a nenhum benefício, se entrar na Justiça vai perder. Esse trabalhador nós temos e não seríamos nós que teríamos que dar uma resposta a ele, mas o movimento sindical também não tem o que fazer com ele, e ele não consegue emprego, porque já tem uma perda, a única*

*coisa que ele sabe fazer é ser metalúrgico. Isso é um problema que tem influência no nosso dia-a-dia, /.../ essas pessoas vêm aqui e não deveríamos estar preocupados com esse problema, mas pensar na prevenção, no que levou esse trabalhador a estar aí. Então, há uma influência na assistência, na vigilância e isto impediu que a gente avançasse, crescesse em ações de ambientes de trabalho (Adilson R. Campos - médico do CRST).*

*Acho que a partir dos anos 90, muito determinado por essa crise de identidade por que passa o movimento sindical, com a reestruturação industrial, com a questão do desemprego, o movimento sindical hoje está numa defensiva, em termos do seu próprio projeto. Eu sinto que hoje esse tema, acabou se limitando mais aos aspectos técnicos, aos aspectos da assistência propriamente dita, do que àquela utopia que a gente tinha de realmente poder intervir dentro da fábrica, do movimento sindical perceber que ele é o principal sujeito de implantação dessa política diferente, à medida que tem projeto de mudança da organização do trabalho (J.C. Cacau Lopes - primeiro coordenador do Programa).*

Lembrando o que se disse na sessão VI.1.a. desse capítulo, o problema do atendimento a demitidos se sobrepondo à vigilância em ambientes, se arrasta desde o início dos anos 90, tendo sido destacado no planejamento de 1991, quando se sugeriu um rearranjo da área assistencial (CAMPINAS, 1991a). Durante todo esse período, não faltaram propostas da equipe para deslocar o foco da assistência individual para a intervenção no coletivo, no local de trabalho, o que, infelizmente, não teve sucesso.

Vimos também que a mesma demanda que “azeitou” o Programa nos seus primórdios, hoje o desmobiliza, pelos efeitos nocivos do momento contemporâneo sobre a saúde dos trabalhadores. Temos aqui, a emergência de um quadro mórbido resultante de processos inadequados de trabalho, as lesões por esforços repetitivos, a que já nos

referimos. Nesse caso, a patologia determina o afluxo dos trabalhadores ao serviço, em busca de assistência.

*Os perfis das doenças mudaram com a reestruturação produtiva, ela veio para atender uma solicitação da chamada globalização, a competitividade no mercado de trabalho, /.../ a terceirização. A terceirização entrou com uma rapidez, inclusive o movimento sindical não conseguiu dar resposta de imediato, porque se você pega hoje, a maioria dos trabalhadores em atividades econômicas, em torno de 20 a 25% é mão-de-obra terceirizada, /.../ e o trabalhador terceirizado ganha apenas 1/3 do salário dos trabalhadores ativos, é superexplorado. Isso psicologicamente tem um efeito extremamente nocivo aos trabalhadores, que começaram, de uma certa maneira por si só, a aumentar o seu ritmo de produtividade, até por medo de perder o emprego, de virar um terceirizado (Darci P. de Oliveira - coordenador da Comissão Intersindical do CRST).*

*A maior parte das doenças ocupacionais, até 1993/94, em Campinas era só doença ocupacional, depois passou a ser LER, isto mudou a participação. Os sindicatos que antes não participavam, ou participavam menos, passaram a participar mais nos ramos de atividades que têm a LER como um problema mais grave. Então, isso oscila muito de acordo com o interesse da categoria. Tem sindicato que hoje está em extinção. Então, bancários, o nível de demissão está sendo um monstro (Marco A.G. Pérez - coordenador do PST/nível central).*

A respeito dos efeitos da terceirização sobre a saúde dos trabalhadores, SALERNO (1998), estudando óbitos por acidentes de trabalho em Campinas, no período de 1990 a 1995, concluiu que há um predomínio de acidentes fatais entre os terceirizados, relativamente aos ocorridos com trabalhadores com vínculo direto. As categorias mais afetadas foram motoristas, trabalhadores da construção civil, trabalhadores braçais e de serviços.

Os depoimentos apontam que com o refluxo do movimento sindical, o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador perde sua potência, empobrecendo como espaço de articulação política para modificar os ambientes de trabalho. Cairá, portanto, na assistência, obviamente necessária, contudo extremamente limitada em termos de reduzir a doença do trabalho.

Da literatura, é interessante demarcar o que LAURELL & NORIEGA (1989) expõem a respeito das diferentes fases de participação do movimento operário italiano na problemática da saúde. Os autores diferenciam dois períodos: um deles, que vai de 1969 a 1975, caracterizado pela busca de uma abordagem globalizante, dada pela tentativa de sistematizar a vida na fábrica e pela luta anticapitalista e contra a monetização do risco. Já os estudos da segunda metade dos anos 70, são definidos pela tentativa de “institucionalização do conflito”, assinalada pelo refluxo da mobilização e pelo privilégio de estudos relacionados a fatores de risco e a doenças específicas, em detrimento da abordagem global da problemática. Surgem, assim, os operários especializados em saúde, guiados por uma concepção ambientalista. Os autores imputam essa virada à “/.../ subordinação dos estudos a uma lógica de negociação sindical conveniente, e por outro lado, uma mudança na correlação de forças, na raiz da contra-ofensiva do capital, usando como alavanca a reconversão industrial.” (LAURELL & NORIEGA, 1989:90). Consideramos possível identificar esse estágio com o que acontece em Campinas, quando se isola a questão saúde da totalidade em que tem existência, fragmentação exasperada pelo descenso da mobilização sindical na luta contra o capital.

O prejuízo promovido pelas mudanças no mundo do trabalho está vastamente exposto. As pessoas têm a leitura de como isso interfere no tipo de proposição que encerra o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador. É no interior desse imbróglio que se

estabelece a trajetória da política. Avanços que não deixam de estar contaminados pela extrema desfavorabilidade, tanto institucional, quanto de respostas do movimento sindical. Relação que se constrói na contradição entre a necessidade de mera assistência, do tratamento imediato da doença, posta pelos trabalhadores e, crescentemente, por trabalhadores demitidos, de um lado, e o esforço cotidiano de ir além disto, de intervir nas causas, a partir de uma ação no coletivo, de outro.

Novamente chama a atenção o grau de envolvimento dos sujeitos que, ao mesmo tempo em que identificam vários fatores que obstruem o desenvolvimento da política de saúde do trabalhador no município, seguem resistindo. É perceptível um certo isolamento, quando os próprios técnicos afirmam a extrema dificuldade de apoio institucional à sobrevivência de uma política capaz de responder às demandas. Um compromisso orgânico da equipe parece ser exibido pelas entrevistas, conforme o já assinalado, o que inclui uma razoável expectativa de suporte do movimento sindical. Se isto significa a participação significativa, ou de um pequeno número de sindicalistas que, presentes desde o início da história, continuam lutando pela sobrevivência da proposta, é uma outra questão. Ante a reduzida expressão dos trabalhadores organizados no gerenciamento do serviço, é possível seguir interrogando se não ocorre, por parte daqueles ainda atuantes, algo semelhante ao observado com relação à postura dos técnicos, no que se refere à inserção no Programa. Em síntese, tudo leva a crer que a dinâmica que enseja ações em saúde do trabalhador, dada, sobretudo, pela diligência de alguns sujeitos comprometidos em encontrar formas de contornar a ausência de respaldo do poder público, é um fenômeno extensivo aos trabalhadores que ainda permanecem à frente do gerenciamento.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A razão primordial desta pesquisa foi determinar a gênese e a constituição do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador de Campinas, o que se circunscreveu ao período de 1986 a 1998. Procuramos identificar as motivações dessa história e revelar os liames da construção do CRST em suas múltiplas interfaces, abrangendo as relações com o plano externo e o espaço que ocupa na política de saúde, os conteúdos das atividades e a feição daquilo que se denominou co-gestão sindical.

No plano nacional, a efervescência de propostas da década de 80, ao que tudo indica, foi insuficiente para a consolidação de uma política de saúde voltada às demandas específicas do trabalho. Em São Paulo, por exemplo, LACAZ (1992) localiza o refluxo das propostas no período de 1987-1990, quando se deu a mudança da administração da Secretaria de Estado da Saúde (SES). A não inclusão dos Programas no desenho administrativo da SES, aliada à orientação contrária do governo subsequente, são as razões que explicam o retrocesso da política, segundo o autor. Esse momento se configura na chamada “operação desmonte”, que é o desmantelamento de uma gestão que vinha sendo pautada segundo as premissas da Reforma Sanitária, tendo como resultado o arrefecimento dos Programas de Saúde do Trabalhador<sup>87</sup>.

No caso de Campinas, em que pese o conjunto de adversidades apontadas ao longo desta redação, sobressai o mérito de ter sobrevivido à vaga que desarticulou as propostas da década de 80, guardando a especificidade da inserção de representantes dos

---

<sup>87</sup> Cf. ALESSI *et al.* (1994)

trabalhadores desde a elaboração da proposta até o momento atual. Temos aí, motivos suficientes para que esta experiência seja vista com cuidado.

A avaliação desses anos de história mostra avanços significativos. Nos primeiros anos houve uma forte presença sindical, conferindo uma atividade política mais intensa, chegando, em dadas situações, à confusão de papéis. Como disseram os entrevistados, isto se pôs na indefinição do que cabia a cada uma das partes, técnicos e comissão intersindical, e de como gerir encaminhamentos técnicos e a pressão política necessária à construção do serviço.

Estas questões foram bastante discutidas no *I Fórum Interinstitucional em Saúde do Trabalhador de Campinas*, de 1993, momento marcante de Programa, no qual diretrizes foram traçadas num amplo debate com as diversas esferas da área e com os trabalhadores. Aquele evento contribuiu para estender as relações de parceria, por exemplo, com a presença mais atuante da PUC-Campinas, via Núcleo de Saúde, que vai coordenar uma série de atividades, já diante da “epidemia de LER”. Outra parceria frutífera se deu com o Centro de Reabilitação Profissional (CRP), do INSS, que desenvolvia uma proposta diferenciada de atenção. Dos desdobramentos dessas relações nasce o Grupo Interinstitucional de LER, em 1994, através do qual pôde-se ampliar o arco das ações do serviço em relação a essa patologia, afirmando a capacidade técnica do CRST.

Todavia, na seara das relações interinstitucionais, o caso de Campinas não foge ao que constatamos na revisão da literatura, ficando esse campo na dependência dos entendimentos pessoais. Parece ter havido uma espécie de institucionalização desse tipo de relação, até como forma de resistência. Outrossim, fica evidente que isto não se sustentaria com base em identificações abstratas entre os indivíduos. É preciso afirmação para que as

articulações aconteçam e o que verificamos é que há um projeto coletivo, elaborado à luz, inclusive, de experiências nacionais e internacionais de parcerias.

Durante esse tempo, as pessoas se capacitaram, o que foi propiciado, em grande medida, pelo convênio Brasil/Itália, que não apenas ofereceu cursos, mas investiu em equipamentos para uma maior resolutividade diagnóstica do CRST. Frize-se que os maiores ganhos acabaram sendo revertidos para a Assistência, até pela falta de pessoal para abarcar as outras frentes, como a Vigilância. Mas, embora a área assistencial tenha praticamente esgotado sua capacidade de absorção de pacientes, é possível dizer que o serviço consolidou, nesse período, o perfil de um atendimento qualificado à população alvo. Conquistas como estas não podem ser menosprezadas, sobretudo diante de um cenário desfavorável.

Frente à desfavorabilidade, é necessário sublinhar o empenho “militante” dos envolvidos em opor resistência a esse estado de coisas. Por exemplo, quando indagados a respeito da localização da política de saúde do trabalhador nos planos municipal, estadual e federal, nas suas respostas, percebe-se um grande distanciamento entre o que é desenvolvido no âmbito interno do Centro de Referência, e sua vinculação com os demais níveis da Política Nacional de Saúde, principalmente com o municipal. Os entrevistados chegaram a afirmar, como vimos, que não existe uma política com diretrizes advindas das outras esferas governamentais, mas ações que vão sendo realizados no cotidiano. Isto revela uma certa autonomização do Programa, que procura compensar, assim, o isolamento ao qual este tema foi relegado pelo poder público constituído.

Do estudo realizado, vale retomar alguns aspectos, à guisa de fomentar a reflexão.

A análise dos dados primários que viabilizaram a pesquisa - os documentos oficiais produzidos pelo serviço - indica a insuficiência de tais fontes para avaliar a trajetória do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador de Campinas. Há uma descontinuidade na produção dos textos, dificultando o acompanhamento das metas estabelecidas. Os relatórios, de um modo geral, são pouco analíticos, carentes de reflexão sobre as diretrizes, as linhas de atuação e os entraves político-institucionais, exceção feita ao documento preparatório do *Fórum* de 1993, que nos forneceu os maiores subsídios. Apesar desse fato, um traço comum nas avaliações das dificuldades encontradas nas distintas áreas é a ausência generalizada de recursos.

Quanto ao tratamento analítico da informação, há que referir a incipiente sistematização do quadro de morbimortalidade dos trabalhadores em Campinas. É certo que, nessa área, isto se constitui num grande problema que passa, como o mencionado por um entrevistado, pela inexistência de um denominador confiável, já que os dados se restringem ao mercado formal, de contornos dinâmicos e visivelmente encolhido na última década. Entretanto, considerando que a pesquisa é uma das necessidades identificadas na montagem do Centro de Referência e que o diagnóstico em saúde é instrumento básico para o estabelecimento de diretrizes e o planejamento, esperava-se que após mais de dez anos de implantação, se tivesse realizado algo nessa linha. Vinculada à ausência de dados, está a referência feita pelos técnicos à impossibilidade de avaliar o impacto do Programa na morbimortalidade do trabalhador em Campinas. Tendo em vista os óbices à articulação, as precárias condições materiais de trabalho e a velocidade das mudanças no cenário de transição tecnológica, fica difícil, de fato, acompanhar com precisão o universo sobre o qual o CRST deveria intervir.

O mais salientado nos relatos, foi o convênio assinado com o Ministério Público. Na condição de emprestar poder ao CRST, é inegável que tal convênio é um resultado prático da articulação política e significa elemento benéfico com vistas a ampliar o leque do serviço. Por outro lado, não deixa de revelar o seu pouco poder de intervenção em processos insalubres de trabalho, que não se estabelece autonomamente, ainda que esteja previsto em lei.

Buscando extrair da tarefa investigativa as confluências entre o exame documental e a tentativa de reconstrução da história, por meio dos relatos orais, sobressai o reconhecimento das limitadas e limitantes condições de realização da atenção integral à saúde dos trabalhadores. Aparece a omissão do poder local no que concerne aos investimentos imprescindíveis à eficácia do serviço, ou seja, como dissemos anteriormente, é o caráter marginal com o qual é tratado o tema. Há ainda em comum, entre os documentos e as entrevistas, a sinalização dos impasses no relacionamento com as instituições que tradicionalmente manejam o universo da saúde em sua conexão com o trabalho, como a Delegacia Regional do Trabalho.

Em suma, a dura realidade da política de saúde do trabalhador é determinada pelo fato da atividade primordial, de intervir nos ambientes de trabalho, encontrar obstáculos de ordem estrutural. Sem autoridade para exercê-la, o CRST recorre ao aparato judicial. Por outro lado, o esforço de reorganizar a demanda do serviço se depara com a epidemia da LER, como resultante da atual *desordem do trabalho*. Premidos pela ditadura da demanda, a equipe tenta sobreviver em meio a intenções, planejamentos e à expectativa de capacitar a rede para promover a atenção à saúde do trabalhador.

A análise do caso de Campinas permite constatar que para a criação do CRST, houve uma correlação de forças que impôs uma abertura do estado. O Centro de Referência

se institucionaliza, se integra ao aparelho municipal de saúde, todavia não exerce governo, a não ser à margem. Força uma mudança do espaço público, se apresenta como formulador de uma política mais ampla, mas de fato não encontra materialidade para objetivá-la. Incomoda a forma tradicional de intervenção estatal, em que as instituições operam de maneira fragmentada e com autonomia frente aos demandantes, bem como às suas expressões organizadas, os sindicatos. Sem alocação adequada de recursos, subsumido às variações da política governamental e aos conflitos institucionais, sobrevive num espaço muito aquém do que exige a realidade. Ao procurar se sobrepor à medicina ocupacional, invadindo o terreno do patronato, choca-se direto com as contradições entre capital e trabalho. Entretanto, é bom lembrar, que a mudança pura e simples no ambiente de trabalho nem de longe suplanta tais contradições.

Para encerrar, não podemos deixar de apontar mais alguns questionamentos, em coerência com o esforço de recompor a totalidade, considerando que o nosso objeto de investigação é perpassado por duas dimensões que explicam o desenvolvimento de uma contradição: o processo de trabalho, que adoce e mata, e o nível político, de organização da vida estatal.

No tocante à realidade atual, as reformas da Previdência influenciarão negativamente a atenção à saúde do trabalhador, com o processo de privatização da assistência aos acidentes de trabalho e o desmonte da estrutura responsável pela reabilitação, o CRP, interrompendo uma parceria importante do Centro de Referência.

Outro aspecto fundamental a ser ponderado é o refluxo da organização sindical, que repercutiu diretamente no CRST, tanto pelo encolhimento da presença dos trabalhadores no gerenciamento, quanto pela explosão de novas patologias relacionadas ao trabalho, como as lesões por esforços repetitivos.

Se o ressurgimento do movimento operário, em finais da década de 70, renovou os ares da realidade brasileira, congestionados pela política econômica excludente da ditadura militar, os desdobramentos vão em outra direção; primeiro porque a reposta do sistema de poder foi a repressão aos trabalhadores. Os eventos políticos expressivos, posteriormente, se darão sob o viés politicista ao qual sucumbem as esquerdas em geral. Sejam as eleições de 1982, seja a campanha das “diretas já” ou a “transição pelo alto”, via colégio eleitoral, que deixou intacto o centro nucleador do sistema, a sua política econômica, e repôs a dominação burguesa, sob a forma de autocracia institucionalizada<sup>88</sup>.

Desse modo, ainda que as eleições de 1988, seguindo a distensão política, tenham trazido à arena administrações municipais que estimularam a implantação de programas de saúde do trabalhador em várias regiões do país, como mostra DIAS (1994), a sustentação disso se dá de maneira isolada. Tanto é que, na mudança das gestões, muitas experiências retrocederam.

Se, por um lado, a implantação de experiências em saúde do trabalhador advém de contradições que se agudizam no chão da produção, num momento em que a usura do trabalho extrapola os muros da fábrica, por outro, novas contradições serão geradas com a sua “institucionalização”. Isto porque, para que as ações de enfrentamento desse quadro possam ter eficácia, faz-se necessária uma ação mais ampla - que se iniciou com uma certa abertura do estado, mas que não se encerra com ela - sob pena de adstringir os programas a uma instância formal. Em outras palavras, se não há uma mobilização geral da perspectiva do trabalho, de combate as questões que, na sua raiz, produzem a superexploração do trabalho, de fato as mudanças terão limitado alcance.

---

<sup>88</sup> Cf. CHASIN (1989).

Assim, a própria década de 80, que vê despontar um grande número de experiências em saúde do trabalhador no país, é a mesma que irá assistir à retração daquele movimento sindical, arrefecido pela capitulação das esquerdas ao politicismo e pelo processo de reestruturação produtiva que aí se inicia.

Já dissemos que as mudanças no mundo da produção entre as décadas de 80 e 90 acarretam, tendencialmente, a perda de poder de fogo dos representantes do trabalho, com o enfraquecimento dos sindicatos. A reestruturação industrial brasileira, aditando o uso crescente de inovações tecnológicas com as manobras das novas técnicas de gerenciamento, leva à eliminação de postos de trabalho, à qual os sindicatos, na sua maioria, não encontram condições de se contrapor. A flexibilização dos contratos, o encolhimento do setor secundário da economia, em favor do terciário, todas as formas de precarização do trabalho, enfim, levam a uma postura defensiva do movimento sindical.

Frente a tantos antagonismos, perguntamos, por último, se é realmente viável, sob a égide da sociedade de classes, e principalmente considerando a natureza do capital atrofico brasileiro, efetivar a co-gestão de um serviço público com os trabalhadores. Dadas as contradições sociais daí inerentes, julgamos que, trazer para o interior da instituição o questionamento de quem está padecendo dos males gerados pela exclusão típica da particularidade brasileira - que o estado ajuda a reproduzir - talvez seja uma impossibilidade ao gerenciamento conjunto, na sua raiz.

É esse o espaço em que se realiza a história do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador de Campinas. Cresceu e se desenvolveu no leito de contradições. Acumulou experiência e se afirmou como um apêndice do sistema. Aquilo que poderá vir a ser, depende da ação persistente dos envolvidos, mas sem deixar de buscar a perspectiva crítica diante da realidade. Dados os lineamentos fundamentais desse caso e apreendido o contexto

em que tem existência, podem ser trilhados outros passos para o rearranjo de forças, sem relegar as determinações do real. Tarefa à qual a reflexão propositiva pode auxiliar a dar concretude, na direção de vislumbrar a superação das contradições identificadas.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALESSI, N.P.; PINHEIRO, S. de A.; PALOCCI F<sup>o</sup>. A.; *et al.* O Serviço de Saúde do Trabalhador no Centro de Saúde Escola. *In:* ALESSI, N.P.; PALOCCI F<sup>o</sup> A.; PINHEIRO, S. de A *et al.* (orgs.). *Saúde e Trabalho no Sistema Único de Saúde*. São Paulo: Hucitec, 1994. p 37-50
- ANTUNES, R. O Novo Sindicalismo no Brasil. Campinas, SP: Pontes, 1995. 85p.
- \_\_\_\_\_. Trabalho, Reestruturação Produtiva e Algumas Repercussões no Sindicalismo Brasileiro. *In:* ANTUNES, R. (org.). *Neoliberalismo, Trabalho e Sindicatos: reestruturação produtiva no Brasil e na Inglaterra*. São Paulo: Boitempo Editorial, 1997. p.71-84.
- ASSUNÇÃO, A.A. & ROCHA, L.E. Agora...até namorar fica difícil: uma história de lesões por esforços repetitivos. *In:* ROCHA, L.E.; RIGOTTO, R.M.; BUSCHINELLI, J.T.P. (orgs). *Isto é Trabalho de Gente? Vida, Doença e Trabalho no Brasil*. Petrópolis, RJ: Vozes, 1993. p.461-493.
- BERLINGUER, G. *A Saúde nas Fábricas*. São Paulo: CEBES-Hucitec, 1983. 171p.
- \_\_\_\_\_; TEIXEIRA, S.M.F.; CAMPOS, G.W. de S. *Reforma Sanitária Itália e Brasil*. São Paulo: Hucitec/CEBES, 1988, 207p.
- BOITO Jr., A. *Política Neoliberal e Sindicalismo no Brasil*. São Paulo: Xamã, 1999. 247p.
- BONCIANI, M. Contrato Coletivo e Saúde dos Trabalhadores. *Rev. Saúde em Debate*. Londrina, Pr: CEBES, n.45, p 53-58, dez., 1994.
- BOTELHO, Z.G de A.; LACAZ, F.A. de C.; SATO, L. *et al.* Avaliação Qualitativa de Alguns Aspectos Organizacionais do Programa de Atenção à Saúde do Adulto: Projeto de Atenção à Saúde do Trabalhador Químico do ABC em duas Unidades Básicas. *Relatório de Pesquisa*. São Paulo: CNPq/SES/IS/Área Saúde e Trabalho, ago.1987. 235p. Mimeo. *apud* LACAZ, F.A de C. *Saúde do Trabalhador: um estudo sobre as formações discursivas da academia, dos serviços e do movimento sindical*. Campinas: [s.n], 1996. 432p. Tese (Doutorado) - Faculdade de Ciências Médicas, UNICAMP, 1996.

- BRAGA, J.C. de S. & PAULA, S.G. de *Saúde e Previdência: estudos de Política Social*. São Paulo: CEBES/Hucitec, 1981. 224p.
- BRAGA, R. *A Restauração do Capital: um estudo da crise contemporânea*. São Paulo: Xamã, 1996. 298p.
- BREILH, J. *Epidemiologia: economia, política e saúde*. São Paulo: Ed. UNESP/Hucitec, 1991. 276p.
- CARMO, J.C. do; ALMEIDA, I.M. de; BINDER, M.C.P. *et al.* Acidentes do Trabalho. In: MENDES, R. (org.) *Patologia do Trabalho*. Rio de Janeiro: Ed. Atheneu, 1995. p.431-455.
- CARVALHO, G.I. & SANTOS, L. *Sistema Único de Saúde*. Comentários à Lei Orgânica da Saúde (Leis 8.080/90 e 8.142/90). São Paulo: Hucitec, 1992. 370p.
- 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: [s.n.], 1996. 274p. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, 1996.
- CHASIN, J. A “Politicização” da Totalidade: oposição e discurso econômico. *Rev. Temas de Ciências Humanas*, n. 2, p.145-178. São Paulo: Grijalbo, 1977.
- \_\_\_\_\_. Conquistar a Democracia pela Base. *Rev. Temas de Ciências Humanas*, n. 6, p.153-175. São Paulo: Grijalbo, 1979.
- \_\_\_\_\_. As Máquinas Param, Germina a Democracia! *Rev. Escrita Ensaio*, n. 7, p.107-132. São Paulo: Escrita, 1980.
- \_\_\_\_\_. “Hasta Cuando?” – a Propósito das Eleições de Novembro. *Rev. Nova Escrita Ensaio*, n. 10, p.5-29. São Paulo: Escrita, 1982.
- \_\_\_\_\_. A Sucessão na Crise e a Crise na Esquerda. *Rev. Ensaio*, n. 17/18, p. 01-121. São Paulo: Ensaio, 1989.
- \_\_\_\_\_. *A Miséria Brasileira: 1964-1994 – do golpe militar à crise social*. São Paulo: Estudos e Edições Ad Hominem, 490p.
- CODO, W. Providências na Organização do Trabalho para a prevenção da LER. In: CODO, W. & ALMEIDA, M.C.C.G. (org.) *L.E.R: Diagnóstico, Tratamento e Prevenção*. Uma abordagem interdisciplinar. Petrópolis, RJ: Vozes, 1995. p.222-248.
- COMISSÃO DE SAÚDE E TRABALHO DA ABRASCO. *Saúde e Trabalho: Desafios para uma Política*, 1990. Rio de Janeiro, 1990. 63p.

- CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR, 2., 1994, Brasília. *Relatório Final da 2ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador*. Brasília: Ministério da Saúde. Divisão de Saúde do Trabalhador, 1994. 51p.
- COSTA, D.F.; CARMO, J.C. do; SETTIMI, M.M. *et al.* (orgs.) *Programa de Saúde dos Trabalhadores - A experiência da Zona Norte: uma alternativa em Saúde Pública*. São Paulo: Hucitec, 1989. 382p.
- COSTA, E.A. Vigilância Sanitária: Defesa, e Proteção da Saúde. *In: ROUQUAYROL, M.Z. Epidemiologia & Saúde*. 5ª ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999. p.327-352.
- DEJOURS, C. *A Loucura do Trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho*. 5ª ed. ampliada. São Paulo: Cortez/Oboré, 1992. 168p.
- DIAS, E.C. Aspectos atuais da saúde do trabalhador do Brasil. *In: ROCHA, L.E.; RIGOTTO, R.M.; BUSCHINELLI, J.T.P.* (orgs). *Isto é Trabalho de Gente? Vida, Doença e Trabalho no Brasil*. Petrópolis, RJ: Vozes, 1993. p.138-156.
- \_\_\_\_\_. *A Atenção à Saúde dos Trabalhadores no Setor Saúde (SUS), no Brasil: Realidade, Fantasia ou Utopia?*. Campinas: [s.n], 1994. 335p. Tese (Doutorado) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, 1994.
- ENGELS, F. *A Situação da Classe Trabalhadora na Inglaterra*. São Paulo: Global, 1985. 391p.
- EQUIPE TÉCNICA DO PST DA PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS. O Programa de Saúde do Trabalhador no Município de Campinas. *Rev. Saúde em Debate*, Londrina: CEBES, v.34, p. 17-24, mar., 1992.
- FALEIROS, V.P. *O Trabalho da Política: saúde e segurança dos trabalhadores*. São Paulo: Cortez, 1992. 312p.
- FISCHER, E. *A Necessidade da Arte*. 9ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1987. 254p.
- GARCIA, J.C. Medicina e sociedade: as correntes de pensamento no campo da saúde. *In: NUNES, E.D.* (org.) *Medicina Social: aspectos históricos e teóricos*. São Paulo: Global, 1983. p. 95-132.
- \_\_\_\_\_. A Articulação da Medicina e da Educação na Estrutura Social. *In: NUNES, E.D.* (org.). *Pensamento Social em Saúde na América Latina*. São Paulo: Cortez, 1989. p.189-238 *apud* COSTA, E.A. Vigilância Sanitária: Defesa, e Proteção da Saúde. *In: ROUQUAYROL, M.Z. Epidemiologia & Saúde*. 5ª ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999. p.327-352.

- GAWRYSZEWSKI, M. Uma Proposta de Ação Sindical na Luta pela Saúde. *Revista Saúde em Debate*. p.37-41, mar.1989.
- GOMES, L. A Nova Cara do ABC. Veja. São Paulo, 25/05/1994. p. 42-49 *apud* WÜNSCH Fº, V. Variações e Tendências na Morbimortalidade dos Trabalhadores. *In: MONTEIRO, C.A. (org.) Velhos e Novos Males da Saúde Pública no Brasil: a evolução do país e de suas doenças*. 2ª ed. rev. e aumentada. São Paulo: Hucitec, Nupens/USP, 2000. p.289-330.
- GOMEZ, C.M.; CARVALHO, S.M.T.M.; PORTO, M.F.S. Por uma ecologia do trabalho. *In: LEAL, M. C. et al. (org.) Saúde, Ambiente e Desenvolvimento: processo e conseqüências sobre as condições de Vida*. v. II São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/ABRASCO, 1992. p.79-98.
- \_\_\_\_\_. & COSTA, S.M.F.T. A construção do campo da saúde do trabalhador: percurso e dilemas. *Cadernos de Saúde Pública*. Novas Perspectivas em Saúde do Trabalhador, Rio de Janeiro, v. 13, sup. 2, p. 21-32, 1997.
- IANNI, O. *A Ditadura do Grande Capital*. São Paulo: Civilização Brasileira, 1981.
- KUCHENBECKER, R. O Modelo Operário Italiano: 30 anos depois. *Rev. Saúde em Debate*. Londrina, Pr: CEBES, n. 36, out., 1992. p.48-50.
- L'ABBATE, S. As Políticas de Alimentação e Nutrição no Brasil. I. Período de 1940 a 1964. *Revista de Nutrição da PUCCAMP*. Campinas, V. 1, n. 2, p. 07-54, jul./dez., 1988.
- LACAZ, F.A. de C. O Programa de Saúde dos Trabalhadores da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo: a agonia de uma proposta. *Rev. Saúde em Debate*. Londrina, Pr: CEBES, v.36, p. 41-57, out.,1992.
- \_\_\_\_\_. *Saúde do Trabalhador: um estudo sobre as formações discursivas da academia, dos serviços e do movimento sindical*. Campinas: [s.n], 1996. 432p. Tese (Doutorado) - Faculdade de Ciências Médicas, UNICAMP, 1996.
- \_\_\_\_\_. Saúde dos trabalhadores: cenário e desafios. *Cadernos de Saúde Pública*. *Novas Perspectivas em Saúde do Trabalhador*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 07-19, 1997.
- LAUAR, E.C.D.; CORDEIRO, R.; PINHEIRO, T.M.M. O Modelo Operário Italiano: 20 anos depois. *Rev. Saúde em Debate*. Londrina, Pr: CEBES, n32, p. 47-48, jun.1991.

- LAURELL, A.C. A Saúde-Doença como Processo Social. In: NUNES, E.D. (org.) *Medicina Social: aspectos históricos e teóricos*. São Paulo: Global, 1983. p. 133-158.
- \_\_\_\_\_. & NORIEGA, M. *Processo de Produção e Saúde. Trabalho e Desgaste Operário*. São Paulo: Hucitec, 1989. 333 p.
- LEITE, M. de P.(org.). *O Trabalho em Movimento: reestruturação produtiva e sindicatos no Brasil*. Campinas, SP: Papyrus, 1997. 254p.
- LESSA, I. (org.). *O Adulto Brasileiro e as Doenças da Modernidade*. Epidemiologia das Doenças Crônicas Não-Transmissíveis. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/ABRASCO, 1998. 284 p.
- LOPES, J.C.C. *A Voz do Dono e o Dono da Voz: trabalho, saúde e cidadania no cotidiano fabril*. São Paulo: Hucitec, 2000. 461p.
- LUKÁCS, G. As Bases Ontológicas do Pensamento e da Atividade do Homem. *Temas de Ciências Humanas*. São Paulo: Livraria Editora Ciências Humanas Ltda, 1978. p. 01-18.
- MACHADO, J.M.H. & GOMEZ, C.M. Acidentes de trabalho: concepções e dados. In: MINAYO, M. C. (org.). *Os Muitos Brasis: saúde e população na década de 80*. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/ABRASCO, 1995. p. 117-143.
- \_\_\_\_\_. Processo de vigilância em saúde do trabalhador. *Cadernos de Saúde Pública*. Novas Perspectivas em Saúde do Trabalhador, v.13, sup. 2, p.33-45, 1997.
- MAGALHÃES, L.V. *A Dor da Gente: Representações Sociais sobre as Lesões por esforços Repetitivos*. Campinas: [s.n], 1998. 235p. Tese (Doutorado) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, 1998.
- MARTINS Fº, H.B. Programa de Saúde dos Trabalhadores : histórico. In: COSTA, D.F.; CARMO, J.C. do; SETTIMI, M.M. *et al.* (orgs.) *Programa de Saúde dos Trabalhadores - A experiência da Zona Norte: uma alternativa em Saúde Pública*. São Paulo: Hucitec, 1989. p.19-31
- MARX, K. *O Capital: crítica da economia política*. São Paulo: Abril Cultural, 1983. Vol. 1. Livro Primeiro. Tomo 1. 301p.
- \_\_\_\_\_. *O Capital: crítica da economia política*. São Paulo: Abril Cultural, 1984. Vol. 1. Livro Primeiro. Tomo 2. 306p.
- \_\_\_\_\_. *Mauscritos Econômico-Filosóficos*. Lisboa: Edições 70, 1964. 270 p.

- MATTOS, U.A de O. & FREITAS, N.B.B. Mapa de Risco no Brasil: As Limitações da Aplicabilidade de um Modelo Operário. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v.10, n.2, p. 251-258, abr.-jun., 1994.
- MATTOSO, J. *A Desordem do Trabalho*. São Paulo: Scritta, 1995. 210p.
- MELO, A.I.S.C. de; ALMEIDA, G.E.S. de; MATTOS, U.A. de O. Na Corda Bamba do Trabalho Precarizado: a terceirização e a saúde dos trabalhadores. In: MOTA, A.E. (org.). *A Nova Fábrica de Consensos*. São Paulo: Cortez, 1998. 195-215.
- MENDES, E.V.; TEIXEIRA, C.F.; ARAÚJO, E.C.; et al. 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. p.159-185.
- MENDES, R. Aspectos Históricos da Patologia do Trabalho. In: MENDES, R. (org.). *Patologia do Trabalho*. Rio de Janeiro: Ed. Atheneu, 1995. p. 03-31.
- \_\_\_\_\_. *Doutrina e Prática da Integração da Saúde Ocupacional no Setor Saúde: contribuição para a definição de uma política*. São Paulo: [s.n.], 1986. 384p. Tese (Livre-Docência) – Faculdade de Saúde Pública, USP, 1986 *apud* DIAS, E.C. *A Atenção à Saúde dos Trabalhadores no Setor Saúde (SUS), no Brasil: Realidade, Fantasia ou Utopia?*. Campinas: [s.n], 1994. 335p. Tese (Doutorado) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, 1994.
- \_\_\_\_\_. & DIAS, E.C. Saúde dos Trabalhadores. In: ROUQUAYROL, M.Z. *Epidemiologia & Saúde*. 5ª ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999. p.431-456.
- \_\_\_\_\_. & DIAS, E.C. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v.25, n. 5, p. 341-349, 1991.
- MINAYO, M.C. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec /ABRASCO, 1992. 269p.
- MISSONI, E. Os Projetos de Cooperação Ítalo-Brasileira: Avaliação Italiana. *Divulgação em Saúde para Debate*. Encontro Ítalo-Brasileiro de Saúde. Londrina: CEBES, vol. 4, p. 133-134, jun.,1991.
- MONTEIRO, C.A. (org.) *Velhos e Novos Males da Saúde Pública no Brasil: a evolução do país e de suas doenças*. 2ª ed. rev. e aum. São Paulo: Hucitec, Nupens/USP, 2000. 435p.

- NUNES, E.D. & ROCHA, L.R. A Intervenção do Estado nas Relações de Trabalho: 1930-1945. In: ROCHA, L.E.; RIGOTTO, R.M.; BUSCHINELLI, J.T.P. (orgs). *Isto é trabalho de Gente? Vida, Doença e Trabalho no Brasil*. Petrópolis, RJ: Vozes, 1993. p.97-108.
- ODDONE, I.; MARRI, G.; GLORIA, S. et al. *Ambiente de Trabalho: a luta dos trabalhadores pela saúde*. São Paulo: Hucitec, 1986. 133p.
- OLIVEIRA, F. *A Economia da Dependência Imperfeita*. Rio de Janeiro: Graal, 1979. 159p.
- OLIVEIRA, J.A.A. & TEIXEIRA, S.M.F. (IM) *Previdência Social: 60 anos de história da previdência no Brasil*. 2ª ed. Petrópolis/Rio de Janeiro: Vozes/ABRASCO, 1989. 360p.
- OLIVEIRA, L.S.B de. *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 80*. Rio de Janeiro: [s.n.], 1994. 238p. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, 1994.
- OLIVEIRA, M. H. B. & VASCONCELLOS, L. C. Política de Saúde do Trabalhador no Brasil: Muitas Questões Sem Respostas. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.8, n.2, p.150-156, abr./jun., 1992.
- PIMENTA, A.L. & CAPISTRANO Fº, D. (orgs.) *Saúde do Trabalhador*. São Paulo: Hucitec, 1988. 179p.
- \_\_\_\_\_. A História do Programa Municipal de Saúde dos Trabalhadores. In: PIMENTA, A.L. & CAPISTRANO Fº, D. (orgs.) *Saúde do Trabalhador*. São Paulo: Hucitec, 1988. p.21-30.
- PINHEIRO, S. de A. A integração clínico-epidemiológica no ambulatório de saúde do trabalhador. In: ALESSI, N.P.; PALOCCI Fº A.; PINHEIRO, S. de A et al. (orgs.). *Saúde e Trabalho no Sistema Único de Saúde*. São Paulo: Hucitec, 1994. p.51-61.
- POCHMANN, M. *O Trabalho sob Fogo Cruzado: exclusão, desemprego e precarização no final do século*. São Paulo: Contexto, 1999. 205p.
- POSSAS, C. *Saúde e trabalho: a crise da Previdência Social*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Graal, 1989. 324p.
- QUEIROZ, M.I.P. Relatos orais: do “indizível” ao “dizível”. *Ciência e Cultura*, v.39, n. 3, p.272-286, mar., 1987.

- RAGO Fº, A. *A Ideologia 64: os gestores do capital atrofico*. São Paulo: [s.n], 1998. 371p.  
Tese (Doutorado) - Pontificia Universidade Católica de São Paulo, 1998.
- RAMALHO, J.R. Precarização do Trabalho e Impasses da Organização Coletiva no Brasil.  
*In: ANTUNES, R. (org.). Neoliberalismo, Trabalho e Sindicatos: reestruturação produtiva no Brasil e na Inglaterra*. São Paulo: Boitempo Editorial, 1997. p.85-113.
- REBOUÇAS, A.J. de A.; DIESAT (orgs.) *Insalubridade: Morte Lenta no Trabalho*. São Paulo: Oboré, 1989. 223p.
- RESTITUTTI, M.C. (coord.). Saúde Município de Campinas. Campinas: Prefeitura Municipal de Campinas, Secretaria de Planejamento e Meio Ambiente, Secretaria de Saúde. *Sumário de Dados*, n. 3, 1995. 148p.
- RIBEIRO, F.S.N. & VASCONCELLOS, L.C.F. Controle Social em Saúde do Trabalhador. A Prática do Discurso e o Discurso na Prática. *In: Congresso Brasileiro de Ciências Sociais em Saúde*, 1.,1995, Curitiba: ABRASCO, 1995. 12p. Mimeo.
- RIBEIRO, H.P. *A Violência Oculta do Trabalho: as lesões por esforços repetitivos*. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 1999. 240p.
- \_\_\_\_\_. & LACAZ, F.A. (orgs.). *De que Adoecem e Morrem os Trabalhadores*. São Paulo: DIESAT/IMESP, 1984. 236p.
- ROCHA, L.E. & NUNES, E.D. 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*. Petrópolis, RJ: Vozes, 1993. p. 122-137
- SADER, E. *Quando Novos Personagens Entraram em Cena: experiências e lutas dos trabalhadores da Grande São Paulo, 1970-1980*. 2ª ed. São Paulo: Paz e Terra, 1988. 329p.
- SALERNO, V.L. *Considerações sobre a Terceirização e as Possíveis Implicações nos Riscos de Acidentes de Trabalho Fatais*. Estudo da Região de Campinas no Período de 1990 a 1995. Campinas: [s.n], 1998. 107p. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 1998.
- SANTOS, U.B. de; SETTIMI, M.M.; WÜNCH Fº, V. *et al.* A Questão dos Acidentes de Trabalho. *In: COSTA, D.F.; CARMO, J.C. do; SETTIMI, M.M. et al. (orgs.) Programa de Saúde dos Trabalhadores - A experiência da Zona Norte: uma alternativa em Saúde Pública*. São Paulo: Hucitec, 1989. p.157-177.

- SCHRAIBER, L. B. Pesquisa qualitativa em saúde: reflexões metodológicas do relato oral e produção de narrativas em estudo sobre a profissão médica. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v.29, n.1, p.63-74, 1995.
- SETTIMI, M.M. & SILVESTRE, M.P. Lesões por esforços repetitivos (LER): um problema da sociedade brasileira. In: CODO, W. & ALMEIDA, M.C.C.G. (org.) *L.E.R.: Diagnóstico, Tratamento e Prevenção. Uma abordagem interdisciplinar*. Petrópolis, RJ: Vozes, 1995. p.321-355.
- SOUZA, A. M. T. de. Crise Contemporânea e a Nova Ordem Mundial: as forças produtivas e as classes sociais na atual ordem hegemônica. In: *Universidade e Sociedade* (6), 1994, p.30-39.
- \_\_\_\_\_. Prefácio. In: BRAGA, R. *A Restauração do Capital: um estudo da crise contemporânea*. São Paulo: Xamã, 1996. p.13-54.
- SOUZA, M.C. *As lesões por Esforços Repetitivos – LER: um estudo dos prontuários da Reabilitação Profissional*. Campinas: [s.n], 1998. 153p. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Ciências Médicas, UNICAMP, 1998.
- SPEDO, S.M. *Saúde do Trabalhador no Brasil: Análise do Modelo de Atenção proposto para o Sistema Único de Saúde (SUS)*. Campinas: [s.n], 1998. 173p. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Ciências Médicas, UNICAMP, 1998.
- TAMBELLINI, A. O Trabalho e a Doença. In: GUIMARÃES, R. (org.) *Saúde e Medicina no Brasil: contribuição para um debate*. 3ª ed. Rio de Janeiro: Graal, 1979, p.93-119.
- TEIXEIRA, C.F. & PINTO, L.L. A formação de pessoal em vigilância à saúde. *Informe Epidemiológico do SUS*, 1993, n. 6, p.5-21 *apud* SATO, L. As Implicações do Conhecimento Prático para a Vigilância em Saúde do Trabalhador. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v.12, n.4, p.489-495, out.-dez., 1996.
- TEIXEIRA, M.G. & RISI Jr., J.B. Vigilância Epidemiológica. In: ROUQUAYROL, M.Z. *Epidemiologia & Saúde*. 5ª ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999. p.301-325.
- TEIXEIRA, S.M.F. & OLIVEIRA, J.A. Medicina de Grupo: a medicina e a fábrica. In: GUIMARÃES, R. (org.) *Saúde e Medicina no Brasil: contribuição para um debate*. 3ª ed. Rio de Janeiro: Graal, 1979. p.181-205.
- YUNES, J. & PRIMO, E. Caracterização demográfica e social da realidade brasileira. In: GONÇALVES, E.L. *Administração de Saúde no Brasil*. São Paulo: Livraria Pioneira, 1982 *apud* ROCHA, L.E. & NUNES, E.D. 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*. Petrópolis, RJ: Vozes, 1993. p.122-137

YUNES, J. & RONCHEZEL, V.G.C. Evolução da mortalidade proporcional no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, jun. 1974 *apud* ROCHA, L.E. & NUNES, E.D. 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*. Petrópolis, RJ: Vozes, 1993. p.122-137

## **ANEXOS**

### **ANEXO 1**

#### **RELAÇÃO DOS DOCUMENTOS CONSULTADOS (por ordem de data)**

- CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde. *Projeto Piloto do Programa de Saúde do Trabalhador para o Sistema de Saúde do Município de Campinas*. Campinas, SP: SMS, s/d. Mimeo.
- CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde. Programa de Saúde do Trabalhador. *Avaliação do Ambulatório de Saúde do Trabalhador de Campinas (fevereiro a agosto de 1987)*. Campinas, SP: SMS, 1987a. Mimeo.
- CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde. Programa de Saúde do Trabalhador. *Documento interno do PST*. Campinas, SP: SMS, jun., 1987b. Mimeo.
- CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde. *Ante-projeto de saúde do trabalhador*. Campinas, SP: SMS, 1989. Mimeo.
- CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde. Programa de Saúde do Trabalhador. *Programação de Trabalho da Vigilância Sanitária - linhas gerais*. Campinas, SP: SMS, dez., 1990a. Mimeo.
- CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde. Programa de Saúde do Trabalhador. *Seminário Anual do PST*. Campinas, SP: SMS, 1990b. Mimeo.
- CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde. Programa de Saúde do Trabalhador. *Planejamento Estratégico-Situacional 91/92*. Campinas, SP: SMS, 1991a. Mimeo.
- CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde. Programa de Saúde do Trabalhador. *Avaliação breve da área de vigilância sanitária do PST-Campinas - Atividades em 1991*. Campinas, SP: SMS, 1991b. Mimeo.
- CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde. Programa de Saúde do Trabalhador. *Proposta para reorganização do atendimento ambulatorial. Situação Atual e Propostas para o PST*. Campinas, SP: SMS, 1992a. Mimeo.

- CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde. Programa de Saúde do Trabalhador. *Encaminhamentos para Implantação da Vigilância Sanitária*. Campinas, SP: SMS, 1992b. Mimeo.
- CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde. Programa de Saúde do Trabalhador. *Mimuta do Plano de Ação da Vigilância Sanitária*. Campinas, SP: SMS, 1992c. Mimeo.
- CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde. Programa de Saúde do Trabalhador. *Relatório do Núcleo de Educação e Pesquisa*. Campinas, SP: SMS, 1992d. Mimeo.
- CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde. Programa de Saúde do Trabalhador. *Relatório Anual de 1992 - Vigilância Sanitária*. Campinas, SP: SMS, 1992e. Mimeo.
- CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde. Programa de Saúde do Trabalhador. *Elementos para a formulação de diretrizes para a saúde do trabalhador do município de Campinas*. Campinas, SP: SMS, 1993. Mimeo.
- SANTOS, M.L.R.; BUENO, J.M.S.; MAGALHÃES L.V. *et al.* *Programa de Saúde do Trabalhador do Município de Campinas e Região - Diagnóstico e Diretrizes*. Campinas, SP: SMS, set.,1993. Mimeo.
- SILVESTRE, M.P. *Recuperação da História da área de educação do Programa de Saúde do Trabalhador de Campinas, através da avaliação de arquivos, documentos e atas de reuniões - versão 1*. Campinas, SP: SMS, 28/06/1993. Mimeo.
- SILVA, A.B. de C.M. da. *Diagnóstico do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador para o Planejamento*. Campinas, SP: SMS, ago.,1994. Mimeo.
- \_\_\_\_\_. & PÉREZ, M.A.G. *Breve Histórico do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador - CRST*. Campinas, SP: SMS, 22/08/94. Mimeo.
- \_\_\_\_\_. *Relatório de Atividades do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador no ano de 1994*. Campinas, SP: SMS, jan.,1995. Mimeo.
- CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde. Centro de Referência em Saúde do Trabalhador. *Planejamento de 1995*. Campinas, SP: SMS, 1995. Mimeo.
- CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde. *Programa de Saúde do Trabalhador de Campinas - Relatório Sumário de Atividades do Quadriênio 1993, 1994, 1995, 1996*. Campinas, SP: SMS, out.,1996. Mimeo.

## ANEXO 2

### ROTEIRO DA ENTREVISTA

1. Na sua opinião, qual o espaço que ocupa a política de saúde do trabalhador na política municipal, na estadual e na política nacional de saúde ?
2. Como você vê a evolução da política de saúde do trabalhador em Campinas (de 1987 até hoje): Qual o papel da estrutura central: PST, criada recentemente? Qual a efetividade do processo de descentralização de ações para a rede pública municipal ?
3. Qual é a sua leitura sobre a trajetória das três áreas de atuação do PST/CRST (Assistência, Vigilância e Educação) ?
4. Na área de Assistência, como se compõe historicamente a demanda do serviço e qual o impacto da descentralização dos acidentes de trabalho (1994) na reorganização da demanda?
5. Qual o impacto das ações de vigilância nos ambientes de trabalho ?
6. Como você analisa a relação entre a gestão municipal do programa e o movimento sindical ?
7. Na sua opinião, qual a importância do I Fórum Interinstitucional de Saúde do Trabalhador, ocorrido em 1993, para a consolidação da política de saúde do trabalhador em Campinas ?
8. Na história do PST há o registro de ações que derivaram em dispositivos legais ?
9. Quais os resultados práticos da relação entre o PST/CRST e o plano externo: Conselho Local de Saúde, relações interinstitucionais, convênios assinados, Conselho Municipal de Saúde ?
10. Como medir o impacto da política de saúde do trabalhador na morbimortalidade relacionada ao trabalho ?

**ANEXO 3****RELAÇÃO DOS TRABALHOS APRESENTADOS PELA EQUIPE DO  
CRST-CAMPINAS NOS DOIS ÚLTIMOS ANOS**

**XV Congresso Mundial sobre Segurança e Saúde no Trabalho, São Paulo, 12 a 16/04/1999:**

- PÉREZ, M.A.G.; SOUZA, S.L. de; TAVARES, A.M; SALDERA, M.; PAULINO, H. *Acidentes de Trabalho entre Adolescentes no Município de Campinas – SP.*
- RAMALHO, A.L.G.; ARIAS, A.P.M.; TAVARES, A.M.; LIMA, E.R.Z. de. *A PAIR no Município de Campinas e Região*
- RAMALHO, A.L.G.; ARIAS, A.P.M.; TAVARES, A.M. LIMA, E.R.Z. de; LOUREIRO, J.F.& SILVA, L.F. *Ruído em uma Empresa Gráfica*
- RAPELLO, F.T.; LOUREIRO, J.F.; FREITAS, S.M de; AZEVEDO, S.P. de; SALERNO, V.L. *Intervenção na Condição do Trabalhador*
- TAVARES, A.M.; SOUZA, S.L. de; SALERNO, V.L. *Estudo dos Acidentes de Trabalho em Campinas nos anos de 1996 e 1997.*

**VI Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva (ABRASCO), Salvador – Ba, de 28/08 a 01/09 2000**

- NASCIMENTO, R.S.; OLIVEIRA, T.F.; SALERNO, V.L. *Atualização do Perfil Ocupacional dos Pacientes Portadores de LER na Região de Campinas.*
- SALERNO, V.L. *Óbito e Idade: o risco de envelhecer trabalhando.*

## ANEXO 4

### RELAÇÃO DAS DISSERTAÇÕES/TESES DEFENDIDAS A PARTIR DAS ATIVIDADES DO CRST-CAMPINAS

- CORDEIRO, R. *Pressão arterial diastólica entre motoristas e cobradores de Campinas, usuários de um serviço de saúde ocupacional*. Campinas: [s.n], 1991. Dissertação (Mestrado). Ciências Médicas, UNICAMP<sup>89</sup>.
- MAGALHÃES, L.V. *A Dor da Gente: Representações Sociais sobre as Lesões por Esforços Repetitivos*. Campinas: [s.n], 1998. 235p. Tese (Doutorado). Faculdade de Ciências Médicas, UNICAMP<sup>90</sup>.
- SALERNO, V.L. *Considerações sobre a Terceirização e as Possíveis Implicações nos Riscos de Acidentes de Trabalho Fatais*. Estudo da Região de Campinas no Período de 1990 a 1995. Campinas: [s.n], 1998. 107p. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo<sup>91</sup>.

---

<sup>89</sup> O autor não tem vínculo com o Programa, apenas colheu os dados de pacientes do serviço.

<sup>90</sup> Trabalho resultante da atuação da autora no CRST, através de sua inserção como docente do Curso de Terapia Ocupacional da PUC-Campinas, e como Coordenadora da área de Saúde e Trabalho do Núcleo de Saúde daquela universidade.

<sup>91</sup> A autora é médica do CRST e foi uma das entrevistadas nesta pesquisa.

## ERRATA

Nas REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

PÁGINA 206: onde consta

\_\_\_\_\_. *A Miséria Brasileira: 1964-1994 – do golpe militar à crise social*. São Paulo: Estudos e Edições Ad Hominem, 490p.

acrescentar o ano: 2000, após o nome da Editora.

PÁGINA 213: acrescentar a referência:

TAKAHASHI, M.A.B.C. *Avaliação em Reabilitação Profissional. A Experiência de Adoecer por LER e o Resgate da Autonomia: uma trajetória singular*. Campinas: [s.n], 2000. 109p. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Ciências Médicas, UNICAMP, 2000.