



Ciência & Saúde Coletiva

ISSN: 1413-8123

cecilia@claves.fiocruz.br

Associação Brasileira de Pós-Graduação em

Saúde Coletiva

Brasil

Minayo Gomez, Carlos; De Castro Lacaz, Francisco Antônio

Saúde do trabalhador: novas-velhas questões

Ciência & Saúde Coletiva, vol. 10, núm. 4, outubro/dezembro, 2005, pp. 797-807

Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63010402>

- ▶ Como citar este artigo
- ▶ Número completo
- ▶ Mais artigos
- ▶ Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe , Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Saúde do trabalhador: novas-velhas questões

Workers' health: new-old questions

Carlos Minayo Gomez ¹
 Francisco Antonio de Castro Lacaz ²

Abstract This theoretical paper for debate presents three crucial questions about the workers' health subject: (a) the absence of a National Policy that gives a conceptual fundament, guides for implementation, strategies and plans for action and evaluation of its effectivity; (b) fragmentation and dispersion of the scientific production of the area, defaulting the important contribution that the academic sector could offer for fundamental the action of health policy makers, social movements, executives and professionals of the area; (c) weakness and low capacity of social movements and workers representative groups, in the actual crises resulted of the productive restructuring, to formulate qualified demands for respond with adequate instruments the contemporary problems of the workers situation in Brazil. The method used to construct this article was a critical revision of the official documents and of the scientific production of the area named in Brazil as "workers' health movement". They founded the analyses and the emergent questions. The theoretical basis comes from the literature about productive restructuring in Brazil, mainly that who treats about its worse effects in the health of working class population; and classic texts that articulate the workers' health knowledge field.

Key words Workers' health policy, Health and work, Productive restructuring and health

Resumo Como artigo para debate, este texto apresenta três questões consideradas cruciais pelos autores: (a) ausência de uma efetiva Política Nacional de Saúde do Trabalhador que coloque um marco conceitual claro, apresente diretrizes de implementação e proponha estratégias e planos de ação e de avaliação para efetivá-la; (b) fragmentação e dispersão da produção científica da área, prejudicando a importante colaboração que a Academia poderia oferecer para fundamentar as necessidades dos agentes políticos, movimentos sociais, gestores e profissionais de saúde; (c) enfraquecimento e pouca capacidade de pressão dos movimentos sociais e dos trabalhadores, evidenciando a falta de qualificação das demandas, diante dos desafios do momento presente do mundo do trabalho no Brasil. O método deste trabalho consistiu na revisão crítica de documentos e publicações da área a fim de fundamentar o tom do debate e as questões levantadas. As bases teóricas de toda a argumentação são os textos que tratam da reestruturação produtiva no Brasil, sobretudo os que analisam os efeitos nefastos desse processo e, também, os fundamentos do chamado "campo de saúde do trabalhador".

Palavras-chave Política de saúde do trabalhador, Saúde e trabalho, Reestruturação produtiva e saúde

¹ Centro de Estudos da Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana, Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz. Rua Leopoldo Bulhões 1480, Manguinhos, 21041-230, Rio de Janeiro RJ.
 minayogo@ensp.fiocruz.br
² Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Medicina, setor de Planejamento em Saúde, Departamento de Medicina Preventiva.

Introdução

Passaram-se quase 20 anos da realização da 1ª Conferência Nacional de Saúde dos Trabalhadores (I CNST), e até hoje não se conseguiu implantar uma Política Nacional de Saúde do Trabalhador (ST) no país. Da mesma forma que em outros campos, essa dificuldade de implementação é resultante de muitos fatores: deficiências históricas na efetivação das políticas públicas e sociais no país; baixa cobertura do sistema de proteção social; fragmentação do sistema de segurança social concebido na Constituição de 1988 para funcionar integradamente; situação agravada, nos últimos anos, pela inexorável reestruturação produtiva que vem transformando profundamente a configuração do mundo do trabalho e o modelo de atenção com o qual se habituaram a atuar os que militam no setor. As indiscutíveis mudanças ocorridas nos processos produtivos e nas relações sociais de produção nos últimos 20 anos (coincidindo com o tempo histórico da oficialização das primeiras propostas de política de saúde dos trabalhadores) e que, no mundo ocidental, vinham acontecendo desde a década de 1970 constituem uma verdadeira crise sistêmica atingindo trabalhadores, seus órgãos de representação, as políticas públicas trabalhistas, as propostas formuladas pela ST e sua produção científica. Apesar dessas constatações, do ponto de vista institucional, não se pode eximir o Ministério da Saúde (MS) que, ao longo dos sucessivos governos, foi relegando a construção de um corpo técnico capaz de formular e apoiar a efetivação de ações programáticas para consolidar o campo da ST, além de não ter estabelecido articulação efetiva e necessária com o Ministério do Trabalho e Emprego (MTE) e o Ministério da Previdência Social (MPS).

Ao constatar a ausência de uma efetiva Política Nacional, não podemos desconhecer que houve algumas tentativas ministeriais de formulação de propostas. A penúltima foi em 1999, quando o MS fez uma convocação ampliada dos profissionais da área nos três níveis de gestão, de pesquisadores e de parceiros do setor de trabalho e previdência e representantes dos trabalhadores, realizando ampla discussão para elaboração de um documento básico. Atualmente, em 2004, novo texto vem sendo apresentado com o sugestivo título de Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador (PNSST), tendo sido redigido em conjunto pelo MS, MTE e MPS, divulgado para consulta

pública. A esse documento se acrescenta a convocação da III CNST, feita também em conjunto por esses ministérios.

Tais iniciativas atuais, em tese, são um passo importante, principalmente porque o documento de Política de Estado já apresenta propostas integradas dos três ministérios (Saúde, Trabalho e Previdência), o que vinha sendo reivindicado por todos os que atuam no campo e convivem, por anos a fio, com atuações fragmentadas, superpostas e com conflitos de competências. No entanto, temos pela frente, se for colocado em prática o documento proposto e a ser conduzido pelo Grupo Executivo Interministerial de Saúde do Trabalhador (GEISAT), pelo menos dois grandes desafios: 1) estabelecer um diálogo com vistas a obter consenso sobre concepções diferentes e freqüentemente conflitantes entre os ministérios parceiros; 2) compatibilizar suas agendas reais, geralmente recheadas por prioridades específicas, uma vez que esses setores não têm tradição de programar e efetuar ações articuladas de promoção, proteção e reabilitação da saúde dos trabalhadores.

Quando falamos da ausência de uma Política Nacional, referimo-nos à inexistência de um quadro referencial de princípios norteadores, de diretrizes, de estratégias, de metas precisas e de um corpo profissional técnico-político preparado, integrado e estável, capaz de garantir a efetividade de ações para promover a saúde dos trabalhadores, prevenir os agravos e atender aos problemas existentes. Mais ainda, referimo-nos a profissionais capazes de, em colaboração com todas as instâncias que atuam no setor, acompanhar as aceleradas mudanças no quadro dos processos produtivos, atualizando permanentemente as propostas de ação. O papel desse quadro técnico-político é muito relevante na atual conjuntura de evidente crise de representatividade e de débil poder de pressão das instâncias de controle social, como é o caso da Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador (CIST) e dos movimentos dos trabalhadores.

Nesse levantamento de problemas, é preciso ressaltar que continua também pendente a construção de um diagnóstico de base sobre a situação de saúde dos trabalhadores brasileiros que possa fundamentar planos de ação viáveis e de acordo com o quadro real de necessidades. Certamente, dada à complexidade da atual conjuntura de situação dos trabalhadores, qualquer análise dos agravos à sua saúde será parcial e incompleta. No entanto, carece de sentido continuar justificando a omissão de juntar

recursos nessa direção com uma série de raciocínios circulares e paralisantes, o que vem ocorrendo quer em nossas publicações acadêmicas, quer em documentos oficiais. Por exemplo, recorremos aos dados da Previdência para complementar os do setor Saúde, mesmo reconhecendo seu caráter restritivo e admitindo ainda que quase nunca serão considerados na definição das ações de vigilância. Tanto gestores quanto investigadores, queixamo-nos da ausência de dados sistematizados sobre o universo da força de trabalho brasileira, como se essa realidade pudesse ser modificada sem o nosso concurso. Todos sabemos que a integração de informações só pode ocorrer quando há ações articuladas e planejadas em conjunto.

Cabe perguntar-nos pelas possíveis razões que explicam a ausência de instrumentos apropriados e efetivos do Sistema Único de Saúde (SUS) para pautar e subsidiar uma política efetiva de ST. A nós, produtores de conhecimento, com certeza cabe grande cota de responsabilidade. Neste texto, apontamos uma série de questões que, a nosso ver, convém ter presentes neste novo momento de inflexão que é a III CNST. Faremos um breve balanço sobre a produção científica e uma rápida análise das intervenções que ocorrem nos serviços de saúde e da atuação das organizações dos trabalhadores. Por se tratar de um artigo para debate, damos ênfase a posições e práticas mais extremas, a fim de suscitar a reflexão acerca de possíveis encaminhamentos políticos, gerenciais, teóricos e práticos.

Limites teórico-metodológicos ou adequação da teoria à prática?

A abordagem da Saúde Coletiva e da Medicina Social Latino-Americana permitiu ampliar a compreensão teórica e prática, em vários níveis de complexidade, das relações entre o trabalho e a saúde com a incorporação do conceito nucleador “processo de trabalho”, extraído da economia política, na sua acepção marxista. Esse conceito passou a ser o marco definidor do que denominamos Campo de Estudos da Saúde do Trabalhador (Laurell & Noriega, 1989; Lacaz, 1996; Minayo Gomez & Thedim-Costa, 1997) e, quando o adotamos em toda a sua extensão teórica, obtemos um alto poder explicativo da gênese dos agravos à saúde em segmentos específicos de trabalhadores. A análise dos processos de trabalho é uma ação teórico-prática

potente, pois permite identificar as transformações necessárias a serem introduzidas nos locais e ambientes para a melhoria das condições de trabalho e saúde. No entanto, o seu uso sempre requer um tratamento interdisciplinar que dê conta de contextualizar e interpretar a interseção entre as relações sociais e técnicas que ocorrem na produção, assim como, de considerar a subjetividade dos vários atores sociais nelas envolvidos. Ademais, realizar investigações sob essa ótica significa ultrapassar concepções e práticas hegemônicas da Medicina do Trabalho e da Saúde Ocupacional (Lacaz, 1996) que, numa perspectiva positivista, formulam articulações simplificadas entre causa e efeito. As várias dimensões do processo de trabalho, tomadas como campo nucleador de reflexão, pressupõem a constituição de equipes de pesquisadores de diversas áreas de conhecimento atuando de forma interdisciplinar, o que raramente vem ocorrendo. Portanto, a primeira questão que levantamos para debate sobre as limitações da produção científica diz respeito ao descompasso entre o inquestionável avanço do ponto de vista teórico para apreender a complexidade das questões relativas à saúde dos trabalhadores e o nível dos resultados empíricos alcançados nos estudos.

Um segundo ponto importante a ser ressaltado para reflexão é o fato de que o conceito de processo de trabalho foi elaborado originalmente para interpretar o trabalho produtivo industrial. Sua utilização foi particularmente oportuna para o estudo da fábrica taylorista-fordista. A concepção de ST, da mesma forma que as de Medicina do Trabalho e de Saúde Ocupacional, carrega as marcas de origem e do contexto de hegemonia da sociedade industrial. De fato, a maior parte dos estudos desenvolvidos no Brasil ao longo dos anos 70 e 80 do século passado tinha como objeto de preocupação o trabalho no “chão de fábrica”, sendo demandados por sindicatos de trabalhadores dos setores metalúrgicos, químicos, petroquímicos e, em menor proporção, pelos bancários, comerciários e metroviários, categorias essas, vinculadas ao setor de serviços (Lacaz, 1996). Na própria redação da Lei Orgânica da Saúde (lei 8.080/90), o entendimento do que seja Saúde do Trabalhador diz respeito implicitamente aos que operam as indústrias. Chegamos à conclusão semelhante quando verificamos a preponderância absoluta dos que têm formações tradicionais em saúde (clínica, toxicologia) ou da higiene industrial (engenheiros e técnicos

de segurança), entre os profissionais que atuam na área. Da mesma forma, as negociações tripartites (Estado-Capital-Trabalho) de caráter nacional, encaminhadas nos últimos 10 anos, carregam uma grande identidade com a indústria, na medida em que se dirigem para agentes específicos, como é o caso do Acordo Nacional sobre uso de prensas injetoras no setor plástico-químico, ou dos solventes e poeiras, caso do Repertório Brasileiro do Benzeno e da Luta Nacional pelo Baniamento do Uso do Asbesto/Amianto. Tais atuações são absolutamente necessárias e não há por que questioná-las. Apenas assinalamos que elas não constituem a totalidade e nem, em termos de magnitude, representam os principais problemas atuais de saúde dos trabalhadores.

Dante das mudanças contemporâneas no âmbito das relações de trabalho que atingem os mais diferentes setores, consideramos o modelo ou paradigma convencional da ST insuficiente, pois não acompanha e nem abrange os efeitos mais nefastos do movimento mundial de reestruturação produtiva que, sem excluir formas arcaicas, tradicionais e modernas de produção, impactam fortemente a vida e a saúde de grandes contingentes de trabalhadores na informalidade que atuam em condições insecuras, precárias ou simplesmente estão desempregados. Nenhuma proposta de promoção e atenção adequada hoje pode desconhecer, também, um fato que vem sendo demonstrado em todas as pesquisas específicas sobre acidentes de trabalho: a maioria dos trabalhadores está morrendo devido a violências e acidentes de trajeto (Wünsch Filho, 2004), o que coincide com o perfil de morbimortalidade da população brasileira em geral, para a qual, as causas externas são a segunda causa de morte, depois das enfermidades cardiovasculares. O modelo tradicional, igualmente, não incorpora a questão ambiental, hoje de extrema relevância para a consciência social e reclamando pelo protagonismo dos trabalhadores tanto nos locais de produção como nos espaços de reprodução e de exercício da cidadania.

Em conseqüência, além da necessidade de se efetuarem ajustes e adaptações na aplicação do conceito de “processo de trabalho” para o entendimento de determinadas realidades nas novas situações de produção, enfrentamos o desafio de construir novos conceitos e categorias capazes de dar conta da compreensão do amplo e majoritário universo de trabalhadores sem vínculos formais e desempregados. Uma

nova proposta, um novo olhar e uma nova prática precisam abarcá-los, uma vez que eles não constituem um mundo à parte e, sim, estão no mesmo universo da reestruturação produtiva, evidenciando a crise da sociedade assalariada (Oliveira, 2005).

Todos vivemos um período de perplexidade e temos um senso de impotência em compreender e dar respostas aos dilemas atuais e em detectar os principais agravantes do quadro de mudanças do modelo industrial para o chamado “modelo pós-industrial”. O movimento de destruição-reconstrução, simultâneo, da conjuntura atual é muito mais complexo, diversificado, difícil, desafiante e instável. Nessa nova configuração, os trabalhadores industriais são minoritários, embora continuem com velhos problemas exaustivamente conhecidos, aos quais se somam os provenientes da adoção do novo paradigma tecnológico de organização e gestão do trabalho. Entretanto, as questões deste grupo, por estarem localizadas, são mais facilmente diagnosticáveis. A questão central do conjunto da produção científica é que a referência ainda presente nela é em grande parte o setor industrial. Mesmo quando tomamos para análise o conjunto dos trabalhadores formais, percebemos muito pouco investimento no conhecimento dos que atuam nos setores de serviços e agrícola.

Na verdade, um diagnóstico inicial da produção científica aponta para um real encolhimento da reflexão e do empenho individual e coletivo para construir referenciais e instrumentos que dêem conta da totalidade heterogênea que configura hoje o universo dos trabalhadores brasileiros. Seria preciso, no momento atual, investir fortemente no conhecimento dos diversos tipos de agravos à saúde em todos os setores nos quais se acumulam problemas causados pela labilidade dos vínculos de trabalho, como os casos de terceirização espúria, cooperativismo fraudulento, determinados tipos de trabalho informal – incluindo-se aí o antigo e hoje crescente trabalho familiar – e o desemprego. Ainda são raros os estudos como os de Selligmann-Silva (2001), que pesquisa especificamente o impacto do desemprego de longa duração na sociabilidade e na saúde desses excluídos do mercado de trabalho. Pesquisar, nomear e distinguir o imenso contingente socialmente desprotegido no qual os trabalhadores do setor terciário da economia assumem lugar qualitativa e quantitativamente preponderante, constitui o maior desafio acadêmico atual.

Dados da Organização Internacional do Trabalho (OIT) ilustram algumas dimensões do problema: no Brasil, entre 1990 e 2003, de cada dez novos empregos, sete foram informais, sendo que, em 2003, nove em cada dez dessas ocupações eram no setor de serviços (OIT, 2004). Um indicativo revelador do grau de desproteção social hoje existente encontra-se no fato de que, em 2002, cerca de 54,8 das pessoas ocupadas no país não contribuíam para qualquer tipo de previdência (IBGE, 2003). Temos aí uma expressão extrema, e até calamitosa, do sentimento geral de insegurança e de mal-estar: no mercado do trabalho, no emprego, na renda, na contratação e na representação dos trabalhadores. É o que mostram também os trabalhos de Selligmann-Silva (2001) quando evidenciam, qualitativa e empiricamente, as repercussões psicosociais e psicopatológicas da subtração do emprego que se apresentam sob a forma de degradação da saúde mental, percorrendo várias fases que vão do retraimento, ao afastamento e ao isolamento social e afetando a vida material, a sociabilidade e a subjetividade. O estudo de Sant'Anna (2000), sobre o mesmo problema do desemprego, chama a atenção para a diversidade de estratégias organizativas e de geração de renda encontradas por trabalhadores para enfrentar ondas de demissão em massa, evidenciando forças novas que surgem dos escombros das rápidas mudanças no mundo do trabalho e que precisam de apoio institucional.

A crise do pensamento intelectual na área vem junto com a decadência da representatividade dos órgãos sindicais e de sua capacidade de desencadear e acompanhar demandas relativas à questão saúde-trabalho. Para a precarização do trabalho formal e informal cada vez mais intensa (Oliveira, 2005), para o desemprego aberto, para a perda de vínculos não há hoje resposta plausível por parte dos sindicatos mais representativos e organizados no passado próximo. Um vasto mundo sem mediações políticas e sem registros publicamente discerníveis nas estatísticas convencionais para avaliar emprego e ocupações está exigindo a construção de um código do trabalho capaz de atender a demandas inadiáveis.

Criar esse novo instrumento significa algo tão relevante como foi, nos meados do século passado, a Consolidação das Leis Trabalhistas, a CLT. Mas essa não é uma tarefa fácil: numa situação de risco social, os que têm seus direitos garantidos se apegam a eles como se fossem absolutos. Ademais, nessa crise sistêmica das rela-

ções sociais de produção, os órgãos de Estado, com a missão constitucional de dar proteção social como é o caso do MTE e o da PS, se refugiaram nos paradigmas tradicionais que privilegiam o mercado formal e dos segurados.

Diante da situação descrita cresce o papel estratégico do SUS, tendo em vista sua reconhecida capilaridade para promover a universalização da atenção à saúde, sua tradicional capacidade de criar mecanismos de atenção coletiva e específica e de convocar a participação e o controle dos trabalhadores. O protagonismo do setor saúde nessa área, criando alternativas aos modelos restritos e sendo capaz de oferecer uma atenção abrangente dos problemas reais da diversidade de trabalhadores e desempregados nos espaços socioculturais peculiares, pode fazer grande diferença e promover mudanças.

Contribuição e lacunas dos estudos acadêmicos

Ao indagarmos acerca da contribuição acadêmica para o diagnóstico da situação atual e nos perguntarmos se ela dá conta de subsidiar propostas de ação para a proteção da saúde dos trabalhadores e de superar um discurso político que não tem mais eficácia no tempo presente, deparamo-nos com diversas questões.

Em primeiro lugar, é preciso constatar que a produção científica na área apresenta uma tendência continuada de crescimento nas últimas décadas, universalizando-se por muitas instituições universitárias, abrangendo diversas áreas do conhecimento e, inclusive, recebendo o influxo das contribuições dos profissionais que atuam nos serviços de saúde. Esse incremento acompanha a multiplicação dos cursos de pós-graduação no país, mormente no campo da saúde coletiva. Da mesma forma que em outros âmbitos do conhecimento, o número maior de pesquisas e textos publicados se concentra em universidades federais, estaduais e pontifícias. É preciso ressaltar que a maior parte da produção ocorreu a partir dos anos 90. E os temas de estudo voltados para questões de trabalho-saúde corresponderam à notável visibilidade social e reconhecimento jurídico-institucional desse campo no âmbito da saúde coletiva, coincidindo com a implantação e consolidação das práticas de assistência e vigilância em alguns estados brasileiros que contaram com a participação ativa de militantes sindicais.

Entretanto, mesmo reconhecendo a evolução positiva do número de publicações, segundo dados internacionais e sem entrar no mérito da qualidade, estima-se que a produção brasileira represente menos de 1% dos artigos científicos divulgados anualmente com enfoque nas relações entre trabalho e saúde (Wünsch Filho, 2004).

A segunda questão dessa pauta diz respeito à abrangência e à organicidade das publicações. Amostra significativa para análise se encontra num levantamento de títulos, autores e instituições, realizado por Mendes (2003), cobrindo o período de 1950-2002 e referente a teses e dissertações que, direta ou indiretamente, abordam questões da relação trabalho-saúde. Por tratar-se de artigo que somente nomeia os títulos é difícil avaliar a contribuição dos textos citados. Contudo, podemos encarar esse levantamento com algumas hipóteses. Uma seria acreditar que eles evidenciam tendências da produção na área porque esses mestres e doutores constituirão os pesquisadores de amanhã. Outra seria concluir, o que não é implausível, que os temas mais freqüentemente abordados refletem a existência de grupos de pesquisa ou de pesquisadores atuantes que investigam e orientam sobre os assuntos que acumulam maior número de publicações. Assim, os temas mais focalizados das teses e dissertações constituiriam aprofundamento dos interesses dos orientadores. Ou ainda, contrariamente, que os assuntos menos pesquisados representariam a contribuição de alunos sob orientação de professores que atuam com uma grande variedade de temas.

Ao analisar o levantamento, observamos que a imensa maioria dos problemas de saúde abordados se refere a trabalhadores industriais, num espectro de categorias bastante amplo e sob abordagens próximas às da medicina do trabalho. Ao longo de todos esses anos vêm sendo abordadas patologias clássicas como saturnismo, pneumoconioses, surdez (abordada sob os mais diversos ângulos) e, mais recentemente, doenças do sistema musculoesquelético. Também sobressaem propostas de desenvolvimento de metodologias e diversas análises toxicológicas sobre exposição a agentes específicos, particularmente agrotóxicos e solventes. E fica muito evidente, na última década, a predominância de abordagens ergonômicas, sobretudo em departamentos de engenharia de produção de universidades federais.

Apenas em anos recentes vêm emergindo estudos do setor de serviços, ampliando-se os

tipos de ocupações pesquisadas que, tradicionalmente, se concentravam nas categorias de bancários e de trabalhadores da área de informática. Nessas pesquisas, as análises enfatizam questões derivadas da organização do trabalho. Cabe destacar ainda que existe uma grande quantidade de teses sobre profissionais da área de saúde, preponderando estudos sobre enfermeiros(as), realizados nas próprias escolas ou faculdades de Enfermagem. Igualmente são objeto de um número considerável de trabalhos a saúde mental e as LER. Poucas são as teses que focalizam problemas gerais da área, temáticas relativas à política, modelos e serviços de atenção à saúde dos trabalhadores e aos processos da vigilância.

No amplo espectro de temas tratados, questões relevantes como acidentes de trabalho e doenças com grande período de latência como câncer, particularmente em trabalhadores da indústria química e petroquímica, são muito pouco abordadas. Também são escassos os estudos mais abrangentes de cunho epidemiológico, os referentes à situação dos trabalhadores terceirizados e, em número ainda menor, os que tratam dos trabalhadores do setor informal.

Em resumo, a considerar o levantamento realizado por Mendes, é evidente o predomínio da construção de conhecimento fragmentado, disperso, unidisciplinar, quando não repetitivo e tecnicista, resultante de pesquisas e análises pontuais desenvolvidas com abordagens próprias de cada disciplina: ou só da epidemiologia, ou só das ciências sociais e humanas, ou só da toxicologia, ou só da engenharia, dentre outras. Embora fosse necessária uma análise cuidadosa para fundamentar uma crítica mais precisa, o que foge à finalidade deste artigo, perguntamos-nos até que ponto os mesmos problemas apontados em relação às teses não se estendem às outras publicações da área. Dar essa resposta com algum grau de profundidade implicaria considerar o limitado número de programas de pós-graduação com área de concentração em trabalho e saúde, a formação específica dos corpos docentes que desenvolvem pesquisas nesse campo, a ausência de equipes interdisciplinares ou a falta de empenho em construí-las por parte das instituições ou de induzi-las por parte das agências de fomento.

Para concluir, gostaríamos de assinalar a contradição entre o tamanho da tarefa que temos pela frente visando criar instrumentos teóricos adequados ao novo momento histórico, e a força das políticas institucionais de ava-

liação da produção de docentes e pesquisadores que, ao priorizar metas quantitativas, acirram a competição entre pares e entre grupos e exacerbam o individualismo. O fato de ter de publicar “a qualquer preço” leva muitos pesquisadores a optarem pelo caminho mais fácil da repetição de modelos teóricos e metodológicos tradicionalmente adotados, com receio de inovar e não obter reconhecimento. O que mais existe na produção de nossa área é um forte investimento na aplicação correta dos métodos, o que ocorre, por exemplo, em estudos com base na abordagem epidemiológica de dados primários ou secundários, sem a preocupação de se contextualizar o problema no quadro situacional dos trabalhadores e sem discutir a pertinência e significância do objeto estudado e sua contribuição para o avanço do conhecimento ou para o desencadeamento de ações práticas. Igualmente, a introdução do instrumental das ciências sociais e humanas e a intensificação do número de pesquisas de cunho qualitativo, como já tinham observado Minayo Gomez e Thedim-Costa (2003), não têm sido feitas com suficiente rigor, salvo raras exceções. A forma rudimentar e focalizada das análises que se multiplicaram no período tem contribuído muito pouco para ampliar e para aprofundar o conhecimento dos trabalhadores.

Em síntese, resta muito por fazer na atual encruzilhada da produção científica sobre a saúde dos trabalhadores brasileiros. Nós, pesquisadores, precisamos de muito mais diálogo e ousadia. E gostaríamos de ressaltar que faltam, também, rumos e demanda qualificada por parte dos responsáveis pelas políticas e gestores. Desses últimos, seria importante exigir a efetivação de um processo de indução que incite as universidades e, principalmente, suas pós-graduações, a darem uma contribuição mais articulada e efetiva, a trabalhar em rede ou de forma interinstitucional, buscando fundamentar abordagens e diagnósticos que redundem na formulação de estratégias de caráter propulsivo.

Consideramos como ponto importante deste debate a necessidade de uma decisão conjunta por parte dos Ministérios da Saúde, do Trabalho e da Previdência com a parceria do Ministério de Ciência e Tecnologia, através de suas agências de fomento, de abertura de editais visando impulsionar censos específicos, pesquisas contextualizadas e interdisciplinares e estudos de problemas cruciais ainda pouco abordados. Essa proposta está em sintonia com o do-

cumento anteriormente referido de PNSST, ainda em consulta, que preconiza a estreita relação entre instituições de pesquisa, universidades e serviços para identificação e enfrentamento de problemas prioritários; a criação de uma rede de centros colaboradores como referência para o desenvolvimento técnico-científico do campo e a garantia de recursos públicos para financiamento de linhas de pesquisa. Trata-se de uma proposta, a nosso juízo, adequada, para que não continuemos na mera constatação de “a escassez e inconsistência das informações sobre a real situação de saúde dos trabalhadores (que) dificultam a definição de prioridades para as políticas públicas, o planejamento e a implementação das ações de saúde do trabalhador”. O referido texto anuncia claramente nas suas diretrizes e estratégias, a pretensão de promover “a inclusão de todos os trabalhadores brasileiros no sistema de promoção e proteção à saúde”. Também é extremamente oportuno o destaque que a proposta da PNSST dá à necessidade de se harmonizarem “as políticas econômicas, de Indústria e Comércio, Agricultura, Ciência e Tecnologia, Educação e Justiça, em perspectiva intersectorial e de transversalidade”. É preciso alertar, porém, que no texto não aparecem os indicativos de como serão efetivadas tais estratégias e seria fundamental que elas fossem explicitadas em planos de ação específicos, levando-se em conta, inclusive, os maiores entraves conjunturais, nos vários setores, para o exercício das atribuições de cada um.

Efetivação dos serviços de atenção

Quando referimos, no início, que se passaram vinte anos sem que a Política Nacional de Saúde do Trabalhador fosse implementada, não estamos afirmando que nada foi feito no país em relação aos planos traçados. Por exemplo, várias ações foram realizadas no âmbito da atenção à saúde dos trabalhadores, embora não de forma universal e orgânica. Historicamente, a implantação dos serviços de ST no SUS pode ser compreendida em momentos diferenciados, considerando-se a predominância do protagonismo dos atores sociais envolvidos.

O primeiro deles se inicia em 1978 e termina em 1986, sendo parte do movimento pela Reforma Sanitária (Lacaz, 1994). Inclui a realização da I CNST como desdobramento da VIII Conferência Nacional de Saúde e é marcado pela incorporação da atenção à saúde dos tra-

balhadores como uma prática de Saúde Pública, na rede básica, os então chamados Programas de Saúde do Trabalhador (PST) (Freitas, Lacaz e Rocha, 1985). Esse modelo de atenção adotou princípios e diretrizes que posteriormente foram incorporados ao SUS: a “participação e o controle social”, a partir da atuação dos sindicatos de trabalhadores na gestão dos PST; a “integralidade”, mediante a articulação entre assistência e vigilância e a “universalidade”, pois todo trabalhador tinha direito ao atendimento, independentemente de ser ou não segurado da Previdência Social.

Nessas experiências, os Serviços de Saúde Pública começam a nuclear a articulação entre as ações de assistência e vigilância (...) dos ambientes e locais de trabalho, envolvendo uma atuação interinstitucional que engloba órgãos da esfera federal (...), em nível dos estados e a Universidade, com abertura para a participação e a gestão dos sindicatos (Lacaz, 1997).

Ademais, é importante salientar que os PST foram experiências que inovaram e passaram a abordar a clientela de trabalhadores a partir de sua inserção no processo produtivo (portanto como produtores). Na anamnese, sua história profissional passou a ser levada em conta, superando-se as situações anteriores que os tratavam como meros consumidores de receitas, consultas e condutas médicas (Freitas, Lacaz & Rocha, 1985).

No período, o ator social mais significativo foi o denominado “movimento sanitário” com ênfase no protagonismo das organizações sindicais (Lacaz, 1994). Essa etapa coincidiu com a retomada da cena política pelos grandes movimentos grevistas do final dos anos 70 e início dos anos 80, do século 20. A influência do Modelo Operário Italiano (Oddone *et al.*, 1986) também foi marcante, bem como a de organismos internacionais como a Organização Mundial de Saúde (OMS) e a OIT (Mendes, 1986; Lacaz, 1996).

O segundo período pode ser compreendido entre os anos de 1987 e de 1997. Inclui a realização da II CNST, a institucionalização das ações na rede de assistência à saúde, mediante a consolidação do marco legal (leis 8.080/90 e 8.142/90) e avanços no nível institucional (Dias, 1994). Ocorreram, nessa etapa, a implantação e a implementação de planos de ação em importantes municípios brasileiros, visando incorporar a atenção à saúde dos trabalhadores na rede de serviços, sob a perspectiva de municipalização da saúde. Em um momento de transição,

foram implementados os Centros de Referência em Saúde dos Trabalhadores (CRST), que incorporaram as categorias conceituais de análise do trabalho, atuando por meio de equipes multiprofissionais e com a participação sindical nos Conselhos Gestores (Lacaz, 1996).

Para entender a “transição” dos PST para os CRST é mister resgatar aspectos históricos: o embate entre duas concepções de organização de serviços. A primeira delas, configurada na posição chamada de “sanitarista” por Lacaz (2000), defendia a implantação e o desenvolvimento de ações de Saúde Pública e Coletiva, na rede básica de serviços, articulando a assistência com a vigilância, a partir da perspectiva de compreensão do trabalho como determinante de formas específicas (ou não) de adoecer e morrer da população trabalhadora (Ribeiro & Lacaz, 1984). A outra, denominada “pragmática” (Lacaz, 2000), defendia que as ações em saúde dos trabalhadores não deveriam restringir-se ao aporte “sanitarista” e sim, comportar serviços específicos, de nível secundário, em apoio à rede. Daí a preocupação em incorporar quadros técnicos especializados em Medicina do Trabalho, dentre outros (Costa *et al.*, 1989).

Alimentados por essa polêmica e engolafados pelas contingências da conjuntura política da época, na qual se iniciava a construção do processo da “municipalização da saúde”, as propostas configuradas nos PST acabaram por incorporar elementos da segunda posição, quando então constituíram os CRST. Nessas atividades de implantação, ao final dos anos 80 do século passado, envolveram-se importantes municípios como São Paulo, Campinas, Santos, Porto Alegre, Belo Horizonte e Volta Redonda. Os CRST são instâncias que se propõem a ser especializadas, com caráter de referência secundária para a rede básica e que buscam incorporar maior densidade tecnológica em seu quadro de profissionais, de apoio diagnóstico e de vigilância (Lacaz, 1996). Mesmo considerando a preocupação original dos “sanitaristas”, a articulação com a rede básica não se efetivou. Assim, a proposta dos CRST acabou por constituir-se num fim sem si mesma, trabalhando com uma demanda aberta e muito pouco integrada com a rede básica, inclusive no sentido de subsidiar e alimentar tal demanda.

Hoje, é mister discutir o papel dessas instâncias. Elas não se tornaram referência, uma vez que a rede do SUS ficou alheia à problemática da saúde/doença relacionada ao trabalho e, por priorizarem a assistência, apresentam um

impacto pequeno na intervenção sobre os ambientes e processos de trabalho nocivos à saúde (Lacaz, Machado e Porto, 2002). Assim vivemos uma contradição, pois ao mesmo tempo em que avançamos na maior institucionalização, o escopo das ações se restringiu. Atualmente muitas experiências passam por um processo de descontinuidade, em função da não priorização do tema, por motivos sobejamente citados neste artigo o que foi apontado por Lacaz, Machado e Porto (2002). Também já foram suficientemente discutidos os motivos do refluxo ocorrido e que afetou, sem dúvida, os programas de atenção à saúde do trabalhador. Causas institucionais se somam a causas muito mais globais e também, de referência local.

Essa avaliação é particularmente necessária no momento atual, uma vez que a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast), instituída a partir de setembro de 2002, pela portaria 1.679/02 do MS, se fundamenta na experiência dos CRST. Seria fundamental que a Renast caminhasse para a superação da dicotomia entre assistência e vigilância e incorporasse em seu modelo estratégias de prevenção a agravos e de promoção da saúde. Seria também de extrema relevância que essa nova rede se articulasse com as instituições locais do Trabalho e da Previdência, em conformidade com os marcos teóricos da vigilância em saúde do trabalhador e inspirada em experiências de sucesso, nacionais e internacionais (Machado, 1996; Pinheiro, 1996). Essa revisão também ficaria incompleta se não levasse em conta as mudanças que vêm ocorrendo no modelo assistencial para a atenção básica que se configura nos Programas de Saúde da Família e de Agentes Comunitários de Saúde.

Portanto, é crucial que, no momento presente dediquemos tempo à avaliação das propostas anteriores de atenção e vigilância que não podem ser apenas incrementadas ou corrigidas. Essa inflexão exige ter em conta a radicalidade do processo de municipalização das ações de saúde na rede básica, o atendimento das necessidades de saúde da população trabalhadora e a definição de uma base territorial como referência.

Considerações finais

Neste texto tentamos evidenciar três pontos: (a) ausência de uma Política Nacional de Saúde do Trabalhador intersetorial e capaz de propor

linhas de ação, formas de implementação e de avaliação efetivas e adequadas às necessidades reais do conjunto dos trabalhadores; (b) fragmentação da área de conhecimento denominada “campo de saúde do trabalhador”, impedindo uma colaboração estratégica e orgânica com as necessidades diversificadas, complexas e cambiantes dessa população; e (c) enfraquecimento dos movimentos sociais e sindicais dificultando pressões necessárias tanto para a área acadêmica como para os governos que vêm se sucedendo.

Realçamos também (numa crítica extremada com finalidade de debate) que muitos são os fatores que provocam a perplexidade dos diferentes atores citados, no momento atual. E que é preciso reconhecê-los e diagnosticá-los para que seja efetivada uma mudança qualitativa no enfrentamento dessa crise (em alguns campos, crônica). Isso se torna crucial, a fim de que a III CNST marcada, em sua etapa nacional, para novembro de 2005, não se transforme num momento a “mais do mesmo”, frustrando-nos como se estivéssemos condenados a repetir eventos, ritos e mitos.

Consideramos importante reconhecer os esforços de diferentes atores nos níveis federal, estadual e municipal na institucionalização da atenção à ST e os avanços ocorridos em alguns serviços. Nesse sentido, realçamos a intenção atual dos três ministérios co-responsáveis de partilhar recursos e programas indutivos a uma produção científica que integre investigadores, abranja problemas atuais e antigos que foram agravados pela reestruturação produtiva, visando a uma eficácia maior no estabelecimento de estratégias e soluções para o diversificado mundo contemporâneo do trabalho do país. São esses três ministérios que, em conjunto com movimentos de trabalhadores e pesquisadores, têm capacidade e obrigação de apresentar uma pauta de prioridades às instituições financeiras e oferecer estímulos à construção de novas e necessárias investigações.

No reconhecimento de iniciativas importantes, sobretudo do MS, assinalamos a implantação do Renast que tem multiplicado centros de atenção à saúde do trabalhador e vem formando profissionais em diversos pontos do país. No entanto, somos obrigados a lembrar que esse programa precisa ser acompanhado, *pari passu* em sua implementação, de uma séria e competente política de avaliação (como já se faz em relação a algumas outras políticas sociais nos últimos dez anos no país), tendo em

vista pôr à prova a efetividade das ações e o bom uso dos vultosos recursos investidos.

Evidenciamos ainda que há prioridades que clamam por ação imediata e decisiva. Os trabalhadores industriais tradicionais precisam continuar a ser atendidos em suas demandas indiscutíveis. Há problemas emergentes que se acentuam, sobretudo, nos setores de serviços e de agricultura. Mas, sublinhamos a urgência de conhecer, diferenciar e atender o setor informal e o mundo difuso e desprotegido dos desempregados.

Em relação ao controle social, tal como é hoje praticado, nossa posição é muito crítica. Consideramos que, infelizmente, os instrumentos criados para o exercício desse tipo de cidadania não vêm se mostrando eficazes, muitas vezes tolhendo ou apequenando o debate de questões cruciais para enfrentar a situação atual do mundo do trabalho. Constatamos que não se trata apenas de um problema específico de nossa área, no entanto, nela a impropriade das formas de participação e de exercício do controle são lastimáveis. Está na hora também de fazermos uma revisão profunda dos fundamentos conceituais, políticos e sociais que deram origem ao próprio termo e à institucionaliza-

lização dessa instância, para que tenhamos real efetividade da participação.

Finalizando esta reflexão na qual fizemos uma inflexão crítica sobre a produção científica, entendemos que universidades e centros de pesquisa precisam entrar de cabeça e com responsabilidade social no campo da ST e dar um salto qualitativo na organização dos grupos de pesquisa, beneficiando-se das potencialidades criadas pelas avançadas tecnologias de comunicação e informação que permitem estudos em rede, multicêntricos, cooperativos e comparativos. Aproveitando as novas diretrizes formuladas em conjunto pelos ministérios co-responsáveis pela área, que esperamos ver implantadas, e a logística das pós-graduações, que se promovam estudos contextualizados, interinstitucionais e interdisciplinares, invistam em inquéritos populacionais, mapeiem as diversificadas situações dos trabalhadores brasileiros empregados e desempregados, aprofundem condições específicas e assim colaborem para que tenhamos um sistema de informação mais confiável e uma produção de serviços pautados em diagnósticos adequados. Seria muito bom que chegássemos a uma futura próxima CNST com frutos colhidos por sábias decisões tomadas com a colaboração de todos nós.

Colaboradores

C Minayo Gomez e FAC Lacaz participaram igualmente de todas as etapas da elaboração do artigo

Referências bibliográficas

- Costa DF et al. 1989. *Programa de Saúde dos Trabalhadores a experiência da Zona Norte: uma alternativa em Saúde Pública*. Hucitec, São Paulo.
- Dias EC 1994. *A atenção à saúde dos trabalhadores no setor saúde (SUS), no Brasil: realidade, fantasia, utopia?* Tese de doutorado, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas.
- Freitas CU, Lacaz FAC & Rocha LE 1985. Saúde Pública e Ações da Saúde do Trabalhador: uma análise conceitual e perspectivas de operacionalização programática na rede básica da Secretaria de Estado da Saúde. *Sociedade, Direito, Saúde* 2(1): 3-10.
- Instituto Brasileiro de Geografia Estatística (IBGE) 2003. *Pesquisa nacional por amostra de domicílios 2000: síntese de indicadores*. IBGE, Rio de Janeiro.
- Lacaz FAC 1994. Reforma sanitária e saúde do trabalhador. *Saúde e Sociedade* 3(1):41-59.
- Lacaz FAC 1996. *Saúde do Trabalhador: um estudo sobre as formações discursivas da academia, dos serviços e do movimento sindical*. Tese de doutorado, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas.
- Lacaz FAC 1997. Saúde dos trabalhadores: cenário e desafios. *Cadernos de Saúde Pública* 13(supl. 2):7-19.
- Lacaz FAC 2000. Sobre a necessidade de revisão do modelo de atenção à saúde dos trabalhadores no Sistema Único de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva* 5(supl. 489-490.
- Lacaz FAC, Machado JMH & Porto MFS 2002. Estudo da situação e tendências da vigilância em saúde do trabalhador no Brasil. *Relatório de Pesquisa*. Disponível em <http://www.opas.org.br/saudedo/trabalhador/arquivo/sala187.pdf>. Acessado em 10/08/2005.
- Laurell AC & Noriega M 1989. *Processo de produção e saúde: trabalho e desgaste operário*. Cebes-Hucitec, São Paulo.
- Machado JMH 1996. *Alternativas e processo de vigilância em saúde do trabalhador: a heterogeneidade da intervenção*. Tese de doutorado. Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz, Rio de Janeiro.
- Mendes R 1986. *Doutrina e prática da integração da saúde ocupacional no setor saúde: contribuição para a definição de uma política*. Tese de livre-docência. Departamento de Saúde Ambiental, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.
- Mendes R 2003. Produção científica brasileira sobre saúde e trabalho publicada na forma de dissertações de mestrado e teses de doutorado, 1950-2002. *Revista Brasileira de Medicina do Trabalho* 2:87-118.
- Minayo Gomez C & Thedim-Costa SMF 1997. A construção do campo da saúde do trabalhador: percurso e dilemas. *Cadernos de Saúde Pública* 13(supl. 2):21-32.
- Minayo Gomez C & Thedim-Costa SMF 2003. Incorporação das ciências sociais na produção de conhecimentos sobre trabalho e saúde. *Ciência & Saúde Coletiva* 8(1):125-136.
- Oddone I, Marri G & Gloria S 1986. *A luta dos trabalhadores pela saúde*. Hucitec, São Paulo.
- Oliveira F 2005. Quem canta de novo L'Internationale? pp. 135-169. In B Sousa-Santos (org.). *Trabalhar o mundo: os caminhos do novo internacionalismo operário*. Civilização Brasileira, Rio de Janeiro.
- Organização Internacional do Trabalho (OIT) 2004. *Panorama laboral. Oficina Regional para América Latina y el Caribe*.
- Pinheiro TMM 1996. *Vigilância em saúde do trabalhador no Sistema Único de Saúde: a vigilância do conflito e o conflito da vigilância*. Tese de doutorado. Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas.
- Ribeiro HP & Lacaz FAC 1984. *De que adoecem e morrem os trabalhadores*. Imesp/Diesat, São Paulo.
- Sant'Anna FCR 2000. *Desemprego e saúde: dilemas e perspectivas nas trajetórias dos trabalhadores do estaleiro Verolme, Angra dos Reis-RJ*. Dissertação de mestrado. Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz, Rio de Janeiro.
- Selligmann-Silva E 2001. Desemprego e psicopatologia da recessão, pp. 219-54. In LH Borges, MGB Moulin & MD Araújo (orgs.). *Organização do trabalho e saúde: múltiplas relações*. EDUFES, Vitória.
- Wünsch Filho V 2004. Perfil epidemiológico dos trabalhadores. *Revista Brasileira de Medicina do Trabalho* 2(2):103-117.