

FRANCISCO ANTONIO DE CASTRO LACAZ

**SAÚDE DO TRABALHADOR:
UM ESTUDO SOBRE AS FORMAÇÕES DISCURSIVAS
DA ACADEMIA, DOS SERVIÇOS E DO
MOVIMENTO SINDICAL**

Tese apresentada ao Curso de Pós-Graduação
em Medicina, Área Saúde Coletiva da Faculdade
de Ciências Médicas da Universidade Estadual de
Campinas, para obtenção do título de Doutor em
Medicina, Área Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. Everardo Duarte Nunes

**Campinas
Universidade Estadual de Campinas
1996**

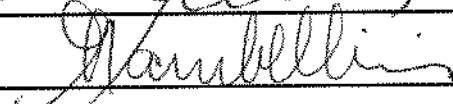
UNICAMP
BIBLIOTECA CENTRAL

Banca Examinadora da tese de Doutorado**Orientador: Prof. Dr. Everardo Duarte Nunes****Membros:**

1. Prof. Dr. Everardo Duarte Nunes



2. Profa. Dra. Anamaria Testa Tambellini



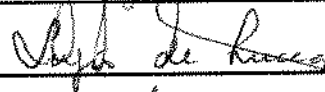
3. Prof. Dr. René Mendes



4. Prof. Dr. Ricardo Luiz Coltro Antunes



5. Prof. Dr. Sérgio Roberto de Lucca



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

Data: 13 / 12 / 96

Dedico este trabalho a meus pais, minha irmã, a meus filhos Luiz Eduardo e Mariana e à minha doce companheira Leny.

À saudososa memória de Rubem Maria Lopes, Edlamar Guimarães Neves, Ricardo Bruno Mendes Gonçalves, que tão precocemente nos deixaram provocando um grande vazio difícil de ser preenchido.

Agradeço:

Ao Prof. Dr. Everardo Duarte Nunes pela cordial, amiga e dedicada orientação a mim dispensada durante os momentos que constituíram as etapas vencidas ao longo do tempo de elaboração desta tese.

À minha companheira Leny Sato pelas conversas aparentemente despreziosas, mas que descortinaram horizontes instigantes para pensar o objeto desta pesquisa.

Aos colegas do Setor de Saúde do Trabalhador do Departamento de Medicina Preventiva da Escola Paulista de Medicina, Nicanor, Sandra Spedo e Suely, que têm conosco caminhado na construção do setor e que de maneira solícita e animadora, substituíram-nos nas atividades desenvolvidas junto ao Departamento.

À Profa. Dra. Amélia Cohn, pelas sugestões feitas no agora longínquo momento em que este estudo era apenas uma intenção.

Aos entrevistados: professores, sindicalistas e profissionais de saúde que atenciosamente nos receberam em suas casas e locais de trabalho e se dispuseram, de maneira cortês, a nos ajudar a contar esta história ainda em seu limiar.

Ao Prof. Dr. José da Rocha Carvalheiro, diretor do Instituto de Saúde que compreensivamente colaborou e facilitou esta empreitada no momento mais agudo de sua realização.

À Maria Natália, colega do Instituto de Saúde que gentilmente colaborou no empréstimo em seu nome, de algumas teses e dissertações que foram aqui analisadas.

À Regina Maria Ferreira, Cimara Pianta Frederico e Wilson César Ribeiro Campos que pacientemente transcreveram as gravações das longas entrevistas.

À Zaira G. Arruda Botelho e Antonio Cardoso Neto, pela força na elaboração do "Summary".

Ao Fábio de Oliveira, pela "pilotagem" exímia do computador.

Ao CNPq, pela concessão do Auxílio-pesquisa, bem como pela liberação de bolsa de Iniciação Científica ao estudante de psicologia Wilson César Ribeiro Campos, que conosco participou das atividades de campo, particularmente da maioria das entrevistas realizadas e da coleta de documentos e referências bibliográficas.

" nada mudará a sociedade se os mecanismos de poder que funcionam fora, abaixo e ao lado dos aparelhos de Estado a um nível muito mais elementar, cotidiano, não forem modificados"

(Michel Foucault, 1982)

APRESENTAÇÃO

Os anos 1995 e 1996 são comemorativos de pesquisas, estudos e eventos importantes. Marcam fatos, coisas e palavras que apontaram rumos, analisaram e discutiram questões fundamentais tanto relativas a temáticas marcantes dentro do campo da Medicina Social e da Saúde Coletiva, trazendo instigantes contribuições no sentido de criar "condições de possibilidade" para o construção do campo da saúde e trabalho, no Brasil e em São Paulo, o que permitiu que se recolhesse fortes estímulos para a realização do presente estudo. Senão, veja-se.

Em 1996 comemora-se os **20 anos de fundação** do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, o CEBES, entidade pioneira na luta pela **Reforma Sanitária** brasileira e que vem mantendo vivo o debate pela defesa da Saúde Pública e pelo acesso da população ao direito à saúde, conforme consagrado na Constituição Federal do Brasil, promulgada em 05/10/1988. Frise-se que o CEBES teve, nesta arqueologia, papel **nucleador** do grupo de técnicos que viria a criar, mais tarde, juntamente com sindicalistas e trabalhadores, em 1980, o Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde e dos Ambientes de Trabalho (DIESAT), cujo papel será objeto de análise também neste estudo.

O ano de 1996 marca, ainda, os **dez anos** da realização, em dezembro de 1986, da I Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, a qual transformou-se numa referência importante na formulação de propostas programáticas de políticas ao nível nacional, estadual e municipal no campo da saúde do trabalhador, como desdobramento da VIII Conferência Nacional de Saúde.

Devem ser também lembrados os trabalhos de AROUCA (1975), TAMBELLINI-AROUCA (1975) e DONNANGELO (1976)¹ que abriram novos caminhos de reflexão particularmente ao desvendarem, bem como tensionarem questões importantes e temáticas teóricas e conceituais que procuraram **identificar** campos de "práticas e saberes" anteriormente diluídos ou considerados indistintos e até complementares como a Medicina Preventiva, Medicina Social moderna, assim como a Saúde Pública, a Saúde Coletiva e a Saúde Comunitária, numa perspectiva de crítica interna a estes campos para (de)mo(n)strar como eles são distintivos.

São também decorridos **dez anos** da defesa da Tese de Livre Docência de René Mendes, em 1986, trabalho este que colocou em discussão a proposta de uma política, ao nível da Saúde Pública relativa às relações entre saúde/doença e trabalho e que se tornou no ano seguinte, um dos principais subsídios para a definição das diretrizes da política de Saúde do Trabalhador no Governo Quéricia, durante o primeiro momento da administração Pinotti como Secretário de Estado da Saúde de São Paulo, apesar dos desdobramentos posteriores desfavoráveis.

Do ponto de vista da "leitura" histórica, nestes vinte anos ainda é vivida uma crise de identidade dentro destes campos, a ponto dos próprios espaços institucionais de produção de conhecimento e ensino onde privilegiadamente eles localizam-se, ou seja, a Academia assumirem denominações que ora dicotomizam os termos como no caso dos Departamentos de Medicina

¹. Ver a respeito: AROUCA, Antonio Sérgio da Silva *O Dilema Preventivista-Contribuição para a Compreensão e Crítica da Medicina Preventiva*. Tese (Doutorado) Departamento de Medicina Preventiva e Social, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, 1975, DONNANGELO, Maria Cecília Ferro & PEREIRA, Luiz. *Saúde e Sociedade*. São Paulo: Duas Cidades, 1976 e TAMBELLINI-AROUCA, Anamaria *Contribuição à Análise Epidemiológica dos Acidentes de Trânsito*. Tese (Doutorado) Departamento de Medicina Preventiva e Social, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, 1975.

Preventiva e Social, ora anulam um deles como nos Departamentos de Medicina Preventiva ao lado do surgimento de espaços novos como o Instituto de Saúde Coletiva ligado à Universidade Federal da Bahia, recentemente criado.

Os cursos de Pós-Graduação sensu strictu assumem denominações que variam conforme o Departamento onde são ministrados, tendo caráter uni-profissional ou multi-profissional que, de certa forma, imprimem a marca de seu nome. São os Cursos de Pós-Graduação em **Medicina** com formação dirigida apenas para médicos em Medicina Preventiva e Medicina Social ou de Pós-Graduação em **Saúde Coletiva** com formação multiprofissional ministrados em Departamentos denominados de Medicina Preventiva e Social ou somente de Medicina Preventiva, particularmente no Estado de São Paulo, onde os Departamentos das principais Escolas têm nomes tais como: **Medicina Social** da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, fundado de 1965; **Medicina Preventiva** da Faculdade de Medicina de São Paulo da Usp, fundado na mesma época; **Medicina Preventiva e Social** da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp, fundado em 1965; **Medicina Social** da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Usp, fundado em 1954 com o nome de Departamento de **Higiene e Medicina Preventiva**.

Ao lado disso, os Cursos oferecidos englobam aspectos que transitam desde a Saúde Pública, passando pela Medicina Preventiva, Medicina Social e Saúde Coletiva. Tal diversidade de denominações demonstra ainda a falta de uma definição mais precisa dos campos e de sua própria identidade enquanto objetos e práticas.

Esta situação também se reproduz quando defronta-se com o estudo das relações entre trabalho e saúde/doença, no qual persistem denominações diversas para os campos de práticas e saberes que as abordam e sobre elas formulam como: Medicina do Trabalho, Higiene do Trabalho, Saúde Ocupacional, Saúde do Trabalhador e Saúde e Trabalho.

Tal fato indica, da mesma forma, a necessidade de explicitação da sua identidade ao lado de introduzir a necessidade de definições mais claras sobre suas diferenças/semelhanças, seus conceitos, enunciados, metodologias e verdades, para que não pareça tratar-se apenas de uma mera questão semântica ou de menor importância, o que inibe a possibilidade de fazer surgir as diferenças e para que não se confundam pressupostos, objetivos e possibilidades de superação dos limites.

A preocupação com o estudo da determinação social do processo saúde/doença tendo como objeto privilegiado o trabalho, surge de forma mais estruturada e orgânica a partir dos anos 70 quando a Medicina Social Latinoamericana passa a produzir estudos, pesquisas e propor cursos que ressaltam o campo teórico-conceitual da Saúde e Trabalho.

Dentro da reflexão sobre as formulações que surgem desta corrente ao longo desses anos, os objetos que são privilegiados e, os caminhos que têm permitido construir conhecimentos e práticas nesse campo, compõem também preocupações deste estudo.

Neste campo o Movimento Social - particularmente dos trabalhadores - o Estado a Academia também acumulam experiências diferenciadas acerca daquelas relações, estabelecem verdades e julgamentos sobre o que consideram mentiras, formando seu discurso sob cuja espessura é mister recortar o que de fato dizem. Aqui, porém, é importante esclarecer que olhar sobre a sociedade e os indivíduos está informando os discursos. Consideram que coexistem diversidades na explicação da realidade, ou o pressuposto é de que a influência é única ao

direcionar a postura de indivíduos e grupos sociais? Existem múltiplos olhares ou somente um é verdadeiro?

Talvez as respostas a tais perguntas ainda estejam longe de ser estabelecidas, se é que o serão algum dia, mas a pertinência de apontá-las sempre está na possibilidade de uma reflexão sobre nosso próprio discurso, proposições e julgamentos.

Neste sentido o estudo, tomando como referência o Estado de São Paulo, no período de 1970 a 1995, tem os **objetivos** a seguir enumerados.

1. Geral:

- estudar e analisar sua constituição,(de)mo(n)strando a identidade do campo de práticas e saberes denominado Saúde do Trabalhador,definindo-o por referência à visão hegemônica da Saúde Ocupacional e da Medicina do Trabalho.

2. Específicos:

- estudar e analisar a contribuição da Academia para sua constituição e identidade,aprofundando aspectos teórico-metodológicos e tomando como referência a produção científica da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, através de seu Departamento de Saúde Ambiental, e das Faculdades de Medicina da São Paulo e Ribeirão Preto também da Universidade de São Paulo,através dos seus Departamentos de Medicina Preventiva e de Medicina Social,respectivamente, e da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, através de seu Departamento de Medicina Preventiva e Social;

- estudar e analisar qual a contribuição do setor de Serviços de Saúde - Secretaria de Estado da Saúde e das Secretarias Municipais de Saúde de São Paulo, Campinas, São Bernardo do Campo e Santo André para a constituição e implantação de experiências programáticas dentro do campo,identificando o estágio das experiências e que relações mantêm com a formulação acadêmica e o movimento social;

- estudar e analisar que contribuição trouxe o movimento social dos trabalhadores,enquanto atores sociais,no sentido de evidenciar os saberes e práticas produzidos pelos trabalhadores em relação às políticas públicas em saúde para a implantação e consolidação (ou não) das experiências programáticas na rede pública de serviços de saúde.

A forma de abordar a relação saúde/doença-trabalho tem estado (e talvez continuará a estar) ligada umbilicalmente ao modo como tem sido entendida a contradição entre capital e trabalho. A própria enunciação do contraditório e de que a sociedade não se rege por pressupostos harmônicos são premissas presentes em muitas abordagens.

Ocultar tal contradição ou torná-la sem importância tem sido o objetivo de várias correntes do conhecimento que analisam aquela relação.

É, pois, neste espaço-tempo que o estudo se insere ao procurar desvendar a identidade do campo da Saúde do Trabalhador - (Saúde e Trabalho) - Medicina Social Latinoamericana, por referência às alternativas representadas pela Saúde Ocupacional-Medicina do Trabalho, apontando que configuram campos distintos de saberes e práticas com perspectivas, objetivos, espaços institucionais, regras, métodos e metodologias que privilegiam pólos tão díspares

como o privado e o público; o controle, o assujeitamento/domesticação e a liberação; a manutenção e a transformação; a repressão e a expressão; o velho e o novo; o individual e os coletivos; o biológico e o social; a não participação e a gestão co-participada, enfim, o capital e o trabalho.

A apreensão dessa realidade será buscada a partir da analítica arqueológica de Michel Foucault, para a qual interessa sobretudo captar as condições de possibilidade de existência dos discursos, suas regras de formação, enfim, as regularidades que contêm; noções, conceitos, enunciados que os conformam, na construção de uma história das práticas discursivas as quais configuram um saber que assume o estatuto científico. É ainda em FOUCAULT que se vai buscar apoio, em função das características do campo estudado, particularmente em sua abordagem **genealógica** com a qual preocupou-se em

*"... atrelar a questão da constituição de saberes a modos de exercício de poder."*²

A tal complexa relação ele chama de **"dispositivo"** e, quando discute a sexualidade, diz:

*"através deste termo tento demarcar, em primeiro lugar, um conjunto decididamente heterogêneo, que engloba discursos, instituições, organizações arquitetônicas, decisões regulamentares, leis, medidas administrativas, enunciados científicos, proposições filosóficas, morais, filantrópicas. Em suma, o dito e o não dito são os elementos do dispositivo. O dispositivo é a rede que se pode estabelecer entre estes elementos. (...) [permite] demarcar a natureza da relação que pode existir entre estes elementos heterogêneos [tendo então] ... função estratégica dominante."*³

E, frise-se, esta evidencia um nexó entre produção de saber e exercício de poder em determinado momento histórico.

Hoje, nos locais de trabalho o avanço tecnológico e as novas formas de gestão da força-de-trabalho estão sendo implementadas - apesar de ainda conviverem no Brasil com formas "atrasadas" - para aumentar sobremaneira a produtividade e a pretensa qualidade dos produtos e serviços. Mesmo acompanhadas de um discurso que **liberaria** o trabalho das atividades penosas, insalubres e perigosas, não têm funcionado na perspectiva de "libertadoras" do homem. Essa condição harmônica e asséptica a qual se denomina **modernidade**, representa em realidade a fachada ideológica para a marginalidade e a exclusão social, em que o desemprego se afigura como o "mal-do-fim-de-século".

Tal visão opõe-se àquela que se advoga aqui em que Saúde e Trabalho se articulam e se complementam conforme enunciado pela VIII Conferência Nacional de Saúde, ou seja, são elementos fundamentais para uma

². MUCHAIL, S.T. O lugar das instituições na sociedade disciplinar. In: RIBEIRO, Renato Janine (org.) *FOUCAULT*. São Paulo: Brasiliense, 1985. p. 197.

³. FOUCAULT, Michel Sobre a História da Sexualidade. In: FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*, MACHADO, Roberto (org.) Rio de Janeiro: Graal, 1982, 3ª edição. p. 244

"... vida longa, digna, saudável e prazerosa para todos (...) Nesse sentido o direito à saúde inclui a possibilidade de que qualquer cidadão, seja qual for sua origem social, usufrua dos resultados e vantagens da produção de bens atualmente existente." ⁴

É dentro dessa perspectiva que o presente estudo se alinha e, com ele, procurar-se-á contribuir para a **compreensão e a crítica** da Saúde do Trabalhador, parafraseando o que há vinte anos escreveu AROUCA (1975), a partir de uma arqueologia da produção acadêmica, da atuação dos serviços de saúde e do movimento sindical.

Assim, o presente estudo compõe-se de 6 capítulos.

No primeiro deles, transita-se pela discussão das diferentes formas de abordagem das relações entre Saúde e Trabalho, representadas pela Medicina do Trabalho-Saúde Ocupacional e pelo campo da Saúde e Trabalho-Saúde do Trabalhador, cuja identidade é buscada nas formulações da Medicina Social Latinoamericana, a propósito da posição nodal da categoria **trabalho** na determinação social do processo saúde/doença, a partir de seus enunciados, noções, condições de possibilidade, rupturas, influências, confrontando-a com a formulação hegemônica, calcada na visão biológica e ambientalista do binômio medicina e ocupação.

No segundo capítulo, trata-se da Metodologia, quando trava-se um diálogo com a **arqueologia** e a **genealogia** de FOUCAULT, a propósito da apreensão do campo, sem contudo deixar de apontar as tensões e aspectos críticos que tal analítica traz para o objeto sob análise.

No terceiro é traçado um panorama da Política do Estado Brasileiro na área das relações entre saúde e trabalho, privilegiando-se o período do Regime Militar em sua busca por legitimação junto a setores das classes trabalhadoras e patronato, até chegar à ruptura patrocinada pela retomada da cena política por parte do movimento sindical no final dos 70. Aqui também são assinaladas as influências exercidas pelas instituições internacionais como a Organização Mundial de Saúde e Organização Panamericana de Saúde, bem como a Organização Internacional do Trabalho.

Em sequência, no quarto capítulo detem-se sobre a produção acadêmica no campo, nos últimos 30 anos, tendo como material empírico as dissertações e teses produzidas no hoje denominado Departamento de Saúde Ambiental da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, no Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina de São Paulo, da Universidade de São Paulo; no Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo e no Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Campinas. Ao lado da produção acadêmica procurou-se atualizar a atuação da Academia no espaço dos serviços e da formação em nível de graduação e pós-graduação, com a ajuda de depoimentos de vários acadêmicos que durante gerações formaram e produziram conhecimento.

O quinto capítulo trata de discutir a atuação dos serviços da rede pública de saúde, particularmente a partir de meados dos anos 80, quando configuraram-se os Programas de Saúde do Trabalhador, mostrando sua trajetória não linear, suas idas e vindas, retrocessos e tentativa de

⁴. TAMBELLINI, Anamaria Testa et al. *Política Nacional de Saúde do Trabalhador: análises e perspectivas*. Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Centro de Estudos de Ecologia Humana e Saúde do Trabalhador, 1986. p. 6 [mimeo]

resgate de princípios na estratégia da municipalização da saúde. Aqui são os documentos, muitos deles não publicados, imprecisos, desbravadores, inquietantes, inovadores, tradicionais que constituem a base empírica, a qual é enriquecida pela fala dos técnicos/atores que participaram da trajetória.

No sexto capítulo, o ator (social) principal é o movimento sindical, do qual busca-se apreender os discursos e as práticas, seus avanços e recuos, limites e superações para uma tentativa de prever qual o rumo da caminhada que este ator tão importante irrompeu nos anos 80, mas que agora mostra-se claudicante e indefinida. Para ajudar a compor este espaço os depoimentos de dirigentes sindicais e documentos, revistas, textos anônimos, oficiais, questionadores, cúmplices constituíram o material analisado.

Finalmente, no sétimo capítulo buscou-se avançar em algumas conclusões e possibilidades de perspectiva que o campo da Saúde do Trabalho - cujos contornos e identidade ainda parecem estar em construção - pode assumir neste momento em que o mundo do trabalho passa por tão rápidas e dramáticas transformações, afirmando-se a centralidade dessa categoria, mesmo tendo em conta a crise de paradigmas e que a dinâmica da realidade exige uma constante re-análise de rumos das práticas e saberes que afetam o "modo de andar a vida" das classes trabalhadoras.

SUMÁRIO

Capítulo I - Introdução	p. 001
1.1 - Preâmbulo	p. 002
1.2 - As Relações entre Saúde e Trabalho como Objeto de Estudo	p. 003
1.2.1 - A propósito de Conceitos, Enunciados, Saberes e Práticas. Demarcação de Fronteiras e Identidades na História da Abordagem das Relações entre Saúde e Trabalho	p. 008
1.3 - As Condições de Possibilidade dos Discursos sobre Saúde e Trabalho	p. 025
Capítulo II - A Arqueologia e a Genealogia de Michel Foucault e o Estudo das Relações Saúde e Trabalho. Questões Metodológicas	p. 049
2.1 - Introdução	p. 050
2.2 - O Estudo das Relações entre Saúde e Trabalho pela Analítica de Foucault	p. 051
2.3 - Questões Teórico-Metodológicas Críticas a propósito da Analítica de Foucault	p. 064
Capítulo III - A Política Nacional de Saúde, Higiene, Segurança e Medicina do Trabalho nos Anos 70 e 80. Influências e Demandas	p. 072
3.1 - Introdução	p. 073
3.2 - Campanhismo e Legitimação: A Política do Regime Militar no Campo da Infortunistica do Trabalho nos anos 70	p. 077
3.2.1 - Os Serviços de Higiene, Segurança e Medicina do Trabalho: A Política de Delegação ao Capital do Controle da Saúde nos Locais de Trabalho	p. 083
3.2.2 - A Aplicação da Política Campanhista no Estado de São Paulo	p. 088
3.3 - Os Anos 80: Setor Saúde e Saúde no Trabalho. Democracia e Participação	p. 093
3.4 - O Discurso dos Organismos Internacionais - Organização Internacional do Trabalho e Organização Mundial da Saúde - e as Políticas Nacionais de Saúde e Trabalho	p. 096
3.4.1 - O Discurso da Organização Internacional do Trabalho (OIT)	p. 097
3.4.2 - O Discurso da Organização Mundial de Saúde (OMS) e da Organização Panamericana de Saúde (OPAS)	p. 110
3.5 - A Medicina Social Latinoamericana (MSL) e a Abordagem das Relações entre Saúde/Doença e Trabalho	p. 117

3.4.2 - O Discurso da Organização Mundial de Saúde (OMS) e da Organização Panamericana de Saúde (OPAS)	p. 110
3.5 - A Medicina Social Latinoamericana (MSL) e a Abordagem das Relações entre Saúde/Doença e Trabalho	p. 117
3.6 - Os Anos 80: Consolidação do Movimento Sindical como Ator Social e Interlocutor do Estado nas Políticas Sociais em Saúde e Trabalho	p. 121
Capítulo IV - Saúde, Trabalho e a Academia: Entre a Proximidade e o Estranhamento. Uma Trajetória dos Anos 70 aos 90	p. 127
4.1 - Introdução	p. 128
4.2 - Os Anos 50-60 e o Ensino da Temática no Estado de São Paulo	p. 129
4.2.1 - As Escolas de Medicina	p. 129
4.2.2 - A Reunião da ABRASCO de 1983: Uma Transição no Discurso sobre as Relações Saúde e Trabalho	p. 138
4.2.3 - A Faculdade de Saúde Pública de São Paulo: Pioneirismo e Tradição	p. 141
4.2.3.1 - Os Anos 70 e a Faculdade de Saúde Pública: Extensão do Ensino Pós-Graduado de Especialização	p. 143
4.3 - As Pesquisas no Campo das Relações Saúde e Trabalho	p. 145
4.3.1 - A Produção da Faculdade de Saúde Pública de São Paulo	p. 146
4.3.1.1 - Estudos de Higiene do Trabalho	p. 146
4.3.1.2 - Estudos Epidemiológicos	p. 152
4.3.1.3 - Estudos Ergonômicos	p. 178
4.3.1.4 - Estudos de Toxicologia	p. 188
4.3.1.5 - Estudos sobre Serviços de Medicina do Trabalho (SMT)	p. 189
4.3.1.6 - Estudos em Enfermagem do Trabalho	p. 194
4.3.1.7 - Estudos sobre Políticas em Saúde do Trabalhador	p. 203
4.3.2 - A Produção da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto	p. 215
4.3.3 - A Produção da Faculdade de Medicina de São Paulo	p. 226
4.3.3.1 - Estudos Epidemiológicos	p. 227
4.3.3.2 - Estudos sobre Movimento Social e Saúde no Trabalho	p. 236
4.3.3.3 - Estudos em Saúde Mental e Trabalho	p. 241
4.3.3.4 - O Estudo Epistemológico	p. 248

4.3.4 - A Produção da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp	p. 251
4.3.4.1 - Estudos Epidemiológicos	p. 252
4.3.4.2 - Estudos de Higiene do Trabalho	p. 256
4.3.4.3 - O Estudo Clínico	p. 258
4.3.4.4 - O Estudo de Política Pública	p. 258
4.4 - À Guisa de uma Síntese	p. 260
4.5 - A Academia e os Serviços	p. 262
Capítulo V - A Saúde do Trabalhador no Estado de São Paulo. Do Experimentalismo Progressista à Institucionalização Conservadora. O Desafio da Municipalização	p. 273
5.1 - Introdução	p. 274
5.2 - A Gestão Yunes e as Propostas Programáticas Experimentais em Saúde do Trabalhador	p. 276
5.2.1 - O Seminário "Estratégias para a Implantação de Ações de Saúde do Trabalhador na Rede Básica da Secretaria da Saúde": Um Marco na Emergência de um Espaço Discursivo	p. 279
5.2.2 - O Experimentalismo Progressista dos Anos 1984-86: As Propostas Originais dos Programas de Saúde do Trabalhador em Quatro Departamentos Regionais de Saúde (DRSs)	p. 288
5.2.2.1 - O Programa de Saúde do Trabalhador (PST) da Baixada Santista	p. 289
5.2.2.2 - Projeto de Vigilância Epidemiológica em Intoxicações por Agrotóxicos e Saúde Ambiental no Departamento Regional de Saúde do Vale do Ribeira (DEVALE)	p. 297
5.2.2.3 - O Programa de Atenção à Saúde do Adulto: Projeto de Atenção à Saúde do Trabalhador Químico do ABC	p. 304
5.2.2.4 - O Projeto de Investigação Epidemiológica sobre Silicose nas Indústrias de Cerâmica do Município de Pedreira - São Paulo : A Nova Visibilidade de um Velho Problema	p. 316
5.3 - A Comissão de Saúde do Trabalhador (COST): Idéia(s) fora de lugar	p. 318
5.4 - Municipalização da Saúde do Trabalhador: O Resgate dos Princípios Originais	p. 343

Capítulo VI - Quando as Máquinas Param e as Demandas Afloram: O Movimento Sindical e a Luta pela Saúde no Trabalho nos Anos 80	p. 363
6.1 - Introdução	p. 364
6.2 - O Discurso do Movimento Sindical sobre Saúde e Trabalho nos Anos 70. Recorrência e Comedimento	p. 365
6.3 - A "Virada" dos Anos 80: Ampliam-se e Explicitam-se as Estratégias e Demandas pela Defesa da Saúde no Trabalho. O Refluxo dos Anos 90	p. 373
6.3.1 - As Demandas Sindicais em Saúde e Trabalho Assumem um Novo Enfoque: o DIESAT como Espaço de Produção e Pólo Irradiador de um Novo Discurso	p. 377
6.3.1.1 - As SEMSATs: Uma Estratégia de Visibilidade do Discurso	p. 383
6.3.1.2 - A Produção de Conhecimento sobre sua Realidade. O DIESAT e as Pesquisas sobre Saúde e Trabalho	p. 387
6.4 - As Cláusulas de Saúde e Trabalho nos Acordos Coletivos: O Movimento Sindical entre o Discurso e os Limites da Prática	p. 390
6.4.1 - Os Acordos Coletivos dos Trabalhadores Químicos	p. 391
6.4.2 - Os Acordos Coletivos dos Trabalhadores Metalúrgicos	p. 394
6.5 - A Articulação Intersindical Ameaçada: Cria-se o Instituto Nacional de Saúde no Trabalho (INST) da Central Única dos Trabalhadores (CUT)	p. 399
Capítulo VII - Conclusões	p. 407
7.1 - Saúde do Trabalhador: Discurso Contra-Hegemônico e Prática em Construção	p. 408
Summary	p. 413
Referências Bibliográficas	p. 414

Lista de Siglas

- ABPA - Associação Brasileira de Prevenção de Acidentes
ABRASCO - Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
AIS - Ações Integradas de Saúde
AMS - Assembléia Mundial de Saúde
CANPAT - Campanha Nacional de Prevenção de Acidentes de Trabalho
CEBES - Centro Brasileiro de Estudos da Saúde
CESTEH - Centro de Estudos de Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana
CGT - Central Geral dos Trabalhadores
CIESP - Centro das Indústrias do Estado de São Paulo
CIPAs - Comissões Internas de Prevenção de Acidentes de Trabalho
CIS - Comissão Interinstitucional de Saúde
CISAT - Comissão Intersindical de Saúde e Trabalho
CLIS - Comissão Local Interinstitucional de Saúde
CLT - Consolidação das Leis do Trabalho
CNI - Confederação Nacional das Indústrias
CNPq - Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CNS - Conferência Nacional de Saúde
CNST - Conferência Nacional de Saúde do(s) Trabalhador(es)
CONCLAT - Conferência Nacional da(s) Classe(s) Trabalhadora(s)
CONPAT - Congresso Nacional de Prevenção de Acidentes do Trabalho
COST - Comissão de Saúde do Trabalhador
CRIS - Comissão Regional Interinstitucional de Saúde
CUT - Central Única dos Trabalhadores
DIEESE - Departamento Intersindical de Estatísticas e Estudos Sócio-Econômicos
DIESAT - Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde e dos Ambientes de Trabalho
DNSHT - Divisão Nacional de Segurança e Higiene do Trabalho
DRT - Delegacia Regional do Trabalho
EEUU - Estados Unidos da América
FAESP - Federação da Agricultura do Estado de São Paulo
FEI - Faculdade de Engenharia Industrial
FIESP - Federação das Indústrias do Estado de São Paulo
FSP - Faculdade de Saúde Pública
Fundacentro - Fundação Centro Nacional Jorge Duprat Figueiredo de Segurança, e Medicina do Trabalho
GEPRO - Grupo Executivo de Programação

IAIA - Instituto de Assuntos Interamericanos
IAPAS - Instituto de Arrecadação da Previdência e Assistência Social
IAPI - Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Industriários
IDORT - Instituto de Desenvolvimento da Organização Racional do Trabalho
INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
INPS - Instituto Nacional da Previdência Social
INST - Instituto Nacional de Saúde no Trabalho
IPEA - Instituto de Pesquisas Econômicas e Administração
MDB - Movimento Democrático Brasileiro
MO - Medicina Ocupacional
MPAS - Ministério da Previdência e Assistência Social
MSL - Medicina Social Latinoamericana
MT - Medicina do Trabalho
MTb - Ministério do Trabalho
MTbPS - Ministério do Trabalho e Previdência Social
NR - Norma Regulamentadora
OIT - Organização Internacional do Trabalho
OMS - Organização Mundial de Saúde
OPS, OPAS - Organização Panamericana de Saúde
PMDB - Partido do Movimento Democrático Brasileiro
PND - Plano Nacional de Desenvolvimento
PNVT - Programa Nacional de Valorização do Trabalho
PPA - Plano de Pronta Ação
PSTs - Programas de Saúde do(s) Trabalhador(es)
PUC - Pontifícia Universidade Católica
PUCCAMP - Pontifícia Universidade Católica de Campinas
RIT - Repartição Internacional do Trabalho
SEADE - Serviço Estadual de Análise de Dados
SERT - Secretaria de Estado de Relações do Trabalho
SES - Secretaria de Estado da Saúde
SESI - Serviço Social da Indústria
SENAI - Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial
SC - Saúde Coletiva
SO - Saúde Ocupacional
SINPAS - Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social
SESHMETs - Serviços Especializados em Segurança (Higiene) e Medicina do Trabalho
SESMETs - Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho

SMEs - Serviços Médicos de Empresa

SNS - Sistema Nacional de Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

TS - Instituto de Saúde

UCB - União Cultural Brasileira

UNICAMP, Unicamp - Universidade Estadual de Campinas

URSS - União das Repúblicas Socialistas Soviéticas

USP, Usp - Universidade de São Paulo

WHO - World Health Organization

Lista de Ilustrações

Quadro 1 - Os dez Principais Grupos de Doenças e Acidentes Relacionados com o Trabalho

Quadro 2 - Categorias de Doenças Relacionadas com o Trabalho

Quadro 3 - Modelos para Conhecimento da Saúde no Trabalho

Quadro 4 - Classificação das dissertações e teses conforme sua inserção e transição quanto aos campos de abordagem das relações entre saúde e trabalho

Tabela 1 - Acidentes do Trabalho Registrados por Espécie. Brasil - 1971 a 1995

RESUMO

A abordagem teórico-metodológica das relações entre Saúde e Trabalho tem tido preponderância, entre nós, da visão adotada pela Medicina do Trabalho e pela Saúde Ocupacional.

Ocorre que, a partir do final dos anos 70, com a consolidação e a militância do "novo sindicalismo" ligado ao proletariado urbano tal abordagem começa a ser questionada por um outro "olhar" baseado nas formulações da Medicina Social Latinoamericana (MSL), através da idéia de determinação social do processo saúde/doença e da centralidade do trabalho nesta determinação.

Os reflexos da contribuição da MSL são observados tanto na Academia a qual abre-se para ela, quanto nos Serviços de saúde, que passam então a incorporar a participação dos trabalhadores organizados em sindicatos, os quais num movimento concomitante aproximam-se dos serviços públicos de saúde, inaugurando um relacionamento democrático entre Estado-Sociedade, o que leva à criação dos Programas de Saúde do Trabalhador (PSTs) em meados dos anos 80.

É a trajetória deste movimento que contribui para a construção do campo de saberes e práticas aqui denominado de Saúde do Trabalhador que será analisada neste estudo, a partir da História Arqueológica e da Genealogia de Michel Foucault.

Considerando então, as práticas discursivas da Academia, dos Serviços de saúde e do Movimento sindical nos últimos 30 anos, procurou-se investigar o grau de identidade que atingiu este campo, por referência à Medicina do Trabalho e à Saúde Ocupacional e seu nível de "epistemologização".

Tratou-se também de avaliar as perspectivas de seu desenvolvimento e limites, levando em conta a permeabilidade da produção acadêmica às formulações da MSL em Saúde e Trabalho e dos serviços na consolidação dos Programas de Saúde do Trabalhador na rede pública de saúde.

Ao lado disso, foi alvo de atenção o movimento sindical em consequência da luta que empreendeu desde o final da década de 70 pela melhoria das condições de trabalho e defesa da saúde, que impulsionou a trajetória.

Buscou-se, ainda, avaliar as repercussões que o campo trouxe para o ensino e a pesquisa acadêmica na área da Saúde Pública e da Medicina Preventiva e Social, bem como na formulação de propostas programáticas nos serviços da rede pública.

Conclui-se com a constatação de um refluxo na atuação sindical após o "boom" dos anos 80, sendo que o momento atual marcaria um re-arranjo de estratégias; aliado a um retrocesso nas experiências programáticas mesmo com a municipalização da saúde.

Ao nível da Academia nota-se uma maior permeabilidade, com conseqüente maior visibilidade do campo nas práticas acadêmicas de pesquisa em Saúde Pública, quando comparadas com as de Medicina Preventiva e Social dadas as temáticas abordadas e a sua atualidade, fazendo pressupor ser este o espaço privilegiado, isto é, a Academia, no que diz respeito à perspectiva do crescimento teórico-metodológico do campo, o que não prescinde do estímulo da atuação sindical e dos serviços, que estariam atualmente em relativo descompasso quanto ao seu potencial de fazer avançar e crescer o campo da Saúde do Trabalhador.

Capítulo I

INTRODUÇÃO

1.1. Preâmbulo

O que se pretende discutir e analisar nesta tese, tendo como referência as palavras e os acontecimentos ocorridos no Estado de São Paulo, nos últimos 30 anos, é o processo de construção do campo de saberes e práticas denominado de **Saúde do Trabalhador**, considerando as formulações que surgem e se desenvolvem desde a década de 70, particularmente com a inclusão das ciências sociais na interpretação das relações saúde/doença e trabalho, dentro das contribuições da Medicina Social Latino-Americana (MSL) e da Saúde Coletiva (SC) no âmbito das elaborações do campo teórico-abstrato Saúde e Trabalho.¹

Vários autores "filiados" à MSL e à SC têm contribuído com estudos e pesquisas para a análise e demarcação do campo, destacando-se dentre eles: TAMBELLINI-AROUCA (1978), BREILH et al. (1991), BREILH (1994), GARCIA (1983), LAURELL (1975, 1976, 1977, 1981, 1982 a,b, 1985, 1991, 1993), LAURELL & MARQUEZ (1983), LAURELL & NORIEGA (1987 e 1989), NORIEGA (1989), REBOUÇAS et al. (1989), RIBEIRO & LACAZ (1985), TAMBELLINI et al. (1986).²

¹. Ver a respeito, a tentativa de sistematização deste campo elaborada por TAMBELLINI, Anamaria Testa et al. *Política Nacional de Saúde do Trabalhador. Análises e Perspectivas*. ABRASCO, CESTE/ENSP/FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 1986.

². Ver a respeito: LAURELL, Asa C. Medicina y Capitalismo en México. *Cuadernos Políticos*, n. 5, p. 6-16, 1975; LAURELL, Asa C., Blanco, J. et al. Enfermedad y desarrollo. *Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales*, v. 22, n.84, p. 131-158, 1976; LAURELL, Asa C. Algunos problemas teóricos y conceptuales de la epidemiología social. *Revista Centroamericana de Ciencias de la Salud*, v. 3, n. 5, p. 79-87, 1977; LAURELL, Asa C. Processo de Trabalho e Saúde. *Saúde em Debate*, n. 11, p. 8-21, 1981; LAURELL, Asa C. La salud-enfermedad como proceso social. *Revista Latinoamericana de Salud*, v. 1, n.2, 1982; LAURELL, Asa C. Crisis y Salud en América Latina. *Cuadernos Políticos*, n. 33, p. 32-46, 1982; LAURELL, Asa C. Saúde e Trabalho: os Enfoques Teóricos. In: NUNES, Everardo D. (org.) *As Ciências Sociais em Saúde na América Latina: tendências e perspectivas*. Brasília: OPAS, 1985. p. 255-276; LAURELL, Asa C. Trabajo y salud: estado del conocimiento. In: FRANCO, Saul, NUNES, Everardo D., BREILH, Jaime y LAURELL, Asa C. (orgs.) *Debates en Medicina Social*. Quito: OPAS-ALAMES, 1991. 339p. (Serie Desarrollo de recursos Humanos, n. 92) p. 249-339; LAURELL, Asa C. (Coord.) *Para la investigación sobre la salud de los trabajadores*. Washington, OPAS, 1993; TAMBELLINI-AROUCA, Anamaria T. O Trabalho e a Doença. In: GUIMARÃES, R. (org.) *Saúde e medicina no Brasil - Contribuição para um Debate*, Rio de Janeiro: GRAAL, 1978. (Série Saúde e Sociedade - Vol. nº 3) p. 93-119; GARCIA, Juan C. La categoría 'trabajo' en la medicina. *Cuadernos Médico Sociales*, n. 23, p. 5-29, 1983; LAURELL, Asa C. & MARQUEZ, Margarita *El desgaste obrero en México. Proceso de producción y salud*. México: ERA, 1983; RIBEIRO, Herval Pina & LACAZ, Francisco Antonio de Castro (orgs.) *De que Adoecem e Morrem os Trabalhadores*. São Paulo: IMESP/DIESAT, 1985; TAMBELLINI, Anamaria T. et al., *op. cit.*, 1986; LAURELL, Asa C. & NORIEGA, Mariano Trabajo y Salud en SICARTSA. México: UAM-Xochimilco, 1987; LAURELL, Asa C. & NORIEGA, Mariano *Proceso de Produção e Saúde. O desgaste operário*. São Paulo: CEBES-HUCITEC, 1989; NORIEGA, Mariano Problemas teórico-metodológicos de la investigación sobre salud en el trabajo. *Salud Problema*, n. 16, p. 9-13, 1989; NORIEGA, Mariano Algunos Procedimientos y Técnicas de la Investigación sobre la Salud en el Trabajo. In: LAURELL, Asa C. (coord.) *op. cit.*, 1993, p. 37-62; BREILH, Jaime, GRANDA, Edmundo; YÉPEZ José y COSTALES, Patricia. Componente de Metodología: La Construcción del Pensamiento en Medicina Social. In: FRANCO, Saul, NUNES, Everardo D., BREILH, Jaime e LAURELL, Asa C. (orgs.) *Debates en Medicina Social*. Quito: OPAS-ALAMES, 1991. 339p. (Serie Desarrollo de Recursos Humanos) p. 138-24; BREILH, Jaime Fundamentos Teóricos y Metodológicos para la Investigación de Salud y Trabajo. In: BREILH, J. Nuevos Conceptos y Técnicas de Investigación - Guia pedagógica para un taller de Metodología (Epidemiología del Trabajo). Quito: Centro de Estudios y Asesoría en Salud (CEAS), 1994. 359 p. (Série "Epidemiologia Crítica", n.3) p. 83-106; REBOUÇAS, Antonio José de Arruda, ANTONAZ, Diana, FREITAS, Nilton B.B., LACAZ, Francisco Antonio de C. et al. *Insalubridade-Morte Lenta no Trabalho*. São Paulo: OBORÉ/DIESAT, 1989. 223 p.to: CEAS, 1994. (Série "Epidemiologia Crítica", nº 3). 359 p.

Neste sentido, pretende-se estudar as condições de possibilidade da existência do discurso - conceitos, enunciados, normas, saberes e práticas - da Saúde do Trabalhador, que se estabelece frente àquele **hegemônico** da Medicina do Trabalho-Saúde Ocupacional.

1.2. As Relações entre Saúde e Trabalho como Objeto de Estudo.

Como ponto de partida assume-se, neste trabalho, as hipóteses de que o campo da Saúde do Trabalhador seria um novo olhar, um novo enfoque do ponto de vista **conceitual e metodológico**, que emerge, no Brasil, da Saúde Coletiva a propósito do estudo e da intervenção nas relações entre trabalho e saúde/doença, procurando estabelecer uma articulação com os novos atores sociais, ou seja, a classe operária industrial, numa sociedade que passa por mudanças profundas do ponto de vista político, econômico e social, tendo como pano de fundo a realidade brasileira do final dos anos 70 e início dos 80.³

Mais ainda, colocar-se-ia como contra-ponto aos saberes e práticas da abordagem/formulação **hegemônica** representada pela **Saúde Ocupacional-Medicina do Trabalho**, objetivando **superá-la** a partir de *locus* diverso. Nesta perspectiva, para construir sua **identidade**, vai buscar **idéias e conceitos** num feixe de discursos dispersos formulados pela Medicina Social Latino-americana, na positividade da **determinação social** do processo saúde/doença; pela Saúde Pública em sua **vertente programática** ao nível dos serviços de saúde e na Saúde Coletiva ao abordar o sofrer, adoecer e morrer a partir do perfil de **classes e grupos sociais** inseridos no processo produtivo, portanto como **produtores e não mais como consumidores**.⁴

E, é em FOUCAULT com sua abordagem proposta na História Arqueológica, que procurar-se-á buscar dar conta dessa "empreitada", na medida em que se trata do estudo de formulações relativas a **enunciados, normas, conceitos** que conformam saberes e práticas de acordo com formas de pensar a realidade e que

³. A respeito da constituição da Saúde Coletiva ver: COSTA, Nilson do R. Ciências Sociais e Saúde: Considerações sobre o nascimento da Saúde Coletiva no Brasil. *Saúde em Debate*, n. 36, p. 58-65, 1992; CANESQUI, Ana M. Ciências Sociais, a Saúde e a Saúde Coletiva. In: CANESQUI, A.M. (org.) *Dilemas e Desafios das Ciências Sociais na Saúde Coletiva*. São Paulo-Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO, 1995. p. 19-35, NUNES, Everardo D. Medicina Social no Brasil: um Estudo de sua Trajetória. In CAMPOS, Gastão Wagner S., MEHRY, Emerson Elias & NUNES, Everardo D. *Planejamento Sem Normas*. São Paulo: HUCITEC, 1989. p. 113-34, NUNES, Everardo D. *Saúde Coletiva: História de uma Idéia e de um Conceito*. Texto apresentado na Oficina sobre Residência Médica em Medicina Preventiva e Social, FUNDAP, 17-19/8/1995, na Mesa Redonda "O campo da Saúde Coletiva: evolução e transformações históricas." [mimeo]. Ver ainda: *Saúde e Trabalho: Desafios para uma Política*. Contribuição da ABRASCO ao Processo de Definição de uma Política Nacional de Saúde do Trabalhador. São Paulo: ABRASCO. Comissão de Saúde e Trabalho, set./ 1990. [mimeo]

⁴. Ver a respeito da possibilidade da introdução programática dessa abordagem na rede de serviços de saúde pública: FREITAS, Clarice U., LACAZ, Francisco Antonio de Castro & ROCHA, Lys E. Saúde Pública e Ações de Saúde do Trabalhador: uma análise conceitual e perspectivas de operacionalização programática na rede básica da Secretaria de Estado da Saúde. *Temas IMESC, Sociedade. Direito. Saúde*, v. 2, n. 1, p. 3-10, 1985. Ver ainda NAVARRO, Vicente The Labour Process and Health: a Historical Materialist Interpretation. *Int. J Health Serv.*, v. 12, n. 1, p. 5-29, 1982.

postulam o estatuto de cientificidade. Assim, também não prescindiria de um método que, estaria ainda em processo de construção, o qual necessariamente deve incorporar o saber e a experiência do trabalhador na abordagem dessas relações.⁵

Como refere FOUCAULT (1982)

*"Cada sociedade tem seu regime de verdade, sua 'política geral' de verdade: isto é, os tipos de discurso que ela acolhe e faz funcionar como verdadeiros; os mecanismos e as instâncias que permitem distinguir os enunciados verdadeiros dos falsos, a maneira como se sancionam uns e outros; as técnicas e os procedimentos que são valorizados para a obtenção da verdade; o estatuto daqueles que têm o encargo de dizer o que funciona como verdadeiro."*⁶ (grifos nossos)

Tendo ainda como referência as preocupações de FOUCAULT, para o estudo do campo das relações entre trabalho e saúde/doença, pode-se apreendê-lo, além da análise arqueológica.

Isto envolve a "demarché" de revolver o terreno dos "sistemas de conhecimento" que engendra, também pela análise "das modalidades de poder", através da construção de uma "genealogia" do campo, quando

*"... desloca-se a problemática do saber para o poder. Aqui, a problemática do saber não é abandonada, todavia o foco se dirige para o regime político de produção da verdade. Sob a perspectiva do método genealógico FOUCAULT aponta (...) uma nova analítica do poder que enfatiza suas táticas e estratégias e cuja pertinência não diz respeito à matriz ordem/obediência política, porém aos processos de assujeitamento, ou seja, à constituição de sujeitos assujeitados."*⁷

No entanto, é preciso explicitar que visão de homem e de sociedade está informando os diversos "olhares" e já se aperceber que a Saúde do Trabalhador vis-à-vis a Saúde Ocupacional, como campo socialmente construído, é uma prática discursiva **contra-hegemônica** cujos saberes e práticas propor-se-iam a **libertar, conscientizar, politizar e autonomizar** o pólo dominado colocando-se na posição de, ao contituir-se em saberes e práticas, apoiar modos de exercício de **contra-poderes**.⁸

O que se propõe, então, é investigar a **emergência e a eficácia política** de um discurso **não hegemônico** que, ao produzir saberes, **compartilha** disso com os dominados na perspectiva de elevar o nível de **consciência sanitária** dos trabalhadores.⁹

⁵. Ver a respeito: LAURELL, *op. cit.*, 1993, p. 13-36; NORIEGA, *op. cit.*, 1993, p. 37-62; RODRIGUEZ Jorge A. Vilegas & CORTÁZAR, Vitor R. La Investigación Participativa en Salud Laboral: El Modelo Obrero. In: LAURELL, Asa C. (coord.) *op. cit.*, 1993, p. 63-98 e NORIEGA, *op. cit.*, 1989.

⁶. FOUCAULT, Michel Verdade e Poder. In: FOUCAULT, Michel; MACHADO, Roberto (org.) *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro, Graal, 1982, p. 1-14. 3ª edição. p. 12.

⁷. ADORNO, Sergio "Introdução: Um pensamento desconcertante." In: ADORNO, Sergio (org.) Michel Foucault, *Escritos*, n. 1, São Paulo, Departamento de Sociologia da FFLCH da USP, 2º semestre de 1994, p. VIII.

⁸. Aqui é interessante pontuar citação de MUCHAIL, *op. cit.* In: RIBEIRO, Renato Janine (org.) *op. cit.*, 1985, quando refere que FOUCAULT atrelava "a questão da constituição de saberes a modos de exercício de poder". (p. 197)

⁹. Ver a respeito do conceito de "consciência sanitária", BERLINGUER, *Giovani Medicina e Política*, São Paulo: CEBES-HUCITEC, 1978, cap. I. Aqui cabe fazer um paralelo com as observações de AROUCA, *op. cit.*, 1975, ao abordar a Medicina Preventiva e a Medicina Social. O autor refere que, a par das "denominações utilizadas, existem duas formações discursivas em confronto, que se definem em relação à organicidade dos seus discursos; assim, a Medicina Preventiva aparece como uma prática **ideológica**, organicamente ligada aos grupos hegemônicos da sociedade civil e existindo como norma que não se instaura, por suas próprias

para romper com uma rede de relações de poder, que não se situa apenas nos aparelhos de Estado, mas que perpassa os interesses dos sujeitos em sociedade e que também

*"... não pode ser mais compreendida como uma totalidade articulada e abstrata, produto da progressiva racionalização das práticas e das representações sociais. A sociedade somente pode ser visualizada em seu operar concreto, na imensa e complexa rede (...) que imbrica instituições aparentemente tão díspares como a (...), o hospital, (...), a fábrica, a escola, a prisão e institui laços entre o educador, o médico, o jurista, o carcereiro..."*¹⁰ (grifos nossos)

Frise-se que, tais relações têm caracterizado o saber e a prática da Saúde Ocupacional/Medicina do Trabalho que com suas matizes diferenciadas contribuem para a

*"Alienação do trabalhador, desinformação [e para] Maior poder e controle do capital sobre a força de trabalho [ou, para a] Alienação do trabalhador [pela] informação restrita e ideologizada [com] ...Atuação técnica autoritária dos profissionais de saúde no ambiente de trabalho e fora dele."*¹¹

Colocando-se, ainda, como prática que se contrapõe a esta postura, mas que como conhecimento/saber também tem em sua

*"... raiz (...) ódio e luta entre instintos, (...) relações de poder [cuja] 'verdade' - conjunto de procedimentos regulamentados para a produção, a lei, (...), a circulação (...) dos enunciados - está ligada aos sistemas de poder que a produzem e a apoiam e a efeitos de poder que ela induz e que a reproduzem."*¹² (grifos nossos)

Assim, está-se garimpando, que enunciados, pressupostos, normas, intuições e atores/sujeitos sociais constroem e compõem este espaço de práticas e saberes, ou seja, um outro campo que é aqui denominado da Saúde do(s) Trabalhador(es).

Assume-se, portanto, a necessidade do estudo da contribuição para a configuração do campo, da produção acadêmica; da programação dos serviços de saúde pública e do próprio movimento social dos trabalhadores, particularmente a partir de meados dos anos 80, quando seu discurso vai assumir uma postura mais propositiva em relação ao Estado, começando

*"... a vislumbrar a possibilidade das classes trabalhadoras influírem mais decididamente na esfera política, deixando de dizer apenas não, para também indicarem soluções para os problemas sociais, políticos e econômicos."*¹³ (grifos nossos)

Enfim, assume-se que a Saúde do(s) Trabalhador(es) configuraria um campo de conhecimento (saberes) e de práticas em construção, informado pela categoria

contradições decorrentes da articulação da medicina com o econômico, na prática. E, por outro lado, a Medicina Social, que tenta realizar uma ruptura com esta postura ideológica e delimitar um objeto de estudos a partir do qual pudesse produzir conhecimentos que contribuíssem para uma prática transformadora. Trata-se de um discurso que procura a sua organicidade na contradição das classes sociais, assumindo uma posição diante destas contradições na teoria. (p. 142-143) (grifos nossos)

¹⁰. ADORNO, *op. cit.*, 1994, p. IX.

¹¹. TAMBELLINI et al., 1986, p. 9.

¹². ADORNO, *op. cit.*, p. X.

¹³. Ver a respeito da trajetória política do sindicalismo, nos anos 80 e 90, particularmente o "cutista": RODRIGUES, Iram J. O Sindicalismo Brasileiro: da confrontação à cooperação conflitiva. *São Paulo em Perspectiva*, v. 9, n.3, p. 116-126, 1995. p. 120.

Trabalho e Saúde (TAMBELLINI et al., 1986; LAURELL, 1991) e que procura identidade própria por referência à Saúde Ocupacional e à Medicina do Trabalho, "disciplinas" com método e "visão de mundo" que se situam na *Clínica* e na *Medicina Preventiva e Epidemiologia* privilegiando a abordagem da *História Natural da Doença* ao transpô-la para a análise das doenças e acidentes do trabalho mediante o uso da tríade "agente-hospedeiro-ambiente" que orienta inclusive o papel a ser desempenhado pelos Serviços Médicos de Empresas e a conceituação da *Saúde Ocupacional* conforme foi elaborada no início dos anos 50 pelo Comitê Misto de peritos patrocinado pela OIT-OMS. (MENDES, 1980) ¹⁴

Considera-se, então, que é ao nível do discurso hegemônico e cristalizado formulado por estas "disciplinas" e do discurso contra-hegemônico e em construção, elaborado por aquele campo de conhecimento que se propõe **interdisciplinar, multiprofissional, aberto à participação e metodologicamente diferenciado** (ODDONE et al., 1986, NORIEGA, 1989),¹⁵ que se poderá, mediante uma **arqueologia** (FOUCAULT, 1987),¹⁶ identificar suas características e as "condições de possibilidade" de sua emergência, procurando verificar como tal "prática discursiva" consolida-se em sua relação com as "práticas extra-discursivas", que se desenvolvem e se constroem na vida social. Mais ainda, trata-se de superar o velho e ousar construir um novo conceito para a compreensão das relações entre trabalho e saúde, começando como refere REGO (1987, p. 152)

"... com o próprio campo de estudos (...) já que há uma ampliação não só quantitativa mas também qualitativa nos temas e na abordagem da questão. Um nome (...) o de 'Saúde do Trabalhador' ou 'Saúde dos Trabalhadores' (...) parece ser apropriado (...) por explicitar a passagem de uma Saúde da Ocupação (mais vinculada ao processo produtivo e a um ponto de vista patronal) para uma Saúde do Trabalhador, que parece caminhar em direção a uma abordagem integral do ser humano em relação com os vários aspectos do trabalho." ¹⁷

¹⁴. Para MENDES, René "... qualquer tentativa de conceituar Medicina do Trabalho, situa-se, obrigatoriamente, na definição de Saúde Ocupacional proposta pelo Comitê Misto da OIT-OMS, reunido em Genebra, em 1950: 'A Saúde Ocupacional tem como objetivos: a **promoção e manutenção** do mais alto grau de bem estar físico, mental e social dos trabalhadores em todas as ocupações; a **prevenção** entre os trabalhadores, de desvios de saúde **causados** pelas condições de trabalho; a **proteção** dos trabalhadores em seus empregos, dos **riscos** resultantes de fatores adversos à saúde; a **colocação e manutenção** do trabalhador **adaptadas** às aptidões fisiológicas e psicológicas, em suma: a **adaptação** do trabalho ao homem e de cada homem à sua atividade"'. (grifos nossos) Ver: MENDES, René (org.). *Medicina do Trabalho/Doenças Profissionais*. São Paulo: SARVIER, 1980, p. 18. Percebe-se, por esta formulação uma influência clara de categorias utilizadas pela abordagem da História Natural da Doença e do "triângulo epidemiológico", cujos pressupostos são incorporados pela Medicina Preventiva conforme proposição de Leavell & Clark.

¹⁵. Ver a respeito: ODDONE, Ivar, MARRI, Gastone, GLORIA, Sandra, BRIANTE, Gianni et al. *A luta dos trabalhadores pela saúde*. São Paulo: CEBES-HUCITEC, 1986. Neste livro os autores apresentam o Modelo Operário italiano, metodologia formulada pelos trabalhadores e intelectuais militantes italianos, no final dos anos 60 e que possibilitou importantes avanços na luta contra a nocividade no trabalho. NORIEGA, *op. cit.*, 1989, retoma esta discussão teórico-metodológica, apontando para suas potencialidades nos estudos que devem envolver uma nova abordagem da questão sujeito-objeto da investigação.

¹⁶. Ver: FOUCAULT, Michel *História da Loucura na Idade Clássica*. São Paulo: Perspectiva, 1978; *O Nascimento da Clínica*. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1980, 2ª edição; *A arqueologia do saber*. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1987, 3ª edição e *As palavras e as coisas: uma arqueologia das ciências humanas*. São Paulo: Martins Fontes, 1990, 5ª edição, livros que representam a "fase" **arqueológica** do autor.

¹⁷. REGO, Ricardo Amaral na Dissertação de Mestrado denominada *Trabalho e Saúde: Contribuição para uma abordagem abrangente*. São Paulo, 1987, realiza exaustivo levantamento de estudos que avançam na

Desta forma estar-se-ia melhor conhecendo estas relações e adquirindo-se um instrumental que permitiria equacionar ações de prevenção e controle que ao incorporarem o conhecimento do trabalhador, possam **retroalimentar** as lutas pela melhoria das condições de trabalho e defesa da saúde. De fato é disto que se está falando, quando se pretende identificar enunciados, normas e superfícies de emergência por onde se insinua a Saúde do Trabalhador.

Ocorre, porém, conforme apontam alguns autores, que FOUCAULT não se preocupa com o discurso em si, com o que é, enquanto tal, mas com suas "*condições de possibilidade*" que podem conter

"... elementos da infra-estrutura (processo econômico, trabalho industrial),...a estrutura de classe (processos sociais), elementos da superestrutura ideológica(...sistema de normas...), etc.." ¹⁸

Não se volta para as hierarquias que se estabelecem entre estes elementos dentro da prática discursiva. FOUCAULT esquiva-se desta questão, na medida em que está preocupado em garimpar/detectar as "*rupturas*" do discurso, mais do que determinações, já que a história antropocêntrica, homogênea, totalizante **não mais existe**, interessando trazer à superfície a história **serial, fragmentada** (DOSSE, 1992), ¹⁹ através da análise dos documentos agora tomados como "*monumentos*" que contam e delineiam através dos "*enunciados e dispositivos*" as verdades e normas de uma época; enfim a instauração de saberes e práticas com estatuto de cientificidade variada. (FOUCAULT, 1987)

Dado o caráter do campo de conhecimento que está sendo estudado, com conflitos intrínsecos e contradições claras de interesses, é cientificamente pertinente esquivar-se também e não estabelecer hierarquias e determinações? Provavelmente a resposta é negativa. E, por isso, esta é uma questão que merece um aprofundamento, o qual deverá estar acoplada a análises histórico-sociais-estruturais (AROUCA, 1975) ²⁰ que permitam captar o dinamismo dialético do campo, considerando-se as contradições que encerra, na medida em que este campo estaria situado na **encruzilhada** entre os designios do poder econômico do capital e as possibilidades de superação e transformação da realidade, através da luta política desenvolvida pelo pólo do trabalho em cada sociedade concreta.

Ao lado disso, é necessário procurar compreender como se constróem e caracterizar as fronteiras que delimitam campos do conhecimento aparentemente indistinguíveis como o da Saúde Ocupacional-Medicina do Trabalho e da Saúde do Trabalhador-Medicina Social, fronteiras estas que a muitos não interessa explicitar ou que se pretende colocar como momentos de um **continuum** linearmente apreendido, sem rupturas, já que ao se apontar as diferenças e as **tensões** e conflitos que se estabelecem no estudo deste campo de conhecimento que envolve as relações trabalho e saúde-doença, está se dizendo que ele é um

compreensão de que as relações trabalho e saúde extrapolam a visão "ambientalista" calcada nos agentes físicos, químicos, biológicos e mecânicos, conforme propõem a Saúde Ocupacional/Medicina do Trabalho.

¹⁸. Ver a respeito: ROBIN, Régine *História e Linguística*. São Paulo: Cultirx, 1977. p. 95-96. 367 p.

¹⁹. Ver: DOSSE, François *A História em Migalhas: dos "Annales" à "Nova História"*. São Paulo: Ensaio; Campinas: Editora da Unicamp, 1992. 267 p.. Consultar, particularmente, as p. 183-6, 191, 226-7 e 231.

²⁰. Ver: AROUCA, *op. cit.*, 1975.

"... lugar de lutas [que] (...) rompe com a imagem irenista da 'comunidade científica' ..., com a idéia de uma espécie de 'reino dos fins' que não conheceria senão as leis da concorrência pura e perfeita das idéias, infalivelmente recortada pela força (...) da idéia verdadeira", além de se "...recordar que o próprio funcionamento do campo científico produz e supõe uma forma específica de interesse..." ²¹ (grifos do autor).

Mais ainda, trata-se de caracterizar quem produz o discurso contra-hegemônico, ou seja, que intelectuais, no sentido gramsciano têm contribuído para sua enunciação, tanto ao nível do movimento social, quanto ao nível institucional e acadêmico, visando atualizar as afirmações de MENDES (1986) e TAMBELLINI (1984), confirmando-as ou negando-as. ²²

1.2.1. A Propósito de Conceitos, Enunciados, Saberes e Práticas. Demarção de Fronteiras e Identidades na História da Abordagem das Relações Saúde e Trabalho.

A antiguidade das questões relativas à temática saúde e trabalho e sua recorrência é clara, podendo-se afirmar que desde o início transitou pelas preocupações da **Saúde Pública-Medicina (Preventiva) Social** do século passado, que nos países de capitalismo avançado vai ser o campo de saberes e de práticas que tratará do impacto do advento do capitalismo e da Revolução Industrial sobre a saúde das populações urbanas que ocorrem ao trabalho nas fábricas que se instalavam no final do século XVIII e início do XIX, o que colocava como função do Estado moderno

"... proteger e promover a saúde e o bem estar dos cidadãos [representando] a consubstanciação de uma série de considerações políticas, econômicas, sociais e éticas." ²³

Conforme este autor, data de 1700 a primeira publicação completa

"... sobre doença profissional [e] ... até o século XIX continuou a ser o texto fundamental para esse **ramo** da Medicina Preventiva." ²⁴ (grifo nosso)

²¹. Ver a respeito: BOURDIEU, Pierre O Campo Científico. In: ORTIZ, Renato (org.) *Pierre Bourdieu: Sociologia*. São Paulo: Atica, 1983, p. 123.

²². Ver a respeito: MENDES, René *Doutrina e Prática da Integração da Saúde Ocupacional no Setor Saúde: contribuição para a definição de uma política*. Tese (Livre Docência) Departamento de Saúde Ambiental, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo e TAMBELLINI, Anamaria T. A política oficial de desenvolvimento científico e tecnológico no Brasil na área de Saúde e Trabalho: Discurso e Prática. In: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. *Ensino da Saúde Pública, Medicina Preventiva e Social no Brasil*. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1984, p. 11-38.

²³. ROSEN, George *Uma História da Saúde Pública*. Tradução de Marcos Fernando da Silva com a colaboração de José Ruben de Alcântara Bonfim. São Paulo: HUCITEC, Editora da Unesp, Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 1994 (Série Saúde em Debate, n.º 74) p. 25. Neste livro o autor situa historicamente as várias temáticas do papel do Estado na promoção da saúde e do bem-estar, colocando a importância do trabalho para a saúde das populações e o trabalho sistemático seminal de BERNARDINO RAMAZZINI (1633-1717) *De morbis artificum diatriba*. O título da tradução em português é *As Doenças dos Trabalhadores*. Tradução de Raimundo Estrêla. São Paulo, FUNDACENTRO, 1992 – como sendo "o primeiro estudo completo sobre a doença profissional. Publicado em 1700 ..." (p. 389)

²⁴. *Idem*, *Ibidem*, p. 389.

Neste sentido é interessante assinalar que FOUCAULT (1982) em conferência proferida no Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro, em outubro de 1974, sob o título de *O Nascimento da Medicina Social*, situava esta vertente como a terceira direção da medicina social, tomando o exemplo inglês.²⁵

Nesta fala Foucault afirmava que

*"A medicina dos pobres, da força de trabalho, do operário não foi o primeiro alvo da medicina social, mas o último."*²⁶ (grifos nossos)

Para ele,

*"Foi somente no segundo terço do século XIX, que o pobre apareceu como perigo ... na Inglaterra, durante as grandes agitações sociais do começo do século XIX, a população pobre tornou-se força política capaz de se revoltar ou pelo menos, de participar de revoltas."*²⁷ (grifos nossos)

Surge, assim,

*"... no século XIX e sobretudo na Inglaterra, uma medicina que é essencialmente um controle da saúde e do corpo das classes mais pobres para torná-las mais aptas ao trabalho e menos perigosas às classes mais ricas."*²⁸ (grifos nossos)

Tal temática é retomada pelo autor quando analisa as relações entre saber e poder, ao discorrer sobre o adestramento e disciplinamento do sujeito/trabalhador na medida em que

*"O poder disciplinar é com efeito um poder que, em vez de se apropriar e de retirar, tem como função maior 'adestrar'; ou sem dúvida adestrar para retirar e se apropriar ainda mais e melhor ... A disciplina (...) é a técnica específica de um poder que toma os indivíduos ao mesmo tempo como objetos e como instrumentos de seu exercício."*²⁹ (grifos nossos)

Tal situação pressupõe conflitos de interesses tão claros que a burguesia procura garantias para sua segurança política e isto ocorre através do controle médico do pobre e do operário.³⁰

Sobre este mesmo período histórico NOGUEIRA (1991), assim se coloca:

"Somente em 1833, pressionado pela opinião pública, o Parlamento Britânico baixa uma lei que constitui a primeira lei realmente eficiente na proteção dos trabalhadores: a Lei das Fábricas. Tal lei, ao lado de algumas medidas de proteção do trabalhador, cria o Inspetorado de Fábrica, que passa a vigiar a obediência da lei com resultados satisfatórios, impondo aos empregadores severas sanções quando encontravam condições adversas de trabalho... em 1828, um empregador inglês, preocupado com a saúde dos seus trabalhadores... contratou um médico ... e

²⁵ . Conforme FOUCAULT, Michel *O Nascimento da Medicina Social*. In: MACHADO, Roberto (org.) *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1982. 3a. ed. p. 79-98. p. 93

²⁶ . *Idem, Ibidem*, p. 93.

²⁷ . *Idem, Ibidem*, p. 94.

²⁸ . *Idem, Ibidem*, p. 97.

²⁹ . FOUCAULT, Michel *Vigiar e Punir*. São Paulo: Forense, 1994. p. 153. É interessante notar que neste momento FOUCAULT está interessado em estudar as relações entre a jurisprudência - na sua forma sutil de violência para punir os criminosos - e a medicina, período que remonta ao início do século XIX, quando também se instaura a medicina de fábrica, com suas primeiras normas que datam de 1833.

³⁰ . Ver a respeito: FOUCAULT, *op. cit.*, 1982.

assim nascia, pela primeira vez na história da humanidade, o serviço médico de empresa e, com este, a primeira informação sobre as alterações de saúde dos trabalhadores causadas pelo exercício do trabalho. O exemplo desse empregador interessou também outros empregadores a fazer o mesmo..."³¹ (grifos nossos)

A respeito do mesmo tema, é interessante atentar para a interpretação de JUNQUEIRA (1977, p. 96) no artigo "Nascimento da Medicina do Trabalho".

*"A validade atual dos conceitos expostos pelo economista Adam Smith são tão importantes (...) que repetidas vezes temos afirmado que a saúde do trabalhador é um problema social neutro; tanto interessa ao empregado como ao empregador; não tem partido ou cor política; não é um benefício unilateral, é um investimento vantajoso bilateralmente ..."*³² (grifado no original)

Trata-se, pois, de um discurso que ao falar em neutralidade, escamoteia os interesses contraditórios, quando conscientes, entre aqueles que vendem a força de trabalho e os detentores do capital, numa relação em que a valorização da saúde vai depender do poder político de barganha dos trabalhadores, não sendo à priori algo a que se pode atribuir um valor intrínseco, mas que assume um caráter histórico e dialético.

A respeito desta questão, é valioso socorrer-se da contestação pronta à afirmação acima referida, conforme colocam ADORNO & HORKHEIMER (1985)

*"O aumento da produtividade (...), que por um lado produz as condições para um mundo mais justo, confere por outro lado ao aparelho técnico e aos grupos sociais que o controlam uma superioridade imensa sobre o resto da população. O indivíduo se vê completamente anulado em face dos poderes econômicos (...) A enxurrada de informações (...) e diversões assépticas dispersa e idiotiza as pessoas ao mesmo tempo."*³³ (grifos nossos)

Existe, no entanto, uma utopia a ser perseguida como referem ADORNO e HORKHEIMER (1985):

"No sentido mais amplo do progresso do pensamento, o esclarecimento tem perseguido sempre o objetivo de livrar os homens de medo e de investi-los na posição de senhores. ... O programa do esclarecimento era o desencantamento do mundo. Sua meta era dissolver os mitos e

³¹ . Trata-se de texto histórico escrito por NOGUEIRA, Diogo Pupo, decano da Medicina do Trabalho, e professor emérito do Departamento de Saúde Ambiental da Faculdade de Saúde Pública da USP, em notas de aula ministrada no ano de 1991, por ocasião de curso de reciclagem de profissionais médicos da rede municipal de saúde, na Faculdade de Saúde Pública da USP. p. 2. Nota-se que para o autor a história está calcada nos "feitos" de homens "generosos" iluminados que, movidos pela preocupação "humanista", conduzem o rumo dos acontecimentos. A respeito do mesmo período histórico assim pronunciou-se ROSEN (1994) "Todos os atos importantes se fizeram preceder por agitação e inquéritos públicos e se transformaram em lei enfrentando oposição determinada. No geral, o desenvolvimento da legislação das fábricas e minas, entre 1830 e o fim do século, deve muito pouco aos proprietários de minas (...) e de manufaturas e a seus porta-vozes." (p. 209)

³² . JUNQUEIRA, Joaquim A. Nascimento da Medicina do Trabalho, *Saúde Ocupacional e Segurança*, v. XV, n. 2, p. 93-112, 1980. O doutor Junqueira, era médico do trabalho com formação nos EUA. Foi gerente do Serviço Médico da Esso Brasileira de Petróleo e chefe do Serviço Médico da General Motors do Brasil e Superintendente da Associação Brasileira de Prevenção de Acidentes (ABPA), Regional de São Paulo, entidade mantida pela Federação das Indústrias de São Paulo, durante vários anos até sua morte em 1989. A suposta neutralidade que atribui ao "problema social" saúde do trabalhador retira-lhe o caráter contraditório de uma relação antagonica entre aquele que vende sua força de trabalho no mercado e quem a compra, dando-lhe um valor que depende do embate político Capital-Trabalho em conjunturas específicas de sociedades concretas.

³³ . ADORNO, Theodor W. & HORKHEIMER, Max *Dialética do Esclarecimento: fragmentos filosóficos*. Rio de Janeiro: Zaar Editor, 1985, 3ª. edição. p. 14-15.

substituir a imaginação pelo saber. (...) A técnica é a essência desse saber, que não visa conceitos e imagens, nem o prazer do discernimento, mas o método, a utilização do trabalho de outros, o capital (...) O que os homens querem aprender da natureza é como empregá-la para dominar completamente a ela e aos homens (...) Poder e conhecimento são sinônimos." ³⁴ (grifos nossos)

Na mesma linha manifesta-se FRANCO (1981) quando trata do espaço privilegiado para apreender o papel da Medicina, enquanto um saber nesta interface com o poder nas relações entre Capital e Trabalho:

"A Medicina Ocupacional entre todas as especialidades médicas é a menos neutra sob o ponto de vista ideológico. Não é uma prática social que possa ser ensinada e exercida com a inocência do descompromisso, porque está inconfundivelmente vinculada ao modo de produção, através de seu objeto de trabalho e seus objetivos." ³⁵ (grifos nossos)

O mesmo autor já antecipava elementos constitutivos da discussão que defineia o campo da Saúde do Trabalhador, mesmo com certa ingenuidade, quando advoga que na formulação dos cursos acadêmicos

"... não se omitam as peculiaridades da prática da Medicina Ocupacional. Com especial ênfase na caracterização de seu objeto de trabalho (...) e de suas vinculações com o poder econômico de um lado e, em contrapartida, com os interesses dos trabalhadores. Uma vez que o médico é chamado para dentro da fábrica pelos detentores do modo de produção para fazer controle do absentismo e manter a mão de obra na (...) produção." ³⁶ (grifos nossos)

Antes porém de um maior aprofundamento da questão conceitual do campo, interessa retomar a linha adotada por ROSEN (1994), para considerar que no Brasil, a preocupação original da medicina com o olhar voltado para além do individual, ou seja, em sua relação com a vida em sociedade; configurando desde a terceira década do século XIX o que alguns autores chamaram de medicina social, deu-se através da sua intervenção sobre o "corpo urbano", preocupando-se com suas possibilidades de produzir doença e morte e

"... não por intermédio do corpo produtor ... A medicina é social por detectar na cidade as causas de um estado patológico da população e formular um projeto de normalização da sociedade como condição para produzir o estado positivo da saúde." ³⁷

³⁴ . A frase final referida no parágrafo é de NIETZSCHE, *Friederich Nachlass Werke*, v. XIV, apud ADORNO & HORKHEIMER, *op. cit.*, 1985, p. 19-20.

³⁵ . O autor utiliza o termo Medicina Ocupacional (MO) quando trata das mediações entre Medicina e controle da força de trabalho, advogando um estatuto para a MO que é incompatível com os pressupostos que informam a Medicina da fábrica. Talvez seja o primeiro momento de reflexão e revisão acadêmica sobre a necessidade de uma "reformulação profunda quanto ao seu aspecto conceitual e (...) conteúdo, para que melhor se compreenda seu objeto de trabalho e seus objetivos". Propõe para isso a introdução "nos programas dos cursos de graduação, especialização e pós-graduação ... do ensino da Sociologia da Medicina e da Sociologia do Trabalho", procurando dar um caráter multidisciplinar à Medicina Ocupacional que seria incompatível com seus limites e objetivos, o que somente pode ser alcançado numa abordagem mais abrangente que vai se construindo pela Saúde do Trabalhador, enquanto discurso (saberes) e práticas, ao longo dos anos. Ver a respeito: FRANCO, Antonio Ribeiro *Estudo Preliminar das Repercussões do Processo de Trabalho sobre a Saúde dos Trabalhadores de um Hospital Geral*. Tese (Doutoramento) Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 1981. [mimeo] p. 194

³⁶ . *Idem, Ibidem*, p. 196.

³⁷ . MACHADO, Roberto, LOREIRO, Angela, LUZ, Rogerio e MURICY, Katia *Danação da Norma: a medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil*. Rio de Janeiro: Graal, 1978. 559 p. p. 351.

O processo de industrialização, como forma hegemônica de acumulação capitalista, somente configurar-se-ia entre nós quase um século depois e, desta maneira, não estava presente, na origem da medicina social brasileira aquilo que se postula habitualmente como

"a condição de possibilidade da medicina social" enquanto "olhar (...) centralizado no trabalhador, corpo que adocece e morre." ³⁸ (grifo nosso)

Para a medicina social de então, as ações de controle sobre o meio ambiente, eram sua atribuição e objetivavam uma atuação sobre causas "sociais" das "doenças dos trabalhadores", vistas como uma morbi-mortalidade relacionada ao "meio social."

Não se identificava claramente uma patologia relacionada diretamente ao trabalho que provocasse agravos à saúde dos empregados, mesmo quando se tratava das condições e locais mais insalubres como era o caso das fábricas de charutos, de velas de sebo e sabões, ou dos matadouros, tendo importância apenas suas **emanações** para o ambiente circundante, conforme demonstra MENDES (1980 e 1995) referindo-se às teses apresentadas à Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro em meados do século passado.³⁹

Posteriormente, já no final do século XIX, apenas **setorialmente**

"[...] a política de saúde pública tentou, (...), superar (...) ameaças sanitárias à força de trabalho, omitindo a análise da natureza das relações sociais que determinam o processo saúde-doença. ... [e] buscou afirmar-se como prática técnica centrada no combate às doenças epidêmicas e que ocuparia também a função pedagógica de normatizar os grupos sociais refratários às boas regras higiênicas." ⁴⁰

Nesse momento impera a economia agro-exportadora e a prioridade é o saneamento de portos e estradas de ferro, as vias de transporte e escoamento da produção agrícola. Tal preocupação é tão importante que ocorre, então, o envolvimento direto de Oswaldo Cruz em

"... frentes de trabalho, como a construção da ferrovia Madeira-Mamoré, em 1910, (...) e a preocupação voltava-se ao combate às epidemias de 'doenças infecciosas relacionadas ao trabalho', tais como a malária e a ancilostomose, que incapacitavam e matavam milhares de trabalhadores." ⁴¹

Com o advento da "era bacteriológica", poder-se-ia eliminar as doenças através de medidas de **higiene** ou pela **vacinação**, já que passa a imperar

"... a idéia de que para cada doença existe um agente etiológico ... [havendo] deslocamento do eixo 'social' - vago, difuso, incômodo para uma sociedade capitalista emergente -

³⁸ . *Idem, Ibidem*, p. 352-353.

³⁹ . Ver a respeito: MENDES, R. (org.) *op. cit.*, 1980 e MENDES, René (org.) *Patologia do Trabalho*. Rio de Janeiro: ATHENEU, 1995, particularmente capítulos 1 a 3, quando o autor levanta várias teses elaboradas a partir de 1850 e que tratam das condições de trabalho destas fábricas, como os estudos de MENDONÇA, 1850; SILVA, 1852; GODOY JR., 1852; LAGE, 1853 e CUNHA, 1854.

⁴⁰ . COSTA, Nilson do Rosário *Lutas urbanas e controle sanitário: origens das políticas de saúde no Brasil*. Petrópolis: Vozes; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1986. 121p. 2a. ed. p. 14-15

⁴¹ . Devido a esses flagelos, já em 1917, a Comissão Rockefeller oferece ao Brasil "ajuda financeira e técnica para a institucionalização, o aparelhamento e o ensino da **Saúde Pública** e controle de endemias rurais..." Ver a respeito: MENDES (org.) *op. cit.*, 1995, p. 10-13.

para o eixo das 'causas específicas' [que] impulsiona fortemente os estudos e a prática da Patologia do Trabalho." ⁴²

A articulação destes olhares, cujo aspecto "social" data de meados do século XIX, com a medicina social, do ponto de vista institucional, assumiria grande importância com as Campanhas Sanitárias, sob Oswaldo Cruz, no início do século, dada a prioridade de intervenção para o saneamento do meio-ambiente urbano, considerado o principal implicado na causação das doenças pestilenciais particularmente das cidades portuárias - como o Rio de Janeiro - que tinham posição estratégica na vigência da economia agrário-exportadora. Ao social aliam-se, as medidas de imunização.

Neste momento, ainda não era objeto de intervenção o interior das fábricas e oficinas - espaços privados preservados da ação estatal - havendo um predomínio das ações sobre as condições gerais de vida, dada a precariedade da vida operária, com um perfil de morbi-mortalidade configurado pelas então chamadas "doenças dos trabalhadores".

Assim, espelhando-se na "visão" bacteriológica, que se consolidava como paradigma explicativo, anos depois, as relações trabalho-saúde/doença são associadas à exposição em determinadas ocupações a agentes químicos, físicos e biológicos que passam a ser objeto de duas abordagens:

1. da Medicina Legal que vai ocupar-se dos nexos de causalidade entre doença e os riscos inerentes à ocupação dos indivíduos, o que permite pensar em doenças e acidentes específicos, mais tarde configurando o campo da Infortunistica do trabalho;

2. da Higiene, preocupada com as causas e a prevenção de seus efeitos e que, uma vez aplicada à fábrica, constitui-se na higiene do trabalho ou, com o advento da produção em escala, na higiene industrial. ⁴³

Assim, nos anos 20-30, a ajuda norte-americana concretiza-se e,

"... sanitaristas brasileiros, com bolsa da Fundação Rockefeller, foram às mais afamadas escolas de saúde pública nos Estados Unidos - Harvard e Johns Hopkins - voltando de lá com a idéia de desenvolver a 'higiene industrial' em nosso país. É o caso de João [de] Barros

⁴² . MENDES, *op. cit.*, 1995, p. 11. Para uma análise das políticas públicas das primeiras décadas do século XX, bem como das políticas no campo das patologias do trabalho, ver: COSTA, *op. cit.*, 1986, MENDES, *op. cit.*, 1995, capítulos 1 e 2.

⁴³ . Já nas décadas de 50 e 60 ampliam-se sobremaneira as funções da Medicina do Trabalho e da Higiene Industrial (HI), dentro da abordagem de uma certa Medicina Social, devido à preocupação com o tratamento dos traumatismos, agora objeto de leis de indenização, o que faz com que os departamentos médicos das indústrias ampliem sua ação "do terreno cirúrgico para o médico, abarcando também o controle dos problemas de engenharia sanitária e de segurança industrial. Com o tempo incorporam-se outras funções (...) os exames de saúde na admissão e os periódicos, a colocação segundo a vocação, o controle médico e técnico dos acidentes e das doenças profissionais..." Assim a MT e a HI articulam-se para estudar "... as relações entre o homem e sua ocupação com o objetivo de determinar os fatores que influenciam a saúde da gente que trabalha ... têm, portanto, um caráter eminentemente preventivo e, além disso, de fomento da saúde física e mental do trabalhador. Neste sentido estabelecem uma relação direta entre saúde e economia nacional; quando atuam como reparadoras da saúde sua ação não se deve satisfazer com a cura do dano sem chegar à reabilitação do trabalhador ... [o] propósito final é a conservação da saúde mental e física e o bem-estar social do trabalhador e seu grupo." (grifos nossos) Ver: FERRARI SAN MARTIN, Herman *SALUD Y ENFERMEDAD (Problemas de Medicina Social en América Latina)*. Habana. CUBA, 1963. TOMO I. p. 281.

Barreto (1891-1956) no Rio de Janeiro, e Benjamim Alves Ribeiro (1901-1988), de São Paulo." ⁴⁴ (itálico no original)

Ao nível do Governo Federal, com a Reforma Carlos Chagas, no início dos anos 20, a **higiene do trabalho** é ainda considerada uma atribuição da **saúde pública**, sendo institucionalmente alocada no Departamento Nacional de **Saúde Pública**, órgão integrante do Ministério da Justiça e Negócios Interiores, até o ano de 1930.

A partir deste ano, a atribuição de ações de controle dos agravos relacionados com o trabalho nas fábricas e oficinas passa a ser do recém-criado Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio, obra da Revolução de 30. Isto vai **retirar** da Saúde Pública o papel de "velar" pela higiene do trabalho - o que vinha sendo seu atributo desde meados do século passado até os anos 20, período que marcaria o primeiro surto industrial no país, particularmente no Rio de Janeiro e São Paulo - sob um olhar calcado na medicina social urbana. (cf. MACHADO et al., 1978)

Desde essa época a "organização científica do trabalho" assumia caráter de paradigma universal - influenciando o mundo todo, inclusive países como a União Soviética ⁴⁵ - o que colocava o aumento da **produtividade** em bases "científicas"; período em que as doenças profissionais e acidentes do trabalho eram agora objeto da Medicina Legal, vistos como **infortúnios** do trabalho.

Oriunda da abordagem assumida pela Higiene e Infortunistica, neste contexto **desloca-se** a estratégia desenvolvida pela Saúde Pública, calcada no **controle sanitário**, de caráter **público, ambiental-urbano-coletivo** e da ênfase sobre as doenças **infecciosas-pestilenciais**; para a estratégia do **controle social**, instruído pela Higiene Industrial, de âmbito **privado** e voltado para o **indivíduo**, em face do interesse centrado na **seleção** da força-de-trabalho e de seu acompanhamento no trabalho, para controlar o "factor humano" na **causação** dos acidentes e doenças no trabalho, que subvertem a ordem proclamada pela recém-introduzida organização científica. Dessa forma, era imperioso que o trabalhador tivesse, no momento da admissão, uma avaliação também "científica" da sua capacidade física e mental de trabalho.

Por trás deste discurso e a embasá-lo, está teoria muito em voga nos países centrais como os Estados Unidos que é adotada por BARRETO, à época Secretário Geral do Departamento Nacional de Saúde Pública - médico-sanitarista e **introdutor** do ensino da Higiene do Trabalho no Brasil, após freqüentar curso de saúde pública nos

⁴⁴ . MENDES, (org.) *op. cit.*, 1995, p. 13. BARRETO seria, nos anos 20, Secretário Geral do Departamento Nacional de Saúde Pública, criado na Reforma Carlos Chagas, época em que se preocupa com a prevenção dos acidenets do trabalho, numa perspectiva higienista/normativa. Foi ele o introdutor do ensino da Higiene do Trabalho no Brasil, em 1925, em curso ministrado para sanitaristas no Rio de Janeiro. (cf. MENDES, 1995) RIBEIRO, iria implantar, a partir de 1934 - também após sua volta dos EEUU, onde estudou na Universidade Johns Hopkins - o ensino da Higiene do Trabalho no antigo Instituto de Higiene de São Paulo, hoje Faculdade de Saúde Pública da Usp. Ver a respeito: *Rev. Brasileira de Saúde Ocupacional*, v. 1, n. 3, 1974.

⁴⁵ . A respeito da importante influência do taylorismo na forma de organizar a produção na União Soviética nos anos 20-30 e de seu fascínio para teóricos do marxismo, consultar: BRINTON, Maurice *Os Bolcheviques e o Controle Operário*. Tradução por Carlos Miranda. Porto: Afrontamento, 1975. Tradução de *The Bolcheviks and Worker's Control*, GRAMSCI, Antonio Americanismo e Fordismo. In: GRAMSCI, Antonio *Maquiavel, a Política e o Estado Moderno*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1978, parte IV. 3ª. edição, LINHART, Robert *Lenin, os Camponeses e Taylor*. Rio de Janeiro: Marco Zero, 1983 e MARSON, A. *Vontade e Eficiência na Rússia Revolucionária*. FOLHETIM, n.º. 560, p. B 8-10. Suplemento do Jornal FOLHA de SÃO PAULO, 30/10/1987.

E.E.U.U., em 1925 - em trabalho que trata dos "accidentes do trabalho" e que foi apresentado na "4ª. Conferência Sul-Americana de Microbiologia, Pathologia e Hygiene", em julho de 1929, no qual postula:

"A Doutrina da interferência, em muitos accidentes, de uma verdadeira susceptibilidade individual, [que] hoje assenta em base solida, firmada sobretudo pelas verificações conduzidas pelo Industrial Fatigue Research Board, da Inglaterra.

"Greenwood, primeiramente, em 1919, Newbold, cinco annos mais tarde mostraram por methods estatisticos que, como diferem os individuos em altura, em peso, na força muscular ... tambem divergem na predisposição aos accidentes." ⁴⁶ (grifos nossos)

Frise-se que, datam da primeira década do século XX os estudos que perpassam as ciências humanas e sociais, desenvolvidos na Europa e que tiveram forte influência no Brasil, a respeito da propensão ao acidente e mesmo a doenças, que apreendem a variabilidade de atributos físicos numa mesma lógica válida também para características de natureza diversa, isto é, psicológica. Diante disso, há necessidade de que seja ordenado este verdadeiro caos que deriva da grande variedade de individualidades que integram o mundo do trabalho. ⁴⁷

A ferramenta ideal para tal finalidade é a psicotécnica, ancorada nas chamadas ciências do comportamento e capaz de medir as capacidades individuais e escolher o trabalhador mais adaptado para cada posto de trabalho. ⁴⁸

Mais ainda, é um instrumento auxiliar para

"A seleção de pessoal que permitiu aos tayloristas ter a organização perfeita: seres humanos ajustados às exigências minuciosamente descritas dos postos de trabalho." ⁴⁹ (grifos nossos)

Aqui são aplacadas as diferenças e os conflitos partindo

"... da idéia de que as relações que se estabelecem entre individuos e organização são de tipo linear e não oferecem problemas." ⁵⁰ (grifo nosso)

Busca-se, então, pela psicotécnica, na variabilidade,

"as regularidades (...) que regem o comportamento de seus 'objetos naturais' (...) as leis que governam ditos objetos naturais." ⁵¹

E é disso que está falando BARRETO - "a expressão maior do sanitarismo da época..." (cf. MENDES, 1995, p. 14, citando Afrânio Peixoto, 1934) - no trecho acima transcrito.

⁴⁶ . BARRETO, João de Barros. Prevenção dos Accidentes de Trabalho. *Archivos de Hygiene*, n. 2, p. 243-64, Rio de Janeiro, ano III, setembro de 1929. p. 245.

⁴⁷ . Ver a respeito: VIDAL, Elizabete Q. & BRUNET, Maria M. Los Paradigmas de la Psicologia Industrial-Organizacional: Perspectiva Historica. *Rev. de Psicol. Geral y Apl.*, v. 39, n. 1, p. 167-90, 1984. p. 171.

⁴⁸ . *Idem, Ibidem*, p. 171.

⁴⁹ . *Idem, Ibidem*, p. 171.

⁵⁰ . *Idem Ibidem*, p. 173.

⁵¹ . *Idem Ibidem*, p. 174.

Discurso **sanitarista** que, em sua dispersão, está impregnado de influências da Higiene Industrial, da Medicina Legal informada pela Infortunística e da própria Saúde Pública-Medicina Social **normativa**, agora dirigida ao indivíduo e à fábrica.

A propósito, alguns anos depois, ou seja, em 1934, BARRETO, em co-autoria com PEIXOTO, Afranio, FÁVERO, Flaminio e RIBEIRO, Leonídio, publicaria o livro **Accidentes do Trabalho**, no qual é veiculada a noção de "infortúnio" que irá impregnar a Medicina do Trabalho e a Higiene Industrial, isto é, a idéia

"... da infelicidade, da desventura, da desgraça, da falta de sorte [e] (...) de risco inerente ao trabalho ..." ⁵²

É importante assinalar que tais noções **naturalizam** a ocorrência dos agravos à saúde no trabalho, aliando a **fatalidade da propensão** individual aos acidentes, com a do trabalho como algo inevitavelmente nocivo à saúde.

Esta mesma linha discursiva vai informar, conforme aponta MENDES (1995), os motivos do Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio, em sua justificativa quando Getúlio Vargas sancionou o Decreto Lei nº. 7.036/44, a 3ª. lei de acidentes do trabalho do Brasil, a qual foi elaborada por comissão de advogados, dentre eles FLAMÍNIO FÁVERO (1895-1982). Para a comissão,

"Não interessa pesquisar a causa nem o responsável. O acidente deve ser considerado como um risco inerente ao exercício da profissão." ⁵³ (grifos nossos)

Esta teoria chamada do "risco profissional" perpassa toda a legislação acidentária e de benefícios subsequente, **isentando** o empresário de qualquer responsabilidade pela ocorrência dos agravos provocados pelo trabalho. Não há brecha, portanto, neste discurso, que permita vislumbrar a intervenção dos agentes da produção para transformar o trabalho em algo saudável e criativo.

Voltando ao trabalho de BARRETO (1929), observa-se que o autor, num **repto** aos próprios industriais, advoga que as variabilidades devem ser detectadas e classificadas à luz do exame e do olhar atento e vigilante da "saúde pública" dirigida à fábrica através de um de seus componentes a "higiene industrial", já que

"... avulta a (...) realização systematica de medida de capital importancia hoje em assumptos de saude publica - em campo, portanto, mais vasto ainda que o da hygiene industrial - a dos exames de saude periodicos.

"A sua realização, pelos serviços de medicina preventiva nas fábricas, cuja instituição regradada é incomprehensível não esteja a correr paralelamente ao desenvolvimento industrial, é tarefa indispensável e complementar dos exames previos (...) Infere-se, por esses exames periodicos, a influencia que um determinado officio está exercendo sobre a saude do operario. O defeito que passou despercebido uma vez, porque não se traduzia ainda por signaes nitidos, virá se desvendar aos novos exames realizados periodicamente. Por elles, graças a provas de laboratorio de valor seguro, a acção malefica de muitos toxicos, empregados nas industrias, pode-se hoje presentir em tempo de evitar grande damno. O accidente do trabalho, similarmemente, previne-se, muita vez, afastando o operario que não está são." ⁵⁴ (grifos nossos)

52 . MENDES (org.) *op. cit.*, 1995, p. 15.

53 . *Idem Ibidem*, p. 15.

54 . BARRETO, *op. cit.*, 1929, p. 246.

A "saude publica" aqui identificada em seus componentes da "hygiene industrial" e da toxicologia ainda incipiente, constituem-se, a partir de então, em eficazes ferramentas para prevenir danos maiores ou para afastar os "defeituosos", mesmo que o trabalho apresente uma natureza de risco inerente e esteja envolvido pela desagradável companhia da infortunística. Discurso eivado de tensões, mas que faz sempre pensar no uso do novo conhecimento científico como paradigma para o bem-estar do operário.

Nesse deslocamento da "saude publica" para dentro da fábrica, terá então a "hygiene industrial" o papel de **detectar**, no momento da escolha entre candidatos ao emprego, nas individualidades,

*"[...] as qualidades e requisitos psycho-physiologicos, de cuja conjunção resulta o (...) o padrão optimo para cada um delles. Caminhamos para o rigor de, na seleção do operario, (...) escolher, dos pretendentes, o que mais se aproxime do modelo estabelecido para a profissão em apreço. Ou pondo o problema em outros termos, não menos exactos, deve-se sempre cuidar da adaptação do operario ao trabalho que melhor venha condizer com suas aptidões, reveladas nos exames que se devem fazer antes de sua admissão."*⁵⁵ (grifos nossos)

Esboçam-se aqui, no encontro das ciências do comportamento com a profissiografia, nas dobras do discurso referente à adaptação, à seleção e ao acompanhamento periódico, à prevenção e à educação dos operários, as noções definidoras dos objetivos e do conceito que viria mais tarde, cerca de 20 anos depois, a partir de formulação da OIT/OMS, constituir-se na Saúde Ocupacional, ou seja, a Saúde Pública aplicada aos ambientes de trabalho e seus trabalhadores, (cf. MENDES, 1980) na busca da adaptação do homem ao trabalho, da prevenção dos riscos do trabalho e, de forma não dita, da seleção dos mais hígidos e capazes.

Assim, na passagem dos anos 20 para os 30, uma nova visão é instaurada no sentido de privilegiar a ação a partir do espaço privado da fábrica, porque dirige-se aos indivíduos que se adaptem melhor às exigências da produtividade comandada pela "organização científica do trabalho", numa perspectiva de gerenciamento da força-de-trabalho no âmbito das "relações industriais", para o que irá contribuir sobremaneira a "hygiene industrial" cuja atribuição no âmbito institucional não mais caberá à Saúde Pública, mas sim ao Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio, através da Inspeção de Hygiene e Segurança do Trabalho do Departamento Nacional do Trabalho, cuja metodologia de ação baseada nas inspeções do trabalho, vai marcar toda a atividade do setor trabalho nessa área até os dias de hoje.⁵⁶

Impunha-se, agora, agir dentro da fábrica, mas as possibilidades de intervenção dos órgãos de estado era limitada já que os principais problemas seriam objeto da ação do "centro de saúde da industria" locus privilegiado de atuação

"... para a prevenção dos accidentes, [que] cabe (...) á organização medica industrial, com feição de serviço de medicina preventiva ... E é possível estendel-o, facilmente, ás

⁵⁵ . *Idem, Ibidem*, p. 244.

⁵⁶ . Para uma crítica da ação inicial do Ministério do Trabalho nessa área consultar: OLIVEIRA, Luiz Sergio B. *A intervenção do Estado nos ambientes de trabalho: origens, evolução no Brasil e análise crítica da prática da Delegacia Regional do Trabalho do Rio de Janeiro na década de 1980*. Dissertação (Mestrado) Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Centro de Estudos da Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana. Rio de Janeiro. 1994. [mimeo]

pequenas indústrias pelo systema dos centros de saude districtaes, mantidos pelas proprias fabricas..." ⁵⁷ (grifos nossos)

A eficácia deste discurso, em termos de sua real aplicação prática, é difícil de ser avaliada mas, sem dúvida, a intervenção dos órgãos de Estado no controle das fábricas está por ele delimitada.

Neste momento assume real importância - diante da universalidade do taylorismo como forma de organização e divisão do "trabalho industrial moderno" - a questão da fadiga, o que irá preocupar os "higienistas industriais", com formação baseada na escola americana. Não mais a fadiga relacionada à **extensão** das jornadas, ou do esforço físico, característicos do predomínio da fase precedente de super-exploração da força-de-trabalho. Agora, como refere BARRETO (1929)

*"O problema da fadiga é sabidamente dos que mais preocupam os higienistas industriais. Si é verdade que a **introdução**, incessantemente crescente, de machinismos reduz a solicitação do esforço muscular, também é certo que surgem outras causas de fadiga, com a **orientação nova** que assume o trabalho industrial moderno. A **velocidade** que se consegue na produção exige **atenção incessante** do operador ... Acaba cansando também a **monotonia** de uma mesma operação, que se **repete** milhares de vezes ao dia, ocorrência tão frequente hoje na indústria moderna. As **posições fixas, as forçadas** (...), os **movimentos inúteis ou aritmicos** que se executam, os **ruidos** (...) são outras tantas **causas provadas de fadiga**, que a **higiene** evita com a mudança de trabalho para os operarios (...), pelo estudo **racional dos movimentos uteis** para cada operação ... A **duração bem regrada** do trabalho diario e semanal, com o estabelecimento **cuidadoso das pausas**, cujo numero e duração, (...), vão se estabelecendo mercê de **investigações** que se **empreendem com rigoroso determinismo científico**, são outros recursos a restringirem a fadiga industrial. a **consequente desatenção** do operario, o **descuido no trabalho**, factor de alta **relevancia** na ocorrência dos **accidentes**." ⁵⁸*

Que descrição poderia haver mais acabada do taylorismo aplicado ao controle dos acidentes, na previsão e antecipação de cada elemento desviante? Aqui entrelaçam-se, formando uma rede de relações, o discurso da adaptação e da seleção de pessoal que vai permitir aos

"... tayloristas ter a organização perfeita: seres humanos ajustados às exigências minuciosamente descritas dos postos de trabalho ... dentro do esquema taylorista, a melhora da atividade humana no trabalho pode conseguir-se (...) procurando a seleção dos trabalhadores e formando-os adequadamente..." ⁵⁹ (grifo nosso)

Frise-se que não escapava ao autor, a problemática da **educação** do operário, conforme prescreviam os estudos do Departamento do Trabalho de Nova York, que deve dar conta tanto da eficiência laboral como da prevenção dos agravos à saúde, de resto quase sempre imputados à vítima, numa teimosa estratégia ideológica que leva a isentar de culpa a realidade concreta de trabalho. Assim,

"... em rigor, a educação do operario vae se fazer incessantemente, sem discontinuidades pela vida industrial afora ...

⁵⁷ . BARRETO, *op. cit.*, 1929, p. 247.

⁵⁸ . *Idem, Ibidem*, p. 249.

⁵⁹ . VIDAL & BRUNET, *op. cit.*, p. 171-172.

"E nessa instrução que se veio sempre intensificando, mais e mais, para melhoria da capacidade productiva do operario, estará sempre presente, como parte integrante e indissolúvel da outra, puramente technica, a da prevenção dos accidentes e das doenças profissionaes.

*"Intimamente na dependencia, (...), de um ou de varios dos factores que se revistaram, está, na realidade, a causa a que se imputa, habitualmente, a maior responsabilidade nos accidentes do trabalho: o descuido do operario."*⁶⁰ (grifos nossos)

Como testemunho da influência que esta "formação discursiva" vai ter na realidade das relações capital-trabalho em São Paulo, inscreve-se a criação, não por acaso, em 1931, por empresários paulistas, do Instituto de Desenvolvimento da Organização Racional do Trabalho (IDORT)⁶¹, empreitada que teve a assessoria da também recém-criada Escola Livre de Sociologia e Política de São Paulo.

Observe-se que as formulações contidas no trabalho de BARRETO, algo descoladas da realidade industrial vivida pelo país à época, vão continuar a povoar o discurso de empresários e governo durante vários anos até o período dos anos 70, época marcante na área da segurança e medicina do trabalho no Brasil, como será visto no 3º. capítulo.

Percebe-se, pois, do que foi acima colocado, que nos anos 30 a intervenção do Estado nas relações sociais, que se iniciara nos anos 20 com o declínio do estado liberal, vai se consolidando. Neste sentido, no que tange às relações capital-trabalho, é criado o Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio, que terá importante papel no campo da higiene e segurança do trabalho, retirando do Departamento Nacional de Saúde Pública tais atribuições, apesar de "tomar emprestado" desta toda a abordagem higienista que se desloca para o interior da fábrica.

No ano de 1934, como já foi referido, é criada a Inspeção de Higiene e Segurança do Trabalho, dentro do Departamento Nacional do Trabalho, do Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio. Neste ano, o discurso institucional adquire maior visibilidade com a nomeação

"... pelo Ministro do Trabalho, (...) [d]os primeiros 'inspetores médicos do trabalho, a fim de procederem à inspeção higiênica nos locais de trabalho e estudos sobre acidentes e doenças profissionais.'" ⁶²

Data dessa época a influência do 'modelo francês' de inspeção médica do trabalho e das normas emanadas da OIT. Cria-se uma "escola" a partir do Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio, cuja capacidade de "dispersão" discursiva vai ser marcante em todo o país. Assim, na década de 40, numerosos estudos são realizados a respeito das condições de trabalho e saúde/doença, por organismos do governo federal, como o Ministério do Trabalho e o Ministério da Agricultura, através do Departamento Nacional da Produção Mineral, particularmente nas minas de ouro de Minas Gerais, atendendo a

⁶⁰ . BARRETO, *op. cit.*, 1929, p. 251.

⁶¹ . Nas décadas de 1930-40, o Instituto de Organização Racional do Trabalho (IDORT), "ao qual se filiava a maioria dos psicólogos do trabalho da época, desenvolveu largo programa de divulgação dos chamados 'métodos racionais' de trabalho e de administração. Propunha (...) a implantação de serviços e, (...), de novas atitudes face ao 'fator humano no trabalho.'" Ver: SANTOS, Orlando de B. *Psicologia Aplicada e Psicotécnica em São Paulo. Bol. Psicol.*, v. XXVI, n. 69, p. 101-4, 1975. p. 102

⁶² . MENDES (org.) *op. cit.*, 1995, p. 15.

interesses do capital inglês, proprietário das minas e, por vezes, os reclamos e reivindicações dos sindicatos da região. Trata-se de estudos de Higiene Industrial e que mostram a alta prevalência da silicose entre os mineiros, doença que até hoje continua a ceifar vítimas naquela região. ⁶³

Ainda na década de 40,

"... ganhou projeção a 'medicina do comportamento' que, incluindo a psicotécnica, firmou-se como **dispositivo** abalizado para a dissecação e julgamento da rotina e das disfunções que caracterizavam o cotidiano industrial ... Neste contexto o clínico Raul Rocha (...) revelou-se como um dos principais apólogos dos recursos oferecidos pela psicotécnica. No mais conhecido de seus livros, (...), a medicina voltada para as questões industriais buscava afinar-se com os interesses do governo de Getúlio Vargas (...): 'dar completa eficiência ao trabalho e, ao mesmo tempo, poupar e preservar o trabalhador' e com isto 'economizar material, trabalho e dinheiro'. (...), o clínico mesclou princípios emprestados da psicologia, (...), da sociologia e da economia ... [como] um arsenal de conhecimentos sólidos e eficientes para corrigir a 'ação mental' do agrupamento operário.

"Neste contexto cabe a pergunta: para os 'psicologistas', qual era o tipo ideal de trabalhador? Segundo (...) Dr. Rocha, o operário modelo era aquele que, tanto em condições propícias quanto adversas (...) estava capacitado para atuar satisfatoriamente no processo produtivo, (...) o que incluía o bom rendimento no trabalho e a irrestrita obediência às ordens emanadas pela chefia da empresa. Em contraposição o (...) 'inadaptado' era aquele que, por 'fatores intelectuais, morais e afetivos' pervertia o recinto de labuta grupal, mostrando-se negligente, (...), preguiçoso e por isso insuflador do descontentamento coletivo e causador de acidentes comprometedores do bom funcionamento da fábrica." ⁶⁴

Em anos posteriores tais estudos se estendem para as minas de carvão de Santa Catarina e Rio Grande do Sul, também de conformidade com a abordagem higienista, agora associada à da medicina do trabalho. (cf. MENDES, 1995)

No que se refere à definição de Medicina do Trabalho, conforme MENDES (1980), o conceito de Saúde Ocupacional e o de Medicina do Trabalho se associam, já que

"... qualquer tentativa de conceituar Medicina do Trabalho, situa-se, **obrigatoriamente**, na definição de Saúde Ocupacional proposta pelo Comitê Misto OIT-OMS..." ⁶⁵ (grifo nosso).

Tal definição foi elaborada em reunião do Comitê realizada em Genebra em 1950. Assim, para o Comitê:

⁶³ . Ver a respeito Informativo-INST, relativo à Campanha Contra a Poeira de Sílica e a reportagem "Cena Brasileira: Viúvas do Ouro." Por Gleides Pamplona. Revista *ISTO É*, n. 1348, p. 46-48, 02/08/1995, que mostra a realidade atual das famílias dos trabalhadores silicóticos das minas de ouro de Raposos e Nova Lima na Grande Belo Horizonte no Estado de Minas Gerais. No texto de "chamada" da matéria é dito que: "Há mais de meio século, a silicose mata milhares de trabalhadores na mineração em Raposos e Nova Lima." p. 46.

⁶⁴ . Data de 1940 o livro *Assistencia Psychotechnica: Estudo Technico do Homem no Trabalho*, escrito pelo médico clínico Raul Rocha. Ver a respeito: BERTOLLI FILHO, Cláudio. Medicina e Trabalho. As "Ciências do Comportamento" na década de 40. *Revista de História*, v. 127-128, p. 37-51, ago./dez. 1992 e jan./jul. 1993. p. 39-40.

⁶⁵ . MENDES (org.) *op. cit.*, 1980, p. 18.

'A Saúde Ocupacional tem como objetivos: a promoção e manutenção do mais alto grau de bem-estar físico, mental e social dos trabalhadores em todas as ocupações; a prevenção (...), de desvios de saúde causados pelas condições de trabalho; a proteção dos trabalhadores em seus empregos, dos riscos resultantes de fatores adversos à saúde, a colocação e manutenção do trabalhador adaptadas às aptidões fisiológicas e psicológicas, em suma: a adaptação do trabalho ao homem e a cada homem à sua atividade.'" ⁶⁶ (grifos nossos)

Num desdobramento desta formulação surge a proposta operacional que se configurou, posteriormente, como **modelo universal**, isto é, a Recomendação nº 112, de 1959, da Organização Internacional do Trabalho (OIT), relativa à criação dos "Servicios de Medicina del Trabajo en los lugares de empleo" (OIT, 1966), tendo como orientação o **conceito de Saúde Ocupacional** proposto pelo Comitê Misto da Organização Internacional do Trabalho-Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1950. ⁶⁷

Esta "universalidade" estabelece-se quando a conceituação, ao ser elaborada por um grupo de "experts", produz um discurso que não estaria tão permeável às várias possibilidades de se pensar as relações entre saúde/doença e trabalho assumindo, assim, um duplo caráter: é estruturado e estruturante. Estruturado porque sendo um determinado grupo que formula sobre **certas** questões "define um leque de respostas possíveis." Isto de certa forma limitaria a eventualidade de se discutir, por exemplo, a capacidade e a eficácia da Saúde Ocupacional

"... como alternativa ou solução de uma (...) problemática..." na medida em que outras formas de olhar as relações entre saúde e trabalho se configuram e, é estruturante, por ser um discurso, que como "Recomendação [tem a] autoria (...) confundida com a própria organização patrocinadora." ⁶⁸ (grifos nossos)

Assim, a MT-SO apresentariam conceitualmente **limites** que definem sua capacidade de interpretar a realidade, ou seja, partiriam de uma abordagem das relações entre trabalho-saúde/doença que privilegia a idéia cartesiana do corpo como máquina, que se **expõe** a agentes e fatores de risco, apreendendo as conseqüências do trabalho para a saúde como resultado da interação do **corpo-hospedeiro** com tais agentes de natureza física, química, biológica, mecânica, existentes no **ambiente**, o qual manteria uma **externalidade** com o trabalhador e com suas características mais "visíveis" e empiricamente detectáveis pelos instrumentos das ciências físicas e biológicas.

⁶⁶ . *Idem, Ibidem*, p. 18.

⁶⁷ . Ver a respeito: MENDES (org.) *op. cit.*, 1980. Percebe-se, pois, que é do âmbito da Medicina Preventiva que se extrai os elementos para a enunciação da Saúde Ocupacional, ao se lançar mão de termos como "promoção", "prevenção", "causação", "proteção", "riscos", "adaptação", numa perspectiva de interferir sobre os mais variados aspectos da vida dos trabalhadores, inclusive a garantia de emprego, percebendo a idéia de causalidade dos agravos a partir de uma noção de precedência das "condições de trabalho", numa visão a-histórica e descontextualizada das relações econômicas, político-ideológicas e sociais que influenciam sobremaneira o campo das conexões entre trabalho e saúde. Ver ainda Organización Internacional del Trabajo. *Actas, 1919-1966*. Ginebra, 1966.

⁶⁸ . AROUCA, *op. cit.*, 1975, refere que "o discurso, a fala, se transforma em informe, o sujeito é transformado em participante ou expert. Se a proposta de análise arqueológica é a subtração do autor para deixar livre as regras do discurso, submetidas a uma 'episteme', é na formação discursiva em que o processo de produção são os relatórios, pareceres e informes que cristaliza-se plenamente a arqueologia". Este aspecto será retomado no próximo capítulo, a propósito da utilização da Arqueologia de FOUCAULT como instrumento para analisar o **campo da Saúde do Trabalhador**. Ver FOUCAULT, *op. cit.*, 1987.

Aqui está se falando dos **Limites de Tolerância e Limites Biológicos de Exposição**, "emprestados" pela tecnologia da Higiene Industrial e pela Toxicologia, ferramentas fundamentais da MT-SO, como instrumentos na estratégia de intervenção sobre a realidade de trabalho que se resumiria a **adaptar/adequar** o ambiente e as condições de trabalho dentro dos parâmetros preconizados para a média dos trabalhadores "normais" em termos de suscetibilidade individual a tais agentes e fatores de risco.

É justamente nesse momento e baseado nesta compreensão que o chamado **controle de saúde** proposto e praticado pela MT-SO assumiria uma importância estratégica no sentido de "adaptar o trabalho ao homem e cada homem ao seu trabalho." Operacionalmente, trata-se do papel desempenhado pelos exames **admissionais e periódicos** executados como uma das principais atribuições dos SMEs, nos quais procura-se selecionar os "mais" hígidos ou que suportem melhor as agruras do trabalho ou, de outro lado, excluir aqueles que apresentem algum desvio da "normalidade". Tais procedimentos apontados como a razão primordial e rotineira destas instâncias e que constituem a essência do papel dos Serviços de Medicina e Segurança do Trabalho das empresas, como atribuição tanto de médicos, como de engenheiros e outros técnicos, acabaria expressando-se naquilo que em estudos epidemiológicos é apontado como um reflexo da **seleção e da triagem "rigorosas"**, ou seja, o **Efeito do Trabalhador Sadio** em que se observa que quando comparados com a população geral, grupos de trabalhadores mostram-se "mais" saudáveis do que ela. A ocorrência deste "efeito" estaria a indicar a **eficiência do papel e da ação da MT-SO em sua busca da adaptação e, conseqüentemente, da cada vez maior produtividade do/no trabalho.**⁶⁹

Paralelamente, tal abordagem, em função dos seus limites epistemológicos, faria com que a elas - Medicina do Trabalho-Saúde Ocupacional - escapasse a capacidade de considerar, apreender relações outras existentes, como aquelas enquadradas no que se denomina genericamente de **organização/divisão do trabalho**, isto é, o ritmo, a duração da jornada, o trabalho em turnos, a hierarquia, divisão e conteúdo das tarefas, controle e esquemas para elevação da produtividade e, as próprias campanhas para redução dos acidentes do trabalho conforme refere MENDES (1986) que podem trazer conseqüências para a saúde dos trabalhadores, as quais se expressariam particularmente como doenças "**crônico-degenerativas**" e distúrbios da **saúde mental** dos coletivos de trabalhadores.⁷⁰ (Ver Quadro 1)

Neste campo específico a MT teria pouco a contribuir, na medida em que atua sobre o indivíduo, privilegiando o diagnóstico e o tratamento dos problemas de natureza marcadamente orgânica, com uma visão empirista e positivista trazida da clínica. Neste contexto caberá pouco espaço para a subjetividade e a percepção do trabalhador, já

⁶⁹ . Ver a respeito: MENDES, *op. cit.*, 1986; WEED, Donald L. Historical roots of the healthy worker effect. *J. Occup. Medicine*, v. 28, n.5, p. 343-347, 1986 e LAURELL. & NORIEGA. *op. cit.*, 1989, capítulo 2.

⁷⁰ . Christophe DEJOURS é psicanalista francês, com importante contribuição nos estudos de psicopatologia do trabalho, através da abordagem de coletivos de trabalhadores e suas estratégias de enfrentamento de situações de trabalho perigosas e penosas. Vem realizando interessante intercâmbio com pesquisadores brasileiros, desde meados dos anos 80, tendo publicado no Brasil os livros. A respeito ver: DEJOURS, Christophe *A Loucura do Trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho*. São Paulo: Oboré, 1987. Tradução de Ana Isabel Paraguay e Lúcia Leal Ferreira. 163p. e *Psicodinâmica do Trabalho: contribuições da Escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho*; este em co-autoria com ABDOUCHELI Elisabeth & JAYET, Christian, São Paulo: Atlas, 1994. Tradução de Maria Irene Stocco Betiol et al. 145 p.

QUADRO 1 - Os dez principais grupos de doenças e acidentes relacionados com o trabalho. Estados Unidos, 1982. (FONTE: NIOSH, 1983, p. 25, conforme traduzido por MENDES, 1986, p. 104)

1. Doenças pulmonares: asbestose, brossinose, silicose, pneumoconiose dos trabalhadores do carvão, câncer de pulmão, asma ocupacional.
 2. Lesões músculo-esqueléticas: distúrbios da coluna lombar, do tronco, extremidades superiores, pescoço, extremidades inferiores, fenômeno de Raynaud traumáticamente induzido.
 3. Cânceres ocupacionais (outros que de pulmão): leucemia, mesotelioma, câncer de bexiga, de nariz e de figado.
 4. Amputações, fraturas, traumas oculares e politraumatismos.
 5. Doenças cardiovasculares: hipertensão, coronariopatias e infarto agudo do miocárdio.
 6. Distúrbios da reprodução: infertilidade, abortamento espontâneo, teratogênese.
 7. Distúrbios neurotóxicos: neuropatias periféricas, encefalites tóxicas, psicoses, alterações de personalidade (relacionadas a exposições ocupacionais).
 8. Perdas auditivas relacionadas com exposição a barulho excessivo.
 9. Afecções dermatológicas: dermatoses, queimaduras térmicas e químicas, contusões (abrasões).
 10. Distúrbios da esfera psíquica: neuroses, distúrbios de personalidade, alcoolismo e dependência de drogas.
-

Extraído de REGO, R.A. *Trabalho e Saúde: Contribuição para uma Abordagem Abrangente*. São Paulo, 1987 [Dissertação de Mestrado, Faculdade de Medicina da USP, Departamento de Medicina Preventiva.] p. 80.

que é tomado como paciente e objeto da ação técnica. Nisso também diferencia-se a Saúde do Trabalhador, na medida em que, para esta a vivência e o saber operários assumiriam importante papel na estratégia de intervenção no real e na forma de interpretar "*de que adoecem e morrem os trabalhadores.*" (RIBEIRO & LACAZ, 1985) Associado a este impedimento estaria ainda a dificuldade do modelo da MT-SO considerar e operar sobre realidades mais complexas do que as relacionadas às doenças profissionais clássicas, como é o caso das "doenças relacionadas ao trabalho" (SCHILLING, *apud* MENDES, 1986) dentre as quais se situam as doenças cárdio-vasculares, as doenças psicossomáticas, as doenças mentais que fugiriam de uma visão de causalidade simples ou mono-causal. (Ver Quadro 2)

Mais ainda, os distúrbios mentais relacionados ao trabalho, podem não se expressar por quadros classificados como tal pela própria psiquiatria.

A MT e a SO, teriam então sua constituição calcada em alguns conceitos que lhe imprimiriam cientificidade, particularmente as **idéias** de História Natural da Doença, emprestada da Medicina Preventiva e da Epidemiologia; de Limite de Tolerância tomado da Higiene Industrial e da Toxicologia e de Adaptação trazida da Ergonomia tradicional.

Uma maneira diversa de abordagem das relações trabalho-saúde/doença surge a partir das contribuições de vários autores "filiados" à Medicina Social Latinoamericana (MSL), os quais introduzem na discussão sobre a determinação social do processo saúde/doença a importância fundamental do **trabalho** para o estudo desta determinação. A MSL propõe, então, uma visão do **conceito** de trabalho que incorpora a idéia de **processo de trabalho**, na qual o foco não se restringe à sua composição ambiental constituída dos vários fatores/agentes de risco e **externo** ao trabalhador, mas como uma "categoria" explicativa que se inscreveria nas relações sociais de produção existentes entre o capital e o trabalho. Aqui o trabalho, conforme a acepção marxista, é uma ação do homem sobre a natureza para modificá-la e transformá-la e a si mesmo não sendo, por isso, externa ao homem. Mais ainda, esta ação vai se dar sobre o **objeto de trabalho** - que pode ser nocivo à saúde - mediante o uso dos **instrumentos de trabalho** - que também pode apresentar nocividade - configurando o próprio **trabalho**, com suas diferentes formas de organização, divisão e valorização, características de cada formação social e modo de produção, o que imprime um caráter **histórico** ao estudo das relações entre processo saúde/doença e trabalho. Assim, além das conseqüências mais visíveis, **diretas e específicas** da ocupação do trabalho sobre a saúde, expressas na ação de agentes nocivos de natureza física, química, biológica, etc., provocando as doenças profissionais clássicas, muitas delas já descritas desde o século XVI como sendo características de mais de 50 **ocupações** (RAMAZZINI, 1700), também importaria desvendar a nocividade do **trabalho** (não mais das ocupações apenas) com todas as implicações: como causador de alienação, sobre-carga e/ou sub-carga sobre as subjetividades, ou como espaço onde se dá a **interação** dinâmica de suas cargas sobre os corpos que trabalham e que possuem um nexó bio-psíquico, atuando então o trabalho como determinante de desgaste que impede a fluência das potencialidades e da criatividade. (cf. LAURELL & NORIEGA, 1989)

As conseqüências destas relações configuram uma alteridade, isto é, problemas de saúde outros que se somam às doenças ocupacionais clássicas e acidentes do trabalho, ou seja, são mal-estares, incômodos, desgastes-perdas ou, até mesmo, a não

QUADRO 2 - CATEGORIAS DE DOENÇAS RELACIONADAS COM O TRABALHO

CATEGORIA	EXEMPLO
I. Trabalho como causa necessária.	Intoxicação por mercúrio, silicose.
II. Trabalho como fator causal contributivo, mas não necessário.	Doença coronariana, varizes dos membros inferiores, doenças do aparelho locomotor.
III. Trabalho como provocador de um distúrbio latente, ou agravante de uma doença já estabelecida	Bronquite crônica, úlcera péptica, eczemas, doenças mentais

Extraído de SCHILLING (1984), *apud* MENDES (1986)

expressão de capacidades, além das doenças relacionadas ao trabalho já referidas. Tal enfoque permite uma visão do trabalho que extrapola aquela de ambiente e seus agentes e da saúde como uma **adaptação**, colocando-a numa perspectiva de interação entre o biológico e o psíquico constituindo um nexu indissociável cujo desequilíbrio pode se expressar numa ampla e variada gama de distúrbios, classificados como doenças, acidentes ou mal-estares e incômodos.

Por outro lado, na medida em que, as classes trabalhadoras constituem-se num "novo sujeito social e político", a perspectiva da MSL incorpora uma **idéia** de trabalhador que difere frontalmente daquela anterior, passiva, de **hospedeiro** e de **paciente**, percebendo-o como um **agente** de mudanças, com **saberes** e vivências acumuladas sobre seu próprio trabalho, compartilhadas coletivamente. Como agente, teria a capacidade de transformar e interferir em sua realidade de trabalho, através da reivindicação de direitos, como da **participação** no controle da nocividade do trabalho; da **definição** consensual de prioridades de intervenção e da **construção** de metodologias de intervenção sobre o real. ⁷¹

Objeto de interesse de vários estudiosos, é em TAMBELLINI et al. (1986), que se encontram alguns elementos preliminares para buscar-se a sua caracterização/construção do ponto de vista **teórico-conceitual** quando formulam sobre as relações TRABALHO/SAÚDE considerada como uma "**atividade abstrata**", elaborada por

"... equipe de pesquisadores multiprofissional (saúde, ciências sociais, (...), filosofia)", que tendo por objeto as "relações Capital/Trabalho; Trabalho/Saúde; Sociedade/Classes/Saúde", utilizando como "instrumentos e meios" abordagem "teórica e conceitual, transdisciplinar [e que adota] Técnicas analíticas das diferentes disciplinas do conhecimento..." ⁷²

Tal abordagem propõe como **produtos** para o âmbito sanitário, um

"Conhecimento científico das relações sociais e suas conseqüências para a saúde [e] subsídios para elaboração de políticas" além da "Produção de teorias (explicações e predições)...Maiores níveis de consciência política... Novas formas de organização do saber [e] Subsídios para ações sociais e técnicas abrangentes no campo da saúde." ⁷³

É importante acrescentar que nesta formulação a categoria **processo de trabalho** ⁷⁴ assume um caráter explicativo nodal.

Por outro lado, ela informa a construção do campo da **Saúde dos Trabalhadores**, caracterizado por uma

⁷¹ . Ver a respeito: BERLINGUER, *op. cit.*, 1978 e *Saúde nas Fábricas*. São Paulo: CEBES-HUCITEC, 1983; ODDONE, I. et al. *op. cit.*, 1986, sobre a experiência italiana; LAURELL & NORIEGA *op. cit.*, 1989 sobre a adaptação do modelo italiano a um estudo realizado no México e, no Brasil, PINHEIRO, Sandra de A. *Estudo do Processo de Trabalho-Desgaste em Trabalhadores de Destilaria de Alcool*. Tese (Doutoramento) Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 1992. [mimeo]

⁷² . TAMBELLINI et al., *op. cit.*, 1986, p. 9-10.

⁷³ . *Idem Ibidem*, p. 10-11.

⁷⁴ . Ver a respeito: NAVARRO, *op. cit.*, 1982.

"Prática-teórica..."; que tem como "agente" as "Equipes (...) de saúde (várias profissões de especializações diversas) [e] Agentes de saúde (trabalhadores), colocando a "Técnica a serviço dos trabalhadores." 75

Tem como

"Objeto" as "Classes sociais e frações de classes, trabalhadores industriais, de serviços e grupos de trabalhadores organizados política e economicamente." 76

Adotando como *"Instrumentos e Meios"* uma abordagem de

"Saúde Coletiva... Empírico conceitual ... Clínico-epidemiológica e [de] planejamento, engenharia, ciências sociais e políticas." Apresenta como produtos a "Atenção em todos os níveis de prevenção [e] Manutenção dos determinantes de saúde na sociedade, sob controle do trabalhador, objetivando a defesa de sua saúde [produzindo um] Conhecimento mais integrado da realidade, ainda que permaneça ideologizado..." 77

Para a Saúde dos Trabalhadores as

"Condições de saúde [são] compatíveis com os avanços técnicos" [permitindo] Maiores níveis de consciência sanitária e política ...Conhecimento compartilhado [e] plena informação...Maior poder dos trabalhadores organizados...Atuação democrática dos profissionais (...) Atuação dos trabalhadores no sistema (...) de saúde." 78 (grifos nossos)

1.3. As Condições de Possibilidade dos Discursos sobre Saúde e Trabalho.

Considerando que a história não se move baseada na iniciativa e vontade particular nem pelas idéias de seus vultos, mas que sua trajetória constrói-se mediante as condições de possibilidade que situam-se acima dos homens; que rupturas estariam embasando a incorporação do discurso da higiene do trabalho, agora pelo setor trabalho, como paradigma para a intervenção sobre os locais de trabalho e os trabalhadores? Mais ainda, que argumentos "estruturais" poderiam esclarecer esta nova divisão de atribuições ao nível do Aparelho de Estado brasileiro e que contribuíram para o alijamento da Saúde Pública?

75 . TAMBELLINI et al., *op. cit.*, 1986, p. 11.

76 . *Idem Ibidem*, p. 11.

77 . *Idem, Ibidem*, p. 11.

78 . *Idem Ibidem*, p. 12. Percebe-se que ao adotar-se uma abordagem marxista como a de TAMBELLINI et al. (1986) e de GARCIA (1983), ao lado da abordagem "foucaultiana", para a apreensão do campo da Saúde do Trabalhador, estar-se-á sempre numa tensão dada por formas diferentes de entender a tradição filosófica ocidental já que, para o marxismo, por exemplo "... as coisas são ilusórias quando dadas no imediato empírico. Torna-se necessário descobrir, (...), aquilo que se esconde ao senso comum; partir da superfície das aparências e penetrar na essência dos sentidos. É a postura clássica, (...), de Karl Marx (...) sobre a aparência da mercadoria escondendo o íntimo da mais-valia. A cultura intelectual européia concebe, portanto, a existência de uma realidade que precisa ser desvendada pelo trabalho permanente de crítica ao senso comum...A trajetória de Foucault prima em desmontar o estatuto ideológico das tradições intelectuais do Ocidente. Em *As Palavras e as Coisas*, levanta a problemática da história, da verdade e da constituição do sujeito na modernidade, desconcertando os hábitos de pensar o homem como um produto progressivo da racionalidade." Ver a respeito: EGYDIO, M.C. "Michel Foucault: o encontro dos saberes". In: ADORNO, Sergio (org.) *op. cit.*, 1994, p.2. para uma crítica a certa interpretação marxista do determinismo na história.

Dois movimentos devem ser ponderados neste momento.

De um lado o início do processo de formação da classe operária industrial, que procurava se auto-proclamar através de entidades de representação com influências de caráter anarquista ou comunista, no sentido de construir sua identidade e de interferir politicamente na vida nacional através de manifestações como as grandes greves do final da década de 1910, particularmente em São Paulo e Rio de Janeiro, reivindicando direitos que se situam ainda ao nível da **regulação das relações de trabalho**, numa luta contra a super-exploração - baseada na extensão do trabalho - procurando estabelecer: a duração da jornada, da idade mínima para o trabalho, do repouso remunerado; o controle do trabalho noturno, do trabalho da mulher, bem como denunciando as péssimas condições dos ambientes das fábricas e oficinas, em geral montadas em prédios adaptados e extremamente insalubres e perigosos.⁷⁹

Naqueles anos o movimento dos trabalhadores era apoiado por um grupo de intelectuais-médicos, formados na Faculdade de Medicina da Praia Vermelha, do Rio de Janeiro, que se alinhavam ao socialismo e ao anarquismo, como Luciano Gualberto que, em Tese de Doutorado datada de 1907, defendia a normatização da jornada, do trabalho do menor e de benefícios previdenciários às vítimas de acidentes do trabalho. Quanto ao trabalho do menor foi secundado por outros autores em teses datadas dos anos de 1913 e 1916. (cf. MENDES, 1995) O movimento, teve sua vitalidade minada internamente, após as grandes mobilizações paredistas dos anos 1917 a 1920 e, externamente, pela sua derrocada através da repressão e posterior **cooptação**, no contexto da Revolução de 30 e do Estado Novo, empreendimento que teve como ator principal o Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio.⁸⁰

Ao nível deste Ministério, em 1934, é criada a Inspetoria de Higiene e Segurança do Trabalho, no âmbito do Departamento Nacional do Trabalho, o qual substitui o Departamento Nacional de Saúde Pública nas ações de fiscalização sobre os ambientes e condições de trabalho.

De outro lado, ocorria a articulação do empresariado que também criava seus órgãos de representação e apoio como o Centro das Indústrias de São Paulo (CIESP), fundado em junho de 1928 e o Instituto de Organização Racional do Trabalho (IDORT), criado em 1931, como já foi referido.⁸¹

⁷⁹ . Ver, a respeito das precárias condições de trabalho em São Paulo, nessa época, o livro de DEAN, Warren *A Industrialização de São Paulo (1880-1945)*. São Paulo - Rio de Janeiro: DIFEL, 1980. 3ª. edição. Consultar também MENDES (org.) *op. cit.*, 1980, capítulo I.

⁸⁰ . Interessante estudo sobre a atuação do Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio, nos anos 30 e 40, na constituição de uma classe operária domesticada e corporativista, é o trabalho de autoria de GOMES, Angela de Castro *A Invenção do Trabalhismo*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1994. 2ª. edição.

⁸¹ . O IDORT foi fundado em 1931 por um grupo de acadêmicos dentre eles Roberto Mange, engenheiro suíço, que foi o introdutor da "psicotécnica" no Brasil, tendo vindo para cá, em 1913, trazido por Geraldo de Paula Souza - sanitarista, decano do antigo Instituto de Higiene, depois Faculdade de Saúde Pública da Usp e consultor do SESI, onde coordenou a criação de área voltada para a Higiene e Segurança do Trabalho nos anos 40-50 - para lecionar na cadeira de Mecânica Aplicada às Máquinas. Da fundação do IDORT participaram: Roberto Mange, Armando Salles de Oliveira, Geraldo de Paula Souza, dentre outros. Destinava-se "a aumentar o bem estar social por meio de uma organização adequada a cada setor de trabalho e cada atividade; estudar, (...) e aplicar os princípios, métodos, regras e processos da organização científica do trabalho; ...; dar ao trabalho o máximo de rendimento como mínimo de dispêndio; proporcionar aos empreendimentos e a seus executores toda a segurança..." Ver: *Boletim de Psicologia*, v. XXVI, n. 69, 1975.

No Brasil, do ponto de vista do contexto político e sócio-econômico, é somente próximo a meados do século XX, após a derrubada da velha República com a Revolução de 30 que aprofundam-se as mudanças visando a implantação da indústria e, sob Getúlio Vargas, generaliza-se, nos anos 40, a **industrialização** como projeto dominante de "acumulação de capital" ainda que de maneira bastante **heterogênea** pela existência de formas diversas de produção, em que grandes fábricas convivem com oficinas "de fundo de quintal", dando-se, assim, a condição para que se adotasse uma medicina voltada para o corpo produtor.

Nesta época, o Estado estabelece pela primeira vez, através da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), uma regulamentação – que provem do então Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio e não mais do setor da Saúde Pública – sobre

"... exigências gerais para as condições de trabalho no que diz respeito à iluminação, ventilação, à salubridade e aos espaços das indústrias." ⁸²

Da parte dos empresários enfatizava-se a necessidade de mudanças na

"... legislação para 'obrigar os interessados' a enfatizar a prevenção e a fazer uma boa seleção dos operários." ⁸³ (grifos nossos)

Os trabalhadores, enquanto puderam se fazer ouvir, anteriormente à tutela e à repressão características do Estado Novo, ainda lutaram contra a mais-valia absoluta, isto é, reivindicavam a redução da jornada de trabalho, melhores salários e condições de trabalho e a abolição/controle do trabalho da mulher e do menor, discurso que transpassa toda a trajetória do movimento operário desde o início do século até os anos 20-30.⁸⁴

Agora, sob a égide do discurso pelo aumento da capacidade produtiva tal normatização

"...estabelece apenas as condições mínimas e isto num momento em que a indústria começa a preocupar-se com a produtividade. Sem tais condições é impossível aumentar a produtividade do trabalho." ⁸⁵ (grifos nossos)

Nas dobras desse discurso inserem-se uma série de práticas que, visando uma maior preservação da força-de-trabalho adotam uma proposta **preventivista** influenciada por experiências estrangeiras a partir da

"ação da sociedade civil e principalmente de certos empresários, obtendo a colaboração do Estado e sua intervenção posterior..." ⁸⁶ (grifo nosso)

Assim é que uma série de discursos e práticas emergem à época, com o objetivo de dar concretude a esta empreitada que associa **prevenção e seleção de mão-de-obra**, na busca de maior **produtividade**, momento em que nos operários da indústria se

⁸² . FALEIROS, Vicente *O Trabalho da Política: Saúde e segurança dos trabalhadores*. São Paulo: Cortez, 1992. 312p. p. 121.

⁸³ . *Idem Ibidem*, p. 119.

⁸⁴ . Ver a respeito: SIMÃO, Azis *Sindicato e Estado*. São Paulo: Dominus, 1966, BEIGUELMAN, Paula *Os Companheiros de São Paulo*. São Paulo: Símbolo, 1977, FAUSTO, Boris *Trabalho Urbano e Conflito Social - 1890-1920*. São Paulo: DIFEL, 1977, FALEIROS, *op. cit.*, 1992 e GOMES, *op. cit.*, 1994.

⁸⁵ . FALEIROS, *op. cit.*, 1992, p. 122.

⁸⁶ . *Idem, Ibidem*, p. 123.

reconhece um contingente humano que precisa ser então domesticado/assujeitado⁸⁷ por técnicas e conhecimentos abrangentes, conforme as novas exigências da organização científica da produção.

Data desta época, por exemplo, a disputa estebelecida entre médicos, pedagogos e advogados para obtenção da legitimidade na aplicação das "ciências do comportamento" na boa prática de seleção de quadros e de sua conduta para a indústria (BERTOLLI FILHO, 1993)⁸⁸ bem como a criação de instituições que vão consubstanciar tais discursos.

Este é o caso das atividades do Instituto de Organização Racional do Trabalho (IDORT). A propósito da atuação do IDORT na área de saúde no trabalho, cabe citar um estudo que realizou sobre a **prevenção de acidente na estiva de Santos** no ano de 1940, dada a importância do porto de Santos para as trocas do país. Os estudos patrocinados por tais entidades

*"... que contavam com a assessoria da Escola Livre de Sociologia e Política de São Paulo (...) viabilizaram a multiplicação das perspectivas de entendimento do proletariado urbano. [pela] ênfase conferida à análise do comportamento individual e coletivo dos agrupamentos operários..."*⁸⁹

Aqui é necessário fazer-se uma digressão para problematizar certas tendências de análises de teor histórico no campo da saúde coletiva, que se faz a propósito da associação da

*"... temática da Medicina e da implementação de políticas de saúde no Brasil à configuração de um poder disciplinar sobre a sociedade."*⁹⁰ (itálico no original)

Trata-se, mais explicitamente, de uma linha de abordagem e de estudos que procura

*"... nexos (...) entre os discursos médicos, as práticas médico-sanitárias e a ação do Estado sobre o espaço e a vida urbanos."*⁹¹ (grifo nosso)

Que campo mais privilegiado haveria dentro da temática do disciplinamento, senão o das relações entre medicina e trabalho-saúde? Contudo, não estaria sendo analisado, a partir de um viés desfocado do ponto de vista histórico-factual? Conforme MACHADO et al. (1978) no Brasil Colônia

*"A fábrica não é ainda instituição criada para produzir, através de mecanismos disciplinares, o bom trabalhador."*⁹² (grifos nossos)

⁸⁷ . Usa-se aqui a formulação de FOUCAULT, *op. cit.*, 1994 (11ª. edição). Neste trabalho o autor discute as formas de discurso de um saber que articula-se com o poder e que se adequam à domesticação/assujeitamento do detento, como já fizera em relação ao doente e ao louco, em *O Nascimento da Clínica e a História da Loucura*.

⁸⁸ . Ver a respeito: BERTOLLI FILHO, *op. cit.*, 1992/1993.

⁸⁹ . *Idem, Ibidem*, p. 36.

⁹⁰ . CARVALHO, Maria Alice R. de & LIMA, Nísia Verônica T. de O Argumento Histórico nas Análises de Saúde Coletiva. In: FLEURY, Sônia (org.) *Saúde: Coletiva? Questionando a Onipotência do Social*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1992. 234 p. p. 116-142. p. 116.

⁹¹ . *Idem Ibidem*, p. 116.

⁹² . MACHADO et al., *op. cit.*, 1978, p. 349.

Apesar de algumas escaramuças que colocam o trabalhador, enquanto grupo, como objeto de estudo

"... que visa interferir no próprio funcionamento da fábrica através da determinação de condições de vida e de trabalho. Projeto que, em relação aos outros discursos (...) médicos, é (...) *descontínuo, singular, isolado, tendo (...) permanecido letra-morta.*" ⁹³ (grifos nossos)

Se, conforme afirmam tais autores, a medicina social no Brasil não teve a condição de possibilidade de seu nascimento com o desenvolvimento da produção industrial, quando efetivamente o nexo entre medicina e sociedade se dá por meio do corpo que produz?

De fato, parece que a efetiva função **disciplinar** das práticas da medicina sobre o trabalho no Brasil, somente se pronuncia em seu papel normatizador, a partir dos anos 20-30 deste século, quando as "ciências do comportamento" são incorporadas como instrumental na sua intervenção sobre a vida na fábrica, na medida em que os anos 20 se abrem

"[...] com o empenho de empresariado nacional postar-se como orientador privilegiado da modernidade brasileira." ⁹⁴

Frise-se que as influências das novas formas de organização da produção advindas dos Estados Unidos e Europa combinam-se, internamente,

"... com a necessidade de *expansão da capacidade produtiva, coagindo o empresariado a corrigir a rota traçada pelo projeto industrialista (...) [das] últimas décadas do século XIX.*" ⁹⁵ (grifo nosso)

E, é em São Paulo, que concentra-se o parque produtivo que irá produzir os bens de capital antes não cogitados como cimento, aço, máquinas e aquilo que o novo consumidor já cobrava sua produção no país, isto é, bens de consumo não duráveis, na perspectiva da substituição das importações. ⁹⁶

A isso associa-se a necessidade de atualizar também critérios seletivos de mão-de-obra e as relações de trabalho no espaço das fábricas. ⁹⁷

Frise-se que tal objetivo era já apontado por BARRETO (1928), na qualidade de uma das maiores autoridades da Saúde Pública do país.

Do mesmo discurso utiliza-se no ano de 1922

"... o médico Afranio Peixoto [quando] alertava para a necessidade de (...) novas fórmulas de **recrutamento** do operariado, ressaltando que a morosidade na realização das tarefas produtivas, os acidentes de trabalho e os conflitos que pontuavam no cotidiano das indústrias deviam-se, em conjunto, à atuação dos 'degenerados morais' **imprudentemente** integrados à linha de produção." ⁹⁸ (grifos nossos)

⁹³ . *Idem, Ibidem*, p. 349.

⁹⁴ . BERTOLLI FILHO, *op. cit.*, 1992/1993, p. 37.

⁹⁵ . *Idem, Ibidem*, p. 37.

⁹⁶ . *Idem, Ibidem*, conforme p. 38.

⁹⁷ . *Idem, Ibidem*, conforme p. 38.

⁹⁸ . *Idem, Ibidem*, p. 38.

Ressalta-se a necessidade de **critérios científicos** para a seleção dos trabalhadores já que os locais de trabalho eram um espaço

"... em que se viciam todos os meios de vida, facilitam-se todas as ocasiões de agressão e nocividade naturais, aumentadas ainda agora pela rotina, prejuízo e má educação do proletariado, mal alimentado, mal vestido, mal alojado, viciado pelo álcool e pelo fumo." ⁹⁹

Trata-se de um discurso que agora coloca as mazelas antes situadas na população mestiça, negróide, degenerada, ociosa do espaço urbano, para dentro do espaço fabril, e no qual a boa técnica da seleção científica deve pontificar e intervir.

Assim, o que foi insinuado ainda academicamente nos anos 20-30, ganha projeção e concretude nos anos 40 pela prática da '*medicina de comportamento*' que incluía também a psicotécnica. ¹⁰⁰

Através da **seleção e do acompanhamento** médico periódico dos trabalhadores utiliza a medicina de um verdadeiro arsenal de conhecimentos eficientes para a correção da '*ação mental*' dos operários. ¹⁰¹

Frise-se que tal discurso rebate-se sobre o discurso da organização científica do trabalho, proposto por Taylor, nos anos 10 deste século; mesmo que posteriormente a abordagem "psicotécnica" tenha ficado um discurso pouco assumido e praticado já que

"... foram poucas as empresas que se dispuseram a arcar com os custos (...) das orientações prescritas pelos 'psicólogos', inclusive porque a abundância de mão-de-obra viabilizava a pronta substituição dos funcionários 'inadaptados'..."

"De qualquer forma, a sugestão de estudo e acompanhamento 'científico' dos trabalhadores ganhou resposta do empresariado (...), frutificando ainda na década de 40 em entidades como o SENAI, (...) e o SESI." ¹⁰²

O Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial (SENAI), criado em 1942,

"...começa, no país, um amplo programa de utilização da psicologia nos serviços de orientação e seleção de alunos e de pessoal para os trabalhos da indústria ... Os estudos e aplicações da psicologia concentram-se, (...), no uso de testes e mensurações psicológicas para a predição de comportamento escolar e profissional." ¹⁰³

GOMES (1994) ao analisar o processo de **institucionalização** do Ministério do Trabalho, sob o getulismo assim se posiciona:

⁹⁹ . Trata-se de citação contida no livro de autoria de Afranio PEIXOTO, *Hygiene*, editado em 1922, página 360, *apud* BERTOLLI FILHO, *op. cit.*, p. 38.

¹⁰⁰ . BERTOLLI FILHO, *op. cit.*, conforme p. 39.

¹⁰¹ . *Idem Ibidem*, p. 40.

¹⁰² . *Idem, Ibidem*, p. 43. O Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial (SENAI) é criado em 1942, assumindo a tarefa de apoiar "as estradas de ferro, de âmbito federal e particulares, em seus problemas de formação e seleção de pessoal..." Ver a respeito: CARELI, Antonio O Serviço de Ensino e Seleção Profissional da Estrada de Ferro Sorocabana e seu Papel na Introdução e Desenvolvimento da Psicologia Aplicada ao Trabalho no Brasil. *Bol. Psicol.*, v. XXVI, n. 69, p. 111-4, 1975.

¹⁰³ . Voltado inicialmente para assessorar as estradas de ferro federais e particulares - ainda importante setor para o escoamento da produção à época - o SENAI amplia enormemente sua abrangência ao iniciar no Brasil o uso da psicologia na formação e seleção de operários para a indústria. Ver a respeito: SANTOS, *op. cit.*, 1975.

"No Brasil, antes de 30, pouco se fizera no campo da medicina social. No período de 1930 a 1937, um vasto programa se implantara nesta área, firmando-se definitivamente no Estado Nacional. Foram então criados os seguros contra invalidez, doença, morte, acidentes de trabalho e o seguro maternidade, todos eles visando a proteção da saúde do trabalhador...

"Desta forma, o Brasil incorporava definitivamente o conceito de medicina social que se desenvolvera na Europa desde o século XIX. O trabalhador passava a ser assistido pelo Estado, que se preocupava não só com sua saúde física, como também com sua adaptação psíquica ao trabalho realizado. O homem que exercesse profissão compatível com seu temperamento e habilidade produzia mais. Daí a relação entre a política de saúde e as modernas técnicas de seleção e orientação profissionais.

"A medicina social [de então] compreendia um conjunto amplo de práticas que envolviam higiene, sociologia, pedagogia e psicopatologia. Não se tratava apenas de curar... No próprio interesse do progresso do país, deviam-se vincular estreitamente as legislações social e sanitária, já que o objetivo de ambas era construir trabalhadores fortes e sãos, com capacidade produtiva ampliada. O papel da medicina social tão bem concretizado pela ação dos Institutos de Previdência e Assistência Social, consistia explicitamente em preservar, recuperar e aumentar a capacidade de produzir do trabalhador." ¹⁰⁴ (grifos nossos)

No mesmo sentido pronuncia-se DONNANGELO (1975) ao analisar o período, mostrando que nos primórdios da Previdência Social no Brasil, após 30, conforme declaração do próprio Governo Provisório:

"A organização sindical, a lei de férias, a limitação das horas de trabalho, o salário mínimo, as comissões de conciliação, as caixas de pensão, o seguro social, as leis de proteção às mulheres e aos menores realizam velhas aspirações proletárias ... Não há nesta atitude nenhuma hostilidade ao capital que, ao contrário, precisa ser atraído, amparado e garantido pelo poder público. Mas, o melhor meio de garanti-lo está, justamente, em transformar o proletariado numa força orgânica de cooperação com o Estado e não o deixar, pelo abandono da lei, entregue à ação dissolvente de elementos perturbadores, destituídos do sentimento da pátria e família." ¹⁰⁵ (grifos nossos)

Esta visão da saúde como fator de produção, apresenta nítida semelhança com o enunciado da Saúde Ocupacional-Medicina do Trabalho, sendo do ponto de vista institucional assumida pelo MTb desde a década de 30 até meados dos 80, através das "inspeções do trabalho" ¹⁰⁶ período em que prevalece - reafirmada pela Lei do Sistema Nacional de Saúde (SNS) de 1975 e pela Lei do Sistema Nacional de Previdência

¹⁰⁴ . GOMES, *op. cit.*, 1994, p. 226. Esta atuação do Estado sobre a saúde dos indivíduos visando aumentar sua capacidade produtiva, a qual denominamos de saúde como razão instrumental, na medida em que a prioriza como fator de produção é o viés que vai caracterizar a atuação do Estado através do Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio e depois do Ministério do Trabalho e Previdência Social, com total omissão do Ministério da Saúde. Tal situação somente tende a se modificar a partir de meados dos anos 80, quando da realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, na qual a saúde é colocada como direito, dentro de uma perspectiva de cidadania que propõe uma atuação do Estado a partir de um Sistema Único de Saúde, que deve também ter atribuição de atuar na saúde do trabalhador, como atividade programática, retirando a hegemonia do Ministério do Trabalho no campo da saúde e segurança no trabalho.

¹⁰⁵ . Observe-se que esta citação aproxima-se da observação de FOUCAULT sobre o papel da Medicina Social, na sua vertente de medicina da força de trabalho e do papel desempenhado pela mesma no disciplinamento e adestramento do indivíduo. Ver DONNANGELO, Maria C. Ferro *Medicina e Política*. São Paulo: Pioneira, 1976, p. 12.

¹⁰⁶ . Ver a respeito: OLIVEIRA, *op. cit.*, 1994.

e Assistência Social (SINPAS) de 1978 - a dicotomia ou o descompromisso na atuação dos vários organismos do Estado que diziam respeito à saúde, segurança e fiscalização dos locais de trabalho, ou seja, a Saúde, o Trabalho e a Previdência Social.

Nos anos 50, uma série de empresas de grande porte, algumas estatais e as multinacionais, começam a investir no sentido de

"manter serviços de assistência médica próprios, independentes (...) das práticas tipicamente liberal-privadas, quanto do setor estatal, a ser desenvolvido por uma secção médica no interior das empresas." ¹⁰⁷

Com objetivos de **controle intra-fabril** e de **seleção**, instituem-se tais Serviços de Medicina de Empresa, para os quais já havia o embasamento conceitual e prático da definição de Saúde Ocupacional/Medicina do Trabalho formulado pelo Comitê Misto OIT-OMS em 1950.

Tendo descurado da formação e qualificação dos operários, o patronato **aprofunda** como medida estratégica a **seleção rigorosa** dos candidatos ao emprego, tendo como importante aliado as ciências do comportamento e seus instrumentos.

Em maio de 1941, com o apoio da Inter-American Safety Council Inc. de Nova York, o patronato e as seguradoras instalam a Associação Brasileira de Prevenção de Acidentes (ABPA), cujo primeiro presidente Antonio de Prado Júnior é prefeito do Rio de Janeiro e, além disso,

"... diretor das Estradas de Ferro Paulista e da Vidraçaria Santa Marina. O vice-presidente é (...) presidente da Hollerith (...) O secretário, (...), é diretor da Servix Electrica e o tesoureiro (...) da Companhia de Cimento Portland. As outras indústrias que patrocinam a fundação da ABPA são a Light & Power, e a Companhia Industrial Pirai." ¹⁰⁸

Desta forma, a importação de "know-how" americano dá-se também para medidas de saúde no trabalho.

No final dos anos 40 a segurança e as condições de trabalho na indústria são ainda bastante **desfavoráveis**, a despeito da CLT e, nessa época,

"... J.J. Blomfield, assistente-chefe da Divisão de Higiene Industrial do Serviço de Saúde Pública dos Estados Unidos, realizou uma enquete no Brasil junto a 24 indústrias (...), no quadro da cooperação entre os dois países. Os estabelecimentos visitados compreendem indústrias tradicionais como as têxteis e indústrias modernas de produtos químicos, metalúrgicos e petroleiros..."

"Em relação aos serviços de saúde disponíveis (...) Blomfield destaca que em 97% dos casos existe uma sala para socorros de urgência, mas o médico de tempo integral só existe em 39% das indústrias ... [e] todas já adotam a prática dos exames de admissão da aptidão do trabalhador em 100% dos casos..." ¹⁰⁹ (grifos nossos)

Apesar do discurso da **prevenção** assumido pelo patronato nos anos 40, **conviver aliado ao da seleção**; pela análise das informações colhidas na enquete vê-se

¹⁰⁷ . TEIXEIRA, Sonia Maria F. & OLIVEIRA, Jaime de A. Medicina de Grupo: A medicina e a fábrica. In: GUIMARÃES, Reinaldo (org.) *Saúde e Medicina no Brasil: contribuição para um debate*. Rio de Janeiro: Graal, 1978. p. 181-206. p. 181.

¹⁰⁸ . FALEIROS, *op. cit.*, 1992, p. 120.

¹⁰⁹ . *Idem, Ibidem*, p. 142.

"... que os patrões adotam a prática do controle profissional da aptidão ou inaptidão dos trabalhadores em vez da prática do controle das condições de trabalho."¹¹⁰ (grifos nossos)

Na mesma linha discursiva, tendo como recorte "o objetivo de obter maior produtividade e de freiar o movimento de adesão aos comunistas" um grupo de empresários cria, em 1946, uma

"... instituição de reabilitação e prevenção para operários inserida no Serviço Social da Indústria (SESI) ... [que] oferece serviços de educação, médicos, odontológicos e assistenciais. Implanta um instituto específico de reabilitação de acidentados..."¹¹¹

É importante assinalar que a existência dos Serviços Médicos de Empresa – mesmo anteriormente à obrigatoriedade legal, a qual viria a ocorrer somente em 1972 pela Portaria nº 3237 de 27/07/1972 – coloca-se já com certa importância a partir do final dos anos 40, com um forte viés corporativo. São os próprios médicos que, reunidos em 1947, por ocasião do Congresso Brasileiro dos Problemas Médicos Sociais de Após-Guerra, na Declaração de Princípios publicada pelos Anais do Congresso

"... manifestam-se coletivamente pela industrialização e pela democracia... [e] são favoráveis à criação de serviços médicos nas indústrias e de centros de reabilitação de acidentados, comportando equipamentos de ortopedia, cirurgia e fisioterapia. Seu interesse é tanto na prevenção através dos serviços como na readaptação com a participação médica... Seu ponto de vista sobre a questão do acidente é direcionado pela sua prática profissional."¹¹²

No pós-guerra, aumenta a complexidade das relações entre trabalho e saúde/doença pelo avanço tecnológico dos novos processos de trabalho, o que se acompanha também de um rearranjo na divisão internacional do trabalho.¹¹³

A abordagem da medicina do trabalho e da higiene torna-se cada vez mais limitada para fazer frente à apreensão e tratamento de tais questões, havendo necessidade de uma mais abrangente racionalidade científica a qual consubstancia-se no olhar da Saúde Ocupacional conceitualmente melhor acabada e construída, abarcando noções vindas da higiene industrial, tão bem balizada por BARRETO (1929) em seu trabalho "totalizador e premonitório" para a época.

Impunha-se, agora, a atuação multiprofissional, na perspectiva de analisar e intervir sobre os locais e ambientes de trabalho, num viés positivista-quantitativo que já se insinuava, na ânsia pelo controle dos riscos medidos nos ambientes de trabalho. Trata-se do mesmo espaço objeto da Higiene Industrial, mas agora sob um olhar ambientalista, conforme preconizavam as escolas norte-americanas de Saúde Pública como Harvard, Johns Hopkins e Michigan (cf. MENDES, 1995)

Outras disciplinas são agregadas ao discurso médico, ampliando o diálogo mantido anteriormente por ele com a psicologia, a sociologia e a economia. Os

110 . *Idem, Ibidem*, p. 142.

111 . *Idem, Ibidem*, p. 142-143.

112 . *Idem, Ibidem*, p. 157.

113 . A respeito de um resumo da trajetória do processo de industrialização vivido pelos países da América Latina nos anos do pós-guerra e do papel do Estado, ver: FEIJÓO, Juan Carlos V. O Estado neoliberal e o caso mexicano. In: LAURELL, Asa C. (org.) *Estado e Políticas Sociais no Neoliberalismo*. São Paulo: CORTEZ, 1995, 244 p. p. 11-52. Consultar especialmente as p.11-29.

engenheiros de produção também se posicionam pela nova prática prevencionista, o que é mostrado por sua presença massiva nos congressos da Campanha Nacional de Prevenção de Acidentes.¹¹⁴

A partir de 1945, com a redemocratização do país, busca-se uma superação do paternalismo estatal e do corporativismo, momento em que outros atores entram em cena, com um certo declínio da atuação do "braço político" do Estado Novo, o Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio.

Por outro lado, o discurso do empresariado volta a materializar-se na criação de organismos de assessoria técnica, como ocorrera nos anos 30, época em que dá-se a fundação do Serviço Social da Indústria (SESI) e da Associação Brasileira de Prevenção de Acidentes (ABPA) e, ao nível das fábricas, proliferam os Serviços Médicos de Empresa que tiveram forte influência do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), órgão criado sob o patrocínio do governo norte-americano durante a II Guerra Mundial, visando ao controle sanitário das condições de vida e trabalho na época da exploração da borracha na Amazônia, como parte do esforço de guerra aliado, experiência que se expandiria para o norte e nordeste do Brasil, nos anos seguintes, como paradigma de serviço sanitário em áreas carentes. Com isso, assume a hegemonia das influências no Brasil, o modelo dos EEUU de Higiene Industrial e Saúde Ocupacional. (cf. MENDES, 1995)

Nos anos 50, intensificam-se os contatos com "experts" norte-americanos higienistas industriais e, em São Paulo, cria-se o Serviço de Higiene Industrial do SESI, com o concurso de médicos e engenheiros sanitaristas, quase todos formados no final dos anos 40 e início dos 50 nas escolas de Saúde Pública dos EEUU, dentro do projeto de cooperação técnico-científica com as Fundações Rockefeller e Ford, intercâmbio que se iniciara nos últimos anos da década de 10. Observe-se que, concomitantemente, o país entrava em um novo "surto" industrial, com a criação das indústrias de bens de consumo duráveis, cujo "carro-chefe", sem trocadilhos, era representado pelas multinacionais automobilísticas.

Os Serviços de Higiene Industrial acima citados tiveram um importante papel no desenvolvimento de metodologia e elaboração de inquéritos de higiene industrial nas cidades de São Paulo e Rio de Janeiro, pólos industriais maiores, com o uso de abordagem epidemiológica e da higiene do trabalho, os quais envolviam a avaliação dos ambientes e condições de trabalho e, num complemento, o exame médico dos trabalhadores.

É interessante observar que a Higiene Industrial de influência norte-americana adotada entre nós nos anos 50 tinha como "baluartes" o engenheiro e o químico, que numa disputa corporativa, insinuava, inclusive, até uma crítica ao papel "limitado" dos médicos dentro das fábricas quanto à prevenção, levando à hipertrofia da atividade assistencial.

"A maior parte dessas organizações, (...), estavam manietadas pela falta de funcionários peritos em higiene industrial, para descobrirem as condições que tornam insalubre o trabalho. Como consequência, o maior interesse e (...) tôda responsabilidade pela saúde industrial ficaram nas mãos da profissão médica.

¹¹⁴ . FALEIROS, *op. cit.*, conforme p. 158.

"Sem equipamentos, pessoal e treinamento especial para o controle dos infortúnios ocupacionais, (...) adotaram pontos de vista e treinamento de médicos: **centralizado no indivíduo** e nos problemas médicos individuais. Isto resultou no desenvolvimento de grande número de excelentes programas de assistência médica, os quais cobrem quase todas as grandes companhias, nas áreas industrializadas ...

"Todavia, concentrar a atenção sobre problemas médicos **individuais** tem efeito adverso sobre a **filosofia de prevenção** dos mesmos, não em relação ao enfermo e incapacitado como casos isolados, porém ao **ambiente**, que é **responsável** pelas doenças. E o estudo do ambiente **não é um problema médico**, porém, uma análise de profundo sentido, econômico e de **engenharia**, das alterações necessárias, a fim de prevenir **riscos** (...) de acidentes e enfermidades e, ao mesmo tempo, **proteger o interesse do fabricante em produzir a custo razoável.**" 115

Datam também de meados dos anos 50 estudos sobre as patologias do trabalho mais prevalentes em função dos riscos, como era o caso das dermatoses ocupacionais, das pneumoconioses, das intoxicações por chumbo, estas bastante frequentes na emergente indústria automobilística.

Um decano da área, médico, com formação em Saúde Pública - e Higiene do Trabalho em Harvard no início dos anos 50 - e um dos fundadores do Ambulatório de Doenças Profissionais do SESI de São Paulo, em meados dos 50, refere que na casuística do ambulatório, após as dermatoses ocupacionais, figurava

"Em 2º lugar a intoxicação por chumbo (...) Por causa da indústria automobilística. Foi o período do crescimento da indústria automobilística, **desordenado**, aquele negócio **heróico** de fazer 100 caminhões por dia. E cada caminhão, cada ônibus apresentava 10 a 12 kg de chumbo (...) derretido no maçarico. Isto representou esta verdadeira **epidemia**, 1.000 casos de intoxicação em um curto espaço de tempo. Tudo bem documentado!" 116

Ainda nos anos 50-60, o início do ensino formal da Medicina do Trabalho em cursos de graduação em medicina, particularmente no Estado de São Paulo na Faculdade de Medicina de Sorocaba, da Pontifícia Universidade Católica (PUC), sob a coordenação dos professores Joaquim Augusto Junqueira (1917-1991) e Antonio Ferreira Cesarino Jr. (1906-1992), que tiveram também importante participação posteriormente. O primeiro na direção da ABPA e, o segundo, na criação, em 1966, da Fundação Centro Nacional de Higiene e Segurança do Trabalho (Fundacentro), órgão ligado ao Ministério do

115 . Consultar a respeito: TAYLOR, George J. & GONDIM, Pedro M. Desenvolvimentos Recentes da Higiene Industrial no Brasil. *Revista do Serviço Especial de Saúde Pública*, v. VII, n.2, p. 583-593, jun./1955. Trata-se de um trabalho do Serviço de Higiene Industrial de Niterói, que foi apresentado no IV Congresso Inter-Americano de Engenharia Sanitária, realizado em São Paulo, de 25-31/07/1954. Os autores são engenheiros de Higiene Industrial. O primeiro, de nacionalidade norte-americana e consultor do Instituto de Assuntos Inter-Americanos (IAIA); o segundo, é brasileiro, com formação nos EEUU e funcionário, à época do Serviço Especial de Saúde Pública que, com assessoria do IAIA, assinara em 1953 convênio com a Secretaria da Saúde e Assistência de Niterói, para a criação do Serviço de Higiene Industrial daquela Secretaria, o qual passou a partir de 1954 a realizar inquéritos de higiene industrial em indústrias do Estado do Rio de Janeiro, a exemplo do que já vinha fazendo o SESI em São Paulo, também por influência norte-americana, cujo pioneirismo foi de J.J. Bloomfield higienista que esteve pela primeira vez no Brasil em 1949, tendo publicado em 1950 o livro *Problemas de Higiene Industrial no Brasil*. Sobre os inquéritos realizados no Rio de Janeiro, consultar: GONDIM, Pedro M. & LATGÉ, Mario *Problemas de Higiene Industrial no Estado do Rio de Janeiro. Revista do Serviço Especial de Saúde Pública*, v. X, n. 2, p. 565-606, dez./1959.

116 . Entrevistada gravada concedida ao autor por A, médico, ex-assessor de entidade técnica empresarial, em 31/05/1994.

Trabalho e que seria a marca institucional mais característica dos anos 70, com papel central no desenvolvimento da política de Saúde Ocupacional colocada em prática pelo Estado Brasileiro sob o Regime Militar, como será discutido no capítulo 3.

Assim, nos anos 50 e diante do surto industrial ocorrido dentro da política do desenvolvimentismo ¹¹⁷ concretiza-se como uma **estratégia** a organização e utilização de serviços médicos que, ao lado de atuarem no atendimento individual-clínico, também assumiram atividades relacionadas ao campo da **medicina do trabalho**, tendo importante papel que alia o estudo das causas de absentismo, à seleção de pessoal e à análise das doenças e acidentes ocupacionais.

Este discurso da técnica articulada a relações de poder e disciplinamento do trabalho, embasado em teorias científicas universais e especializadas, passa a se institucionalizar nacionalmente nos anos 70, a partir da política adotada pelo governo federal com a implantação das Portarias ministeriais que obrigam a criação dos Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho (SEESMETs), em 1972 e, finalmente, em sua última versão, em 1975, modificada nos anos de 1978 e 1994, em que o Estado delega às empresas o controle da saúde dos trabalhadores.

Na década de 70, **completam-se** as transformações sócio-econômicas e culturais pelas quais passaram alguns países da América Latina, com respeito à **industrialização tardia** e à concomitante **urbanização** de suas populações, processo que, passa a ser objeto de preocupação da medicina social de hoje. Estavam dadas as condições de possibilidade para que começassem então a surgir as ainda poucas análises dentro da Medicina e da Epidemiologia (sociais) que passam a conviver com as abordagens da Saúde Ocupacional as quais filiam-se à abordagem que adota a concepção da "determinação social do processo saúde-doença" – em contraposição à postura positivista do viés clínico e biologicista – privilegiando a categoria trabalho como elemento explicativo e exemplar desta determinação.

117 . Ver a respeito: TEIXEIRA & OLIVEIRA, *op. cit.*, 1978. Neste trabalho, chamavam a atenção de que "... existe um papel importante, do ponto de vista dos empresários, a ser desenvolvido por uma seção médica no interior das empresas..." a qual desempenharia funções de maneira mais vantajosa do que "as outras formas de organização da prática médica..."(p. 181-82) Tais funções seriam: seleção de uma força de trabalho mais higida; controle do absentismo; mais rápido retorno à produção; uma mais atrativa política de pessoal. Frise-se que muito recentemente estas mesmas preocupações são retomadas, numa conjuntura patrocinada pelo signo da **qualidade e da produtividade** e sob nova roupagem, pelo chamado "sindicalismo de compromisso", conforme notícia o jornal *Folha de São Paulo*, em sua edição de 05/02/1995, p. 1 - 19, informando que o Sindicato dos Metalúrgicos de São Paulo criará a "Fundação Parceria para a Saúde" juntamente com representantes empresariais "insatisfeitos com a saúde pública e convênios médicos... a fundação não objetiva apenas dar assistência médica, (...) a metalúrgicos já doentes." "Queremos dar atenção integral à saúde do trabalhador e sua família, o que inclui a **promoção de uma vida mais saudável e prevenção de doenças**", afirma um médico e assessor do sindicato. "... pretendemos montar um sistema de informações gerenciais e epidemiológicas", acrescenta outro médico assessor do sindicato, para quem "...será possível fornecer a empresas dados para combater doenças e até propor mudanças gerenciais para melhorar a **produtividade em busca da qualidade total**". Na mesma notícia é informado que um empresário, membro do conselho curador da fundação, acredita que "Uma das principais vantagens sobre os convênios médicos atuais será o atendimento total, sem exclusões ou carências..." E é o presidente do Sindicato e também membro do conselho curador quem situa uma das principais conseqüências desta proposta de parceria "Nós, (...), vamos cuidar da saúde dos nossos trabalhadores. Se a idéia pegar, só vai ficar para o governo o atendimento aos desempregados e subempregados". Outra conseqüência mais palpável aos olhos do capital, é referida pelo empresário representante das indústrias de máquinas e outro membro do conselho da fundação "Como não visamos o lucro, vamos oferecer preços 50% menores do que dos convênios médicos".

Em consequência, são publicados estudos que tratam das relações trabalho-saúde, desde meados dos anos 70. Datam deste período os textos de LAURELL (1975) e AROUCA TAMBELLINI (1978), referentes ao contexto sócio-econômico do México e do Brasil e de GARCIA (1983) que situa historicamente a situação de trabalho e saúde de vários países latino-americanos e as exigências advindas no contexto da Revolução sandinista na Nicarágua em 1979/80.

Mais ainda, na América Latina, nos anos 70, ocorre a emergência de uma formulação teórico-conceitual, que provem da Medicina Preventiva e Social sobre as relações saúde-trabalho e que vai se acompanhar, posteriormente, de uma nova prática sanitária. Tratar-se-ia de voltar a procurar no "social" a determinação dos agravos à saúde dos trabalhadores, conforme a busca da Saúde Pública do século XIX (cf. ROSEN, 1994), mas agora incorporando categorias de abordagem tomadas do marxismo, segundo a produção teórico-metodológica de autores "filiados" à MSL. (LAURELL, 1975, 1981; AROUCA TAMBELLINI 1978; TAMBELLINI, 1987 [VI Congresso da Associação Nacional de Medicina do Trabalho-ANAMT]; TAMBELLINI et al. 1986; GARCIA, 1983, AGUDELO, 1986, LAURELL & NORIEGA, 1989; LAURELL (org.) 1993; BREILH, 1994)

Numa articulação bastante ampla de saberes filósofos, cientistas sociais e políticos, planejadores, engenheiros, profissionais de saúde, juntamente com os trabalhadores e seus organismos de representação estão engajados na luta pela mudança e transformação da organização e dos processos de trabalho e das tecnologias, na perspectiva do resgate do verdadeiro *ethos* do Trabalho, libertário e emancipador ou seja, sem *pathos*, isento de sofrimento, doença e morte. (cf. MENDES, 1995) ¹¹⁸

Ao nível extra-discursivo o quadro de deterioração das condições de trabalho advindos da industrialização e seus reflexos sobre a saúde-doença expressa-se na ocorrência cada vez maior de acidentes do trabalho e de doenças profissionais. Tal quadro passa a ser melhor conhecido, no Brasil, com a centralização administrativa das informações pela Previdência Social após a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) em 1966. Data de 1968 a publicação oficial das primeiras estatísticas nacionais relativas aos acidentes e doenças do trabalho. (Ver tabela 1)

O quadro de deterioração das condições de trabalho e de saúde se explicita sob a égide das formulações advindas da Medicina do Trabalho e da Saúde Ocupacional e dos serviços especializados a elas acoplados e, de certa maneira as proposições provenientes da Medicina Preventiva e Social que passam a conviver com elas, conformam um *contra-ponto* a tais formulações que já não dariam conta do agravamento do panorama sanitário nesta área. Mesmo assim, como discurso

¹¹⁸ . É interessante ressaltar que o questionamento da ciência e da técnica como elementos de servidão e denegação das criatividades, no qual insere-se essa postura, tem seu momento original e de maior expressão no final dos anos 60, particularmente em maio de 68 na França, Itália, EEUU e outros países "A rebelião estudantil, despojada de uma base de classe no sentido tradicional, é simultaneamente política, moral e instintiva ... A revolta instintiva é uma revolta contra a sociedade produtivista e os simulacros de valores que ela engendra. É uma revolta contra a alienação do trabalho. É o desejo de eliminação dos trabalhos embrutecedores, enervantes, pseudo-automatizados 'que o progresso capitalista impõe ao trabalhador ... como os trabalhadores, os intelectuais constituem um grupo social oprimido: eis porque uns e outros se encontram unidos na luta...' ... O ano de 1968 revela que os movimentos sociais em escala mundial, libertários ou libertadores, são porta-vozes da exigência de Felicidade e Liberdade, e que esta é única e indivisível." Ver a respeito: MATOS, Olgária C.F. *Paris 1968: As barricadas do desejo*. São Paulo: Brasiliense, 1981, p. 29-30. 2ª. edição. (grifos nossos)

**TABELA 1 - ACIDENTES DO TRABALHO REGISTRADOS POR ESPÉCIE
BRASIL - 1971 A 1995.**

ANO	ACIDENTES TIPO		DOENÇAS PROFISSIONAIS		ACIDENTES DE TRAJETO		TOTAL
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº
1971	1.308.335	98,33	4.050	0,31	18.138	1,36	1.330.523
1972	1.479.318	98,31	2.389	0,16	23.016	1,53	1.504.723
1973	1.602.517	98,15	1.784	0,12	28.395	1,73	1.632.696
1974	1.756.649	97,77	1.839	0,10	38.273	2,13	1.796.761
1975	1.869.689	97,57	2.191	0,12	44.307	2,31	1.916.187
1976	1.692.833	97,07	2.598	0,15	48.394	2,78	1.743.825
1977	1.562.957	96,79	3.013	0,19	48.780	3,02	1.614.750
1978	1.497.934	96,55	5.016	0,32	48.551	3,13	1.551.501
1979	1.338.525	96,12	3.823	0,26	52.279	3,62	1.444.627
1980	1.404.531	95,92	3.713	0,25	55.967	3,82	1.464.211
1981	1.215.539	95,68	3.204	0,25	51.722	4,07	1.270.465
1982	1.117.832	94,85	2.766	0,23	57.874	4,91	1.178.472
1983	943.110	94,03	3.016	0,30	56.989	5,68	1.003.115
1984	901.238	93,73	3.283	0,34	57.054	5,93	961.575
1985	1.010.340	93,73	4.006	0,37	63.515	5,89	1.077.861
1986	1.129.152	93,46	6.014	0,52	72.693	6,29	1.207.859
1987	1.065.912	93,73	6.382	0,56	64.830	5,70	1.137.124
1988	927.424	93,42	5.029	0,51	60.284	6,07	992.737
1989	732.635	92,64	6.600	0,83	51.592	6,52	790.827
1990	632.012	91,12	5.217	0,75	56.343	8,12	693.572
1991	587.760	91,72	6.331	0,98	46.698	7,28	640.790
1992	449.754	92,20	7.718	1,59	30.312	6,21	487.784*
1993	386.025	90,41	11.111	2,60	29.824	6,98	426.960**
1994	350.210	90,19	15.270	3,93	22.824	5,88	388.304
1995	374.700	88,34	20.646	4,87	28.791	6,79	424.137***

Fonte: Boletim Estatístico de Acidente do Trabalho - BEAT e DATAPREV

Notas:

* Dados parciais. Faltando: PR abr. a dez.; AC jul a dez.; MT e SE out. a dez..

** Dados parciais. Faltando: MS maio a dez.; MA junho a dez.; AM, RN, SC e RO julho a dez.; AL e CE out a dez.; RJ nov. e dez.; RS abr. a dez. e DF junho a dez..

*** Dados parciais. Faltando: MA out. a dez.; RS jan. a dez. e D.F. ago. a dez..

hegemônico e legitimado internacionalmente através da OIT-OMS, vão informar a implantação de uma prática de serviços de assistência situados nas empresas e que passaram a constituir-se na principal estratégia da política governamental de higiene e segurança do trabalho.

Assim, o discurso da Medicina do Trabalho-Saúde Ocupacional vai se constituir na grande influência para a formulação das definições primeiras de uma política governamental na área, o que ocorreu sob o Regime Militar, no início dos anos 70, conforme previa a Portaria nº. 3237 de 1972. Lembre-se que os Serviços de Medicina do Trabalho previstos pela Recomendação 112/59 da OIT, antes mesmo de configurarem-se como "carro chefe" da política governamental nos anos 70, foram objeto de análise de NOGUEIRA (1967), que os situou como

*"Elemento de vanguarda na proteção da saúde do trabalhador é o Serviço Médico de Empresa Industrial, que situado dentro da fábrica, executa uma série de atividades basicamente preventivas e secundariamente curativas, destinadas a permitir que aquela proteção se faça de maneira a mais perfeita possível."*¹¹⁹ (grifos nossos)

O próprio autor acima citado conclui ao final de seu estudo que tal objetivo se frustrara:

*"... os Serviços Médicos de Empresa eram sofríveis, quer no que concerne às atividades principais da Medicina Ocupacional, quer nas condições gerais."*¹²⁰ (grifo nosso)

De fato, que instituição com tal abrangência poderia atuar a contento sem a possibilidade da participação real no controle de sua prática por parte daqueles a quem se destina e se propõe proteger, isto é, os próprios trabalhadores? Não seria justamente este um dos principais aspectos apontados posteriormente para explicar a crise ético-operacional do modelo brasileiro calcado nos Serviços Especializados de Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho, baseado nos Serviços Médicos de Empresa (SMEs) e que eram bastante semelhantes àqueles propostos pela Recomendação nº 112 da OIT, conforme aponta MENDES? (1986, 1988).

E, é justamente a criação dos Serviços Especializados em Higiene, Segurança e Medicina do Trabalho, prescritos em Portaria do MTb de 1972, calcados na Recomendação da OIT de 1959, que será a base da política do Regime Militar dentro do Programa Nacional de Valorização do Trabalhador (PNVT), como será visto no capítulo 3.

Conforme aponta LAURELL (1985), a exceção de certas atividades da MT embasadas na clínica e desenvolvidas pela Previdência Social, Serviços Médicos de Empresa, é admissível falar que, na América Latina, o início dos estudos e pesquisas sobre a Saúde do Trabalhador, seja em termos de morbi-mortalidade; de programação em

¹¹⁹ . NOGUEIRA, Diogo Pupo *Serviços Médicos de Empresas industriais no Município de São Paulo*. Tese (Doutoramento) Departamento de Higiene do Trabalho, Faculdade de Higiene e Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 1967. [mimeo] p. 30

¹²⁰ . Estudos posteriores com a mesma temática foram conduzidos, em épocas diferentes, por SPÍNOLA, Ademário G. *Serviços médicos de empresas industriais em Salvador e Centro Industrial de Aratu*. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública), Departamento de Saúde Ambiental, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 1973 [mimeo], e ROCHA, Gertrudes Cleide M. *Serviços médicos de empresas de São Luiz, Ma., com mais de 100 empregados*. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública), Departamento de Saúde Ambiental, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 1984. [mimeo], tendo chegado às mesmas conclusões.

serviços de saúde e de questões teórico-metodológicos, dá-se a partir dos anos 70, particularmente quando passam a incluir o aporte das ciências sociais.

Para a mesma autora, este começo algo tardio, comparando-se com outros países, vincula-se ao processo econômico, político e social do continente latino-americano, sendo explicável que após assumida esta problemática, ela seja tratada de formas diferentes: tanto pela **consolidação e socialização** da abordagem permitida pelos conhecimentos da Medicina do Trabalho/Saúde Ocupacional **dominante**, como pelo início de uma elaboração que interpreta a relação saúde-trabalho visando

*"... a superação do suporte teórico-metodológico da medicina do trabalho."*¹²¹

De fato, a visão dominante, conforme GARCIA (1983):

*"... não permite uma análise da essência da relação trabalho-saúde, nem tampouco identificar o que determina o aparecimento, o desenvolvimento (...) ou o desaparecimento de conceitos médicos relacionados com o trabalho."*¹²² (grifo nosso)

Melhor explicando, ela não está interessada na historicidade dos conceitos e na superação de abordagens que possibilitem outros olhares sobre esta relação.

Esta maneira diversa da abordagem das relações trabalho-saúde/doença surge das contribuições e **enunciados**, como já citado, da Medicina Social Latinoamericana, a partir da discussão sobre a **determinação social do processo saúde/doença** e da importância fundamental da categoria trabalho nesta determinação, ancorada em forte influência das Ciências Sociais, dentro do campo que hoje se denomina Saúde Coletiva, onde aparece ora como "área temática", ora como espaço estruturado de práticas teóricas e programáticas. (COSTA, 1992; CANESQUI, 1995; FLEURY, 1985; NUNES, 1985, 1989, 1995)¹²³

O início da **especificidade** da Saúde do Trabalhador como objeto de estudo e seu desenvolvimento posterior associa-se à **maturação** do processo de industrialização e à forma particular que este assume na América Latina. Destaque-se sua rapidez, a grande heterogeneidade de processos de trabalho concretos dentro da nova divisão internacional do trabalho, determinando o "duplo padrão" de riscos no trabalho,¹²⁴ o caráter efêmero dos 'milagres econômicos' vividos em países como a Argentina, Brasil, Chile, México e as profundas mudanças da estrutura de classes, com o surgimento de uma classe operária industrial jovem. Sua emergência constitui um

*"... novo sujeito social e político, que tem como experiência vivencial direta a concretização das contradições que caracterizam o desenvolvimento industrial tardio."*¹²⁵

¹²¹ . LAURELL, *op. cit.*, 1985. In: NUNES, *op. cit.*, p. 255.

¹²² . GARCIA, *op. cit.*, 1983, p. 5.

¹²³ . Ver a respeito, COSTA, *op. cit.*, 1992; CANESQUI, *op. cit.*, 1995; TEIXEIRA, Sonia Maria F. As ciências sociais em saúde no Brasil. In: NUNES (org.) *op. cit.*, 1985, p. 87-109, NUNES, Everardo D. Tendências e perspectivas das pesquisas em ciências sociais em saúde na América Latina: uma visão geral. In: NUNES (org.) *op. cit.*, 1985, p. 31-85; NUNES, *op. cit.*, 1989. In: Campos, MERHY, & NUNES, 1989 e NUNES, Everardo D. As Ciências Sociais e a Saúde: o pensamento recente de alguns pesquisadores. In: CANESQUI, Ana M. (org.) *op. cit.*, 1995, p. 53-61.

¹²⁴ . Ver a respeito: CASTLEMAN, Barry J. Double standard for Industrial Hazards. *Int. J Health Serv.*, v. 13, n.1, p. 5-14, 1983.

¹²⁵ . LAURELL, *op. cit.*, 1985, p. 256.

Por isso, ela vincula reivindicações imediatas, já conquistadas pela classe operária dos países capitalistas centrais, com propostas de transformações sociais e políticas.

O traço marcante de tal processo de industrialização, quando visto do lado dos trabalhadores associa uma ruptura com formas passadas de produzir e viver, agora hegemônica pela grande indústria multi-nacional de bens de consumo duráveis e pelo processo de urbanização, com a extrema exploração da força-de-trabalho, possível em função do imenso exército industrial de reserva existente. Assim, os trabalhadores lutam ainda pela regulamentação da jornada de trabalho e pelo salário, além de, sincronicamente, defenderem sua saúde e integridade física, através da luta pela melhoria das condições gerais de trabalho.

Apesar de não existir uma clareza dos efeitos deste complexo processo sobre a saúde dos trabalhadores, ressaltam dois indicadores: o número de acidentes do trabalho e o peso relativo da mortalidade por doenças crônicas.

O número de acidentes do trabalho tem uma evolução acelerada do final dos anos 60 até meados dos 70, constituindo-se num "indicador sensível do conjunto de riscos ocupacionais." (LAURELL, 1985) Daí porque a grande ação campanhista contra os acidentes do trabalho desenvolvida pelo Estado brasileiro a partir do início dos 70, o que será discutido no próximo capítulo. Quanto às doenças profissionais, estas revelam números baixíssimos, à época, o que indicaria um sub-registro patente pelas empresas e a ausência de uma política assistencial e preventiva por parte do setor de Saúde e da Previdência Social. (Ver Tabela 1)

Conforme refere TAMBELLINI (1984):

*"Separam-se, com respeito à população geral, as atividades preventivas de âmbito coletivo, (...) daquelas atividades de cura, de âmbito individual (...) Tal separação se mantém com respeito à população trabalhadora em relação aos agravos à saúde produzidos pelo trabalho, neste caso (...) a política de prevenção é formulada e fiscalizada pelo Ministério do Trabalho e executada à nível das empresas por serviços subordinados diretamente ao capital; o tratamento, a reabilitação e a indenização pelas perdas correm por conta da Previdência. Assim, o trabalhador comparte com a população em geral dos serviços públicos para a prevenção em geral e para o tratamento de suas doenças comuns usa dos serviços previdenciários. Por outro lado, deve assumir seu papel na política de prevenção específica em relação aos riscos do trabalho pelo Ministério do Trabalho que coloca na relação de cooperação: Homem (Trabalhador) - Empresa - Estado, a base dessa política e reserva ao trabalhador o papel passivo de obediência à disciplina empresarial."*¹²⁶ (grifos nossos)

A partir de meados dos anos 80, pode ser detectado um significativo corte histórico, quando se discute, em março de 1986, por ocasião da VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), a proposta de criação do Sistema Único de Saúde (SUS) que deverá coordenar as ações de saúde, agora alçada a condição de direito de cidadania, ações estas que também englobam a saúde do trabalhador.¹²⁷

¹²⁶ . TAMBELLINI, *op. cit.*, 1984, p. 11-13. Neste texto autora discorre sobre o "estado da arte" no Brasil, apontando o papel das instâncias de fomento à pesquisa e as influências de fora da academia para o avanço da área.

¹²⁷ . Esta linha é uma ratificação da tendência internacional que modifica o enfoque até então professado por instituições como a Organização Internacional do Trabalho (OIT) no que diz respeito às relações trabalho e saúde. Exemplo claro disso é o posicionamento de PARMMEGLIANI, diretor da OIT à época, em editorial de

Já no início dos anos 80, em São Paulo, vislumbra-se uma ação de alguns setores do movimento sindical - metalúrgicos, químicos, petroquímicos - no sentido de "cobrar" da rede de serviços de saúde pública, um envolvimento com as questões de saúde relacionadas ao trabalho, fato contemporâneo à criação, por parte também de dezenas de sindicatos de trabalhadores, do Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde e dos Ambientes de Trabalho (DIESAT), que terá importante atuação na discussão do rompimento com o assistencialismo médico existente dentro dos sindicatos, nefasta herança dos tempos do Estado Novo, numa perspectiva de superá-lo e colocando claramente que tal papel caberia à rede pública de saúde.¹²⁸

É importante aqui apenas lembrar, o que será retomado no capítulo 6, que a assessoria técnica do DIESAT junto ao Sindicato dos Trabalhadores Químicos e Petroquímicos do ABCD teve um importante papel na discussão da superação do assistencialismo sindical, contribuindo para que o Sindicato propusesse no ano de 1984 à Secretaria de Estado da Saúde o projeto do Programa de Saúde do Trabalhador Químico do ABC, primeira experiência com importante participação sindical em sua gestão.¹²⁹

Este envolvimento concretiza-se nos Programas de Saúde do Trabalhador (PSTs), planejados a partir de 1984 pela Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo e implantados em algumas regiões do estado a partir de 1985, como uma resposta à demanda do movimento social. Sintomaticamente recebem o nome de Saúde do Trabalhador e não Saúde Ocupacional, em função dos pressupostos que informam sua prática discursiva.

Tais premissas básicas eram a **participação dos trabalhadores** - em alguns casos na gestão, controle e avaliação; o **acesso às informações** obtidas a partir do atendimento; a possibilidade de desencadeamento da **vigilância nos locais de trabalho** geradores de danos à saúde; o **privilegiamento da percepção do trabalhador** como possuidor de um **saber**, como **sujeito** inserido no processo produtivo e não mero

1985, em que refere a preocupação do OIT em revisar a Recomendação nº 112/59 que tratava dos Serviços de Medicina do Trabalho nos locais de emprego, na perspectiva da adoção de um Convênio, isto é, um instrumento que deve ser incorporado à legislação dos países que o ratifiquem. Afirma ele que "Tal revisão era (...) justificada pelos desenvolvimentos que têm ocorrido durante o último quarto de século, não somente em questões técnicas e médicas, mas também em alguns conceitos básicos, tais como o da saúde e os direitos dos trabalhadores". Ver: PARMEGIANI, Luigi Occupational Health Services in 1984: a Prospective Model. *Am. J. Ind. Medicine*, n. 7, p. 91-92, 1985.

¹²⁸ . Ver a respeito: MENDES René Subsídios para um debate em torno da revisão do atual modelo de organização da Saúde Ocupacional no Brasil. *Rev. bras. Saúde Ocupacional*, v. 16, n. 64, p. 7-25, 1988., 1988, em cujo artigo o autor refere que o movimento sindical "... durante muito tempo esteve inibido, quer devido à intervenção direta do Estado, quer por sua cooptação por este, o que fez com que o Sindicato andasse entretido em atividades assistenciais, (...) especialmente no campo da saúde". (p. 20) Ainda segundo MENDES, este despertar dos sindicatos pelas questões de saúde no trabalho faz "parte de uma tendência universal", a qual repercutiu no Brasil, especialmente a partir da influência exercida pela experiência operária italiana, divulgada entre nós por inúmeras publicações como: BASAGLIA, Franco (org.) et al. *La salud de los trabajadores: aportes para una política de la salud*. México: Nueva Imagen, 1981, BERLINGUER, *op. cit.*, 1978 e *op. cit.*, 1983, ODDONE, et al., *op. cit.*, 1986, RICCHI, Renzo La Muerte Obrera: investigación sobre los homicidios blancos y los accidentes de trabajo. México: Nueva Imagen, 1981. Esta influência foi além da abordagem metodológica do processo saúde-doença e trabalho, englobando também a questão da organização dos serviços de saúde pública, na perspectiva de sua intervenção neste processo, conforme propunha o movimento pela Reforma Sanitária italiana.

¹²⁹ . Conforme entrevista gravada, concedida ao autor por M, dirigente sindical químico e diretor da CUT nacional, em 13/04/94.

consumidor dos serviços de saúde, de medicamentos, de condutas, tendo como pano de fundo a compreensão de que o processo de trabalho traz danos à saúde que ultrapassam o horizonte de visibilidade da Saúde Ocupacional, que restringe os riscos laborais a agentes físicos, químicos, biológicos, numa visão ambientalista de causação, percebendo outras determinações para o sofrimento, o mal-estar e a doença, relacionando-as às relações sociais que se estabelecem no processo produtivo.¹³⁰

Partindo da premissa do "conhecimento compartilhado" entre técnicos e trabalhadores, o que confere um estatuto de positividade ao "saber operário" que se encontra no espaço do "senso comum", a questão das políticas públicas subsidiadas por este campo de prática-teórica, deveria considerar a experiência dos serviços de saúde no momento em que passam a incorporar a atenção¹³¹ à saúde da população economicamente ativa e/ou que trabalha. Isto ocorre de forma programática, com a gestão participativa dos trabalhadores, estabelecendo-se uma nova e complexa rede de poderes e forças,¹³² e que incorpora a participação da "clientela" no que se denominou, dentro da realidade do Brasil -particularmente no Estado de São Paulo, espaço-objeto desta tese - de Programas de Saúde dos Trabalhadores (PSTs)¹³³, numa perspectiva que consubstancia as proposições formuladas e preconizadas pelo "Movimento Sanitário" em sua luta pela Reforma Sanitária brasileira.

Frise-se que tais proposições, legitimadas durante a VIII Conferência Nacional de Saúde e I Conferência Nacional de Saúde dos Trabalhadores, realizadas em 1986, adquiriram um certo desvio de "rumos" o que vem sendo criticado e "salientado no 'revisonismo' expresso hoje sobre a Reforma Sanitária, conforme observação de FLEURY (1992)

... ao não questionar o modelo médico de atenção à saúde, o projeto reformador acaba por perder o seu conteúdo de radicalidade democrática, de desalienação, para enquadrar-se

¹³⁰ . Ver a respeito: FREITAS, LACAZ e ROCHA, *op. cit.*, 1985; NAVARRO, *op. cit.*, 1982, STOTZ, Eduardo N. & NETO CRUZ, O. Processo de Trabalho e Saúde - o caso de trabalhadores em curtime. In: COSTA, Nilson do R.; RAMOS, Célia L.; MINAYO, Maria C. e STOTZ, Eduardo N. (orgs.) *Demandas Populares, Políticas Públicas e Saúde*, v. II, Rio de Janeiro: VOZES-ABRASCO, 1989.

¹³¹ . Entende-se por atenção a articulação e a integração entre a assistência e a vigilância.

¹³² . Ver a respeito da noção de rede de poderes e jogo de forças em Foucault, MACHADO, Roberto *Por uma genealogia do poder*. In: FOUCAULT, *op. cit.*, 1982, p. VII-XIII.

¹³³ . A este respeito é fundamental chamar a atenção para o fato de que tais Programas são chamados de Saúde do Trabalhador e não de Saúde Ocupacional, entende-se, dados os pressupostos que informam sua definição naquele momento histórico. Como premissas básicas podem ser colocadas a participação dos trabalhadores, inclusive na gestão, controle e avaliação; o acesso às informações obtidas através do atendimento, tornando público o privado; o desencadear de ações de vigilância sobre os ambientes e condições de trabalho; o reconhecimento do saber do trabalhador, aqui visto como sujeito do processo de trabalho, ou seja, como produtor e não apenas como um tradicional consumidor de serviços de saúde, de medicamentos, prescrições e normas e, finalmente, a compreensão de que o processo de trabalho determina efeitos para a saúde que ultrapassam o horizonte de visibilidade da Saúde Ocupacional que restringe os riscos laborais aos agentes físicos, químicos, biológicos e mecânicos numa visão ambientalista de causação, que não percebe outras determinações do sofrimento, do mal-estar e da doença relacionadas às relações sociais e de poder que se estabelecem no processo de produção. Ver: Secretaria de Estado da Saúde/Instituto de Saúde e Sindicato dos Trabalhadores nas Indústrias Químicas e Farmacêuticas de Santo André/DIESAT *Programa de Atenção à Saúde do Adulto: Programa de Atenção à Saúde do Trabalhador Químico do ABC*. São Paulo, 1984. 18 p. [mimeo]

como razão administrativa que, destematizando a potencialidade política e conflitiva deste processo, acaba por acarretar a passividade consumista dos cidadãos." 134

Trata-se de experiência recente na qual a rede pública de serviços de saúde incorpora a atenção à saúde dos trabalhadores na perspectiva de ações de promoção, diagnóstico, tratamento e prevenção dos agravos à saúde originados no processo de trabalho.

Mesmo considerando-se que são experiências programáticas que se desenvolvem basicamente no Brasil, 135 fazem parte de uma tendência internacional que preconiza a incorporação de "ações de saúde ocupacional na rede de serviços de saúde pública", conforme posição assumida pela Organização Internacional do Trabalho (OIT), que a partir de 1985 propõe a criação dos *Serviços de Saúde no Trabalho*, com ampla participação dos trabalhadores, como política pública, posição esta também defendida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) quando, em 1982, patrocinou reunião de Grupo de Trabalho o qual concluiu que

"... a preocupação básica dos serviços de saúde ocupacional tem sido tradicionalmente a saúde do trabalhador em relação às suas condições de trabalho... [mas]... a tendência moderna é a de ampliar essa preocupação (...), considerando a saúde dos trabalhadores como um todo e desenvolvendo parâmetros para a sua integração nos serviços de saúde dos países..." (grifos nossos)

A par da tautologia, que confunde significado e significante, a postura toma-se mais clara com a decisão do órgão regional a partir de 1983, ocasião em que a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) publica o documento *Programa de Acción en Salud de los Trabajadores*.

Ainda em 1984, no Seminário "Actividades de Salud Ocupacional en la Red de Servicios de Salud" patrocinado pela OPAS em Campinas, para discussão do tema, documento preliminar de trabalho apresentado como apoio para as discussões e elaborado por consultores do órgão coloca a necessidade de

"... passar do conceito de saúde ocupacional para o de saúde dos trabalhadores para enfrentar a problemática saúde-trabalho como um todo, onde se conjuguem fatores econômicos, culturais e individuais para que se possa produzir um resultado que é a saúde de uma sociedade, de um país, de um continente..." 136

134 . FLEURY (org.), *op. cit.*, 1992, p. 10 e LACAZ, Francisco Antonio de Castro Reforma Sanitária e Saúde do Trabalhador. *Saúde e Sociedade*, v. 3, n. 1, p. 41-59, 1994.

135 . Ver a respeito: DOUGLAS, Joice Lenora Dissertação (Mestrado) *Contribuição para caracterização da enfermagem que atua na assistência à Saúde do Trabalhador na América Latina*. Departamento de Saúde Ambiental, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 1992 [mimeo]. Neste estudo a autora, a par de perpetrar uma série de equívocos teórico-conceituais com os termos Saúde Ocupacional, Saúde do Trabalhador, Saúde e Segurança do Trabalhador, o que demonstra a necessidade de se definir claramente os enunciados e as formações discursivas que embasam cada uma deles, aponta a existência de experiências de PSTs ao nível da rede básica de saúde em outros países da América Latina, além do Brasil, como: Argentina, na província de Rio Negro e Colômbia onde se desenvolve "Um modelo de assistência primária em Saúde Ocupacional, [que] está tendo início com apoio da OPS, Instituto de Seguro Social e Ministério da Saúde." p. 41

136 . SANDOVAL O., Hernan *Actividades de Salud Ocupacional en la Red de Servicios de Salud - Marco Conceptual. Documento de Trabajo n. 2. Seminario/Taller "Actividades de Salud Ocupacional en la Red de Servicios de Salud". OPAS/OMS, Campinas 12-15 de marzo de 1984. [mimeo]* A importância de evento é atestada pela participação de representantes da Argentina, Bolívia, Brasil, Chile, Colômbia, Costa Rica, Cuba,

Tal preocupação se consubstancia de forma mais abrangente, posteriormente, em nível mundial, com a criação do Comitê Assessor da OMS em Saúde do Trabalhador que se reúne pela primeira vez em 1988 em Genebra.¹³⁷

Se, ao nível internacional existe uma postura que preconiza a abordagem que supere a visão da Saúde Ocupacional substituindo-a pela Saúde dos Trabalhadores, como parte de uma tendência que coloca a saúde como direito (PARMEGIANNI, 1986 e 1988)¹³⁸ dado o avanço das conquistas dos trabalhadores; interessa investigar que elementos da realidade brasileira têm contribuído para se "criar as condições de emergência" deste discurso entre nós, para a cristalização desta proposta programática e, particularmente, em São Paulo. A busca destas condições dar-se-á no espaço onde estariam se entrecruzando as "práticas discursivas [e] extra-discursivas" da Academia, dos Serviços de Saúde e do Movimento Social dos trabalhadores, considerados os vetores que contribuem para a consolidação destes saberes e práticas. A temática da programação em Saúde do Trabalhador, ao nível da rede de serviços de saúde pública no Estado de São Paulo será analisada no capítulo 5.

Alguns autores têm procurado identificar mais especificamente os *loci* que vêm contribuindo para a consolidação deste campo do conhecimento não somente do ponto de vista da formulação teórico-metodológica como da prática dos serviços de saúde pública. Os locais por eles apontados situam-se ao nível da Academia, mais particularmente, segundo MENDES (1986), no Departamento de Saúde Ambiental da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo e nos Departamentos de Medicina Preventiva e Social de algumas Faculdades de Medicina, enquanto que para TAMBELLINI (1984) o *locus* privilegiado de formulação seriam os Departamentos de Medicina Preventiva e Social.¹³⁹

Equador, México, República Dominicana, Venezuela, além dos representantes da OMS e OPAS e da Unicamp/Núcleo de Ecologia Humana.

¹³⁷ . Existem vários documentos produzidos pela OMS e OPAS a respeito do tema os quais citamos em ordem cronológica e que expressam a mudança de discurso destas entidades ao longo dos últimos 20 anos. A este respeito, consultar: WORLD HEALTH ORGANIZATION *Meeting on Organization of Health Care for Small Industries*. Geneva, 22-27/07/1975; ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE *Seguridad e Higiene Ocupacionales en la America Latina y el Caribe*. Lima, Peru, nov./ 1978 e *Salud Ocupacional en la America Latina y el Caribe: Consideraciones sobre algunos problemas, alternativas, tendencias y desafios para su promocion*. Caracas, Venezuela, oct./ 1981; WORLD HEALTH ORGANIZATION *Primary Health Care and Working Populations*. Geneva, 13-16/04/1982; ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD Seminario/Taller "Actividades de Salud Ocupacional en la Red de Servicios de Salud". Campinas (SP), Brasil, 12-15/03/1984 e *Programa Mediano Plazo de Salud de los Trabajadores*. Mexico, 30/10-02/11/1985; ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE SALUD *Relatório I Reunião do Comitê Assessor da OMS em Saúde dos Trabalhadores*. Genebra, 15-19/02/1988. [mimeo]

¹³⁸ . PARMEGGIANI, Luigi, médico, foi durante vários anos Diretor Geral da Organização Internacional do Trabalho (OIT). Ver, de sua autoria: *Occupational Health Services in 1984: A Prespective Model*. *American J Ind Medicine*, n.7, p. 91-92, 1985 e *Evolução dos Conceitos e Práticas de Medicina do Trabalho*. *Saúde & Trabalho*, n. 2, n. 2, p. 3-13, 1988, em que o autor faz uma análise da evolução dos conceitos nesta área e aponta para algumas categorias fundamentais: a saúde como direito e a participação dos trabalhadores, como tendências internacionais a serem adotadas.

¹³⁹ . Para TAMBELLINI, A.T., *op. cit.*, (1984) a identificação dos acadêmicos que atuam na área poderia ser feita de duas maneiras, isto é: "... os grupos emergentes [que] constituem-se ao se fazerem notar ao mesmo tempo em várias instituições de maneira similar quanto à teorização que introduzem na discussão do seu objeto de estudo. Isto redundará numa abordagem complexa, (...) multidisciplinar e, ao mesmo tempo, ampla, desde que utiliza a categoria trabalho em diferentes níveis de abstração, como categoria nodal do processo de determinação da doença na população. E, assim, não se restringem ao enfoque da Medicina e Segurança do

Internacionalmente, quanto aos serviços de saúde MENDES (1986) ¹⁴⁰ aponta para a falência do modelo hegemônico existente e representado pelos Serviços Médicos de Empresa (SMEs), que já haviam sido motivo de estudo de NOGUEIRA (1967)¹⁴¹ quando em sua tese de doutoramento analisou a atuação destes serviços em empresas do município de São Paulo, tendo concluído pela sua ineficácia e inoperância como órgãos de promoção e prevenção, como já foi referido.

É ainda MENDES (1986) que, em sua tese de Livre-Docência, enumera algumas razões que explicam a falência do modelo, referindo-se particularmente à sua pouca credibilidade junto aos trabalhadores pela prática constante de não revelar resultados de exames, de manipular informações de saúde, de contribuir para a demissão dos não hígidos, de atuar no controle da força de trabalho, além da sua baixa cobertura já que legalmente são obrigatórios apenas nas empresas de maior porte, conforme definido pela Portaria 3214/78 do Ministério do Trabalho, em vigor.

Por outro lado, além disso, ao nível do Movimento Sindical de trabalhadores, também há contribuições para a mudança.

Para MENDES (1986) a influência exercida sobre o movimento sindical brasileiro, pela divulgação do Modelo Operário Italiano (BERLINGUER, 1978, 1983; LAURELL, 1984; ODDONE et. al., 1986; BIOCCA & BERLINGUER, 1987; LAURELL & NORIEGA, 1989) ¹⁴² a partir de final dos anos 70, propicia o início de um processo de luta pela melhoria das condições de trabalho e em defesa da saúde no trabalho, no sentido de superar o estágio economicista das reivindicações pelo recebimento dos adicionais de insalubridade, o que ficou conhecido como "monetização do risco". ¹⁴³

Como resultante deste processo ocorre a criação em 1980, pelo movimento sindical de trabalhadores, do Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde e dos Ambientes de Trabalho (DIESAT), organismo de assessoria

Trabalho ou Saúde Ocupacional ou Ergonomia, como áreas de limites restritos que tornam o conceito científico do acidente-doença produzida pelo trabalho subordinado (...) à categoria jurídico-legal - acidente e doença do trabalho. Nos grupos tradicionais estes limites são mantidos de alguma maneira, se não por outras razões, pelo menos por força de permanência de estruturas mais antigas de organização da área". (p. 29)

¹⁴⁰ . Ver a respeito, especialmente: MENDES, *op. cit.*, 1986.

¹⁴¹ . Ver a respeito: NOGUEIRA, *op. cit.*, 1967. Como já foi referido neste estudo autor faz uma análise da prática dos SMEs num período anterior à própria exigência legal para sua existência, concluindo pela inoperância dos mesmos quanto aos aspectos de promoção e prevenção.

¹⁴² . Particularmente em função de intercâmbio entre técnicos e sindicalistas brasileiros e italianos nos anos 70/80, iniciado com a vinda de Giovani Berlinguer ao Brasil em 1977, dá-se a disseminação do Modelo Operário desenvolvido pelo movimento sindical italiano, com apoio de técnicos militantes, em meados dos anos 60, contra a nocividade do trabalho e defesa da saúde, pilar importante da luta pela implantação do Sistema Nacional de Saúde como parte da Reforma Sanitária italiana, o qual vai ter influência marcante sobre setores importantes de técnicos e dirigentes sindicais que passam a militar na área da saúde e trabalho. A este respeito ver: BERLINGUER, *op. cit.*, 1978 e 1983. Para uma análise mais crítica e atual do Modelo Operário italiano consultar BERLINGUER, Giovani & BIOCCA, Marco Recent Developments in Occupational Health Policy in Italy. *Int. J. Health Services*, v. 17, n. 3, p. 455-474, 1987 e LAURELL, & NORIEGA, *op. cit.*, 1989, particularmente cap. 2 e 3.

¹⁴³ . A respeito das mudanças protagonizadas pelo movimento sindical italiano na superação da "monetização do risco", consultar BERLINGUER, *op. cit.*, 1978. Sobre as experiências iniciais do movimento sindical no Brasil dentro desta perspectiva de superação, consultar LACAZ, Francisco Antonio de C. *Saúde no Trabalho*. Dissertação (Mestrado) Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina de São Paulo, Universidade de São Paulo e RIBEIRO & LACAZ (orgs.) *op. cit.*, 1985.

técnica em saúde e trabalho, (LACAZ, 1983)¹⁴⁴ que seriam juntamente com o Departamento Intersindical de Estudos Estatísticos e Sócio-Econômicos (DIEESE), para COSTA (1989)

"...exemplos de articulação técnico-política que tornaram extremamente elaborada a defesa do poder salarial e da cidadania dos trabalhadores..."¹⁴⁵

No mesmo sentido contribui a **ampliação** das cláusulas de saúde e segurança nos acordos coletivos de trabalho de várias categorias de trabalhadores desde final dos anos 80; a **criação** de assessorias técnicas em saúde e condições de trabalho pelos próprios sindicatos e a **superação** do assistencialismo médico nos sindicatos. No mesmo sentido situa-se o movimento que culminou, frise-se, com a promulgação da Constituição Federal de 1988, iniciado pela VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS) em 1986 e na continuidade, a I Conferência Nacional de Saúde dos Trabalhadores, no mesmo ano, processo este que consagrou a saúde como **direito**, seguindo a tendência internacional já referida, ancorada na discussão da **universalização do direito à saúde**. No bojo deste debate a VIII CNS dá um estatuto positivo ao tema, assumindo como tema central naquela oportunidade a **Saúde como Direito**.¹⁴⁶

As possibilidades de emergência de tais discursos relacionados a **direitos** se viabilizam na dependência da correlação de forças políticas existentes em cada sociedade concreta. Nesta perspectiva, um dos direitos que podem ser **negociados e conquistados** é a retirada do domínio da empresa sobre o controle e a tutela da sua saúde, conforme tem sido a prática dos Serviços Médicos de Empresas. (TEIXEIRA & OLIVEIRA, 1978; POSSAS, 1981; MENDES, 1986 e 1988)¹⁴⁷

Uma "lição" que a experiência histórica recente no Brasil mostrou é que nesta busca por **direitos**, os trabalhadores elegem o Estado como **interlocutor**, não mais (ou apenas) no sentido de facilitar ou viabilizar a acumulação, numa visão meramente instrumental ou estrutural-funcionalista do papel do Estado, como viam alguns estudiosos nos anos 60-70, conforme revela FLEURY (1994)¹⁴⁸ mas, como espaço de luta **política** pela incorporação dos interesses dos dominados, na perspectiva de construção de uma contra-hegemonia ao planejar e executar políticas públicas que atendam às demandas sociais dos trabalhadores organizados, dentro da noção de "políticas públicas" (AUGUSTO,

¹⁴⁴ . Ver a respeito: LACAZ, *op. cit.*, 1983, particularmente caps. III e IV.

¹⁴⁵ . COSTA, Nilson do R. Transição e Movimentos Sociais: contribuição ao debate da Reforma Sanitária. In: COSTA, Nilson do R.; MINAYO, Cecília S.; RAMOS, Célia L. e STOTZ, Eduardo N. (orgs.) *Demandas Populares, Políticas Públicas e Saúde*. Petrópolis: VOZES-ABRASCO, v. I, 1989. p. 62.

¹⁴⁶ . Ver a respeito: BRASIL/Ministério da Saúde Conferência Nacional de Saúde, VIII, *Relatório Final*. Brasília, DF, 1986. [mimeo] No referido Relatório desse marcante e histórico evento está expresso que "o trabalho em condições dignas, com amplo conhecimento e controle dos trabalhadores sobre o processo e ambiente de trabalho", é um pré-requisito fundamental para o pleno exercício do acesso à saúde. Frise-se que posteriores eventos de massa, como a I Conferência Nacional de Saúde dos Trabalhadores de dezembro de 1986 e a própria Assembléia Nacional Constituinte, consagram a proposta de que o Sistema Único de Saúde (SUS) deve incorporar as ações e órgãos de **Saúde do Trabalhador**, o que poderia pressupor o fim da dicotomia de ações de instituições oficiais que atuam na área.

¹⁴⁷ . Ver a respeito: TEIXEIRA & OLIVEIRA, *op. cit.*, 1978, POSSAS, Cristina A. *Saúde e trabalho: a crise da previdência social*. Rio de Janeiro: Graal, 1981 e MENDES, *op. cit.*, 1986 e 1988.

¹⁴⁸ . Ver a respeito: FLEURY, Sonia *Estado sem cidadãos: seguridade social na América Latina*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994, especialmente capítulo I.

1989)¹⁴⁹ visando implementar propostas na área da saúde pública que permitissem, inclusive, a gestão e o controle social compartilhado. Neste sentido, estabelece-se a **vertente programática** da Saúde do Trabalhador, configurada nas experiências dos Programas de Saúde dos Trabalhadores que visaria, dentre outros propósitos, retirar das empresas a **tutela** da saúde dos que trabalham, dando-lhes o **direito** de exercer um controle sobre a própria saúde, a partir de sua inserção nos serviços de saúde como **produtores**, o que até o final dos anos 70 e início dos 80 não acontecia, dentro da abordagem da Previdência Social através do INAMPS. (FREITAS et al., 1985, PIMENTA e CAPISTRANO FILHO, 1988; COSTA et al., 1989 e DIAS, 1994)¹⁵⁰

Assim, para se pensar a especificidade da Saúde do Trabalhador como prática teórica (geração de conhecimento) e como prática política e ideológica (visando superar relações de poder e a conscientização dos trabalhadores), é necessário frisar que ela emerge associada à **maturação** da industrialização e à forma particular que esta assume na América Latina, nos anos 70, o que traz consigo o surgimento de uma classe operária industrial.

Ainda conformando esse pano de fundo, agregam-se ao fim dos 'milagres econômicos', os cortes em gastos sociais e o aumento do desemprego e do sub-emprego estrutural, exacerbado nos anos 90, pela reconversão tecnológica e a globalização da economia.¹⁵¹

O fato marcante, contudo, nos anos 70, foi o surgimento desse sujeito social, ou seja a classe operária industrial que se conforma em força social e política e que faz alianças com setores médios, particularmente os intelectuais situados fora e dentro da Universidade.

Em São Paulo, exemplos dessa articulação são as Semanas de Saúde do Trabalhador, realizadas a partir de 1979, resultado da ação conjunta de sindicatos de trabalhadores, inclusive dos médicos e de técnicos da área da saúde pública. Desdobramento dessa iniciativa é a criação do DIESAT em 1980 e a implantação de vários grupos de assessoria técnica nos sindicatos para tratar das questões relacionadas à saúde e trabalho, na linha da **superação** do velho assistencialismo sindical, construído durante o estado corporativista e populista. Data desse período também, a celebração de cláusulas nas negociações entre o patronato e sindicatos - particularmente do setor químico e

¹⁴⁹ . Ver a respeito: AUGUSTO, Maria Helena O. Políticas Públicas, Políticas Sociais e Políticas de Saúde: algumas questões para reflexão e debate. *Tempo Social*; Rev. Sociol. Usp, S. Paulo, v. 1, n.2, p. 105-119, 1989.

¹⁵⁰ . Dentre trabalhos e estudos que discutem propostas e experiências programáticas de saúde pública em Saúde do Trabalhador, ver: FREITAS, LACAZ, & ROCHA, *op. cit.*, 1985, PIMENTA, Aparecida L. & CAPISTRANO FILHO, David (orgs.) *Saúde do Trabalhador*. São Paulo: HUCITEC, 1988; COSTA, Danilo F. et al. *Programa de Saúde dos Trabalhadores - A Experiência da Zona Norte: Uma alternativa em Saúde Pública*. São Paulo: HUCITEC, 1989 e DIAS, Elizabeth Costa *A Atenção à Saúde dos Trabalhadores no Setor Saúde (SUS), no Brasil: Realidade, Fantasia ou Utopia?* Tese (Doutoramento), Departamento de Medicina Preventiva e Social, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, 1994. 324 p. [mimeo]

¹⁵¹ . Ver a respeito das mudanças nos processos de trabalho, à luz desta reestruturação: MARTINS, Heloisa de Souza & RAMALHO, Jorge R. (orgs.) *Terceirização: diversidade e negociação no mundo do trabalho*. São Paulo: HUCITEC-CEDI/NETS, 1994; OLIVEIRA, Carlos A.B., MATTOSO, Jorge E.L.; SIQUEIRA NETO, José F.; POCHMANN, M. e OLIVEIRA, M.A. de (orgs.) *O Mundo do Trabalho: Crise e mudança no final do século*. São Paulo: PÁGINA ABERTA LTDA., 1994; ANTUNES, Ricardo *Adeus ao Trabalho?: ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho*. São Paulo: Cortez; Campinas: Editora da UNICAMP, 1995 e SILVA, José P. A Crise da Sociedade do Trabalho em Debate. *Lua Nova*, n. 35, p. 167-181, 1995.

metalúrgico - relativas a melhoria das condições de trabalho e da representação sindical nos locais de trabalho, como as Comissões Internas de Prevenção de Acidentes (CIPAs) e a defesa da saúde.

Finalmente, ao nível da Academia, segundo alguns autores ¹⁵², também observar-se-ia um movimento que impulsiona estudos dentro dessa temática, particularmente com o novo enfoque trazido da MSL, dentro dos Departamentos de Medicina Preventiva e Social, a partir do privilegiamento da incorporação das ciências sociais, acoplada à abordagem da determinação social do processo saúde/doença, com a categoria trabalho assumindo importância nodal, apesar do relativo atraso com que tais instituições incorporaram estudos sobre essa problemática, como que sendo impulsionados pela realidade social a embarcar no trem desta história. ¹⁵³

¹⁵² . Ver a respeito: TAMBELLINI, *op. cit.*, 1984, MENDES, *op. cit.*, 1986 e 1988.

¹⁵³ . A propósito, é digno de nota assinalar que em levantamento de 30 Dissertações de Mestrado e Teses de Doutorado elaboradas nos Departamentos de Medicina Preventiva e Social de Faculdades de Medicina da Usp de São Paulo e Ribeirão Preto e Unicamp, no período de 1974 a 1995, relacionadas ao tema saúde-trabalho, é apenas em 1981 que surge o primeiro estudo, a Tese de Doutorado de GOLDBAUM, M. *Saúde e Trabalho: a Doença de Chagas no Setor Industrial*, defendida naquele ano na Faculdade de Medicina de São Paulo da Usp, na qual é adotada uma abordagem nessa linha.

Capítulo II

A ARQUEOLOGIA E A GENEALOGIA DE MICHEL FOUCAULT E O ESTUDO DAS RELAÇÕES SAÚDE E TRABALHO. QUESTÕES METODOLÓGICAS.

2.1. Introdução.

Ao se adotar a análise dos discursos, saberes, poderes e práticas - referentes às relações entre saúde e trabalho - com base nos estudos de Michel Foucault, uma primeira questão (ou complicação) a ser considerada é que sua abordagem, como o próprio autor refere, não se constitui completamente numa **teoria** e/ou numa **real metodologia**.¹ Busca-se, então, a perspectiva de definir o lugar em que o analista, o investigador, deve colocar-se para desvelar a existência do discurso dito científico e como se dá seu funcionamento nas sociedades.²

Para este autor, trata-se da "démarche" de pensar como se constituem os discursos que, como refere AROUCA (1975), são

*"... um conjunto de enunciados que provêm de um mesmo sistema de formação, (...) de uma mesma formação discursiva."*³

Através da análise arqueológica, o que se vai buscar são as condições de possibilidades da existência de um discurso - conceitos, enunciados, saberes, formações discursivas - ou seja, a definição da positividade de um determinado discurso. Melhor explicando, tentar perceber as condições que dão suporte para determinados discursos, bem como para sua **permanência** ou **modificação**.

Já num momento seguinte e complementar, interessa também apreender por **quê** aparecem e "produzem práticas de sujeição e as explicações deste processo", o que seria o objeto da análise **genealógica do poder** (e do saber).⁴

Assim, para estudar-se a história dos saberes, de um campo de conhecimento ou das ciências, é preciso superar a idéia de suas 'origens' e de seus 'precursores' para debruçar-se sobre uma estratégia que considere que

*"... a história de um conceito é a de seus diversos campos de constituição e validade, (...) suas regras sucessivas de usos, dos meios teóricos e múltiplos em que prosseguiu e se acabou sua elaboração."*⁵

Além disso, numa outra linha, é preciso conceber

*"... que a história das ciências é, basicamente, a história das idéias e de que estas encontram sua especificidade na relação que possuem com a estrutura social que as gerou e permitiu seu aparecimento."*⁶ (grifos nossos)

Assume-se então como premissa a **hipótese de trabalho**, de que o campo da **Saúde do Trabalhador**, seria uma nova abordagem e um novo enfoque do ponto de vista **conceitual**, emanado do setor saúde (coletiva) a propósito do estudo e da

1. Esta formulação é apresentada por AROUCA no capítulo "Metodologia" de sua tese de doutoramento datada de 1975 e já citada.

2. Ver a respeito: FOUCAULT, Michel *A Arqueologia do Saber*. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1987. 3ª edição.

3. AROUCA, *op. cit.*, 1975, p. 40.

4. Ver a respeito SINGER, H. "A genealogia como procedimento de análise". In: ADORNO, Sérgio (org.) Michel Foucault, *Escritos*, n. 1, p. 17-27, 1994.

5. FOUCAULT, *op. cit.*, 1987.

6. AROUCA, *op. cit.*, 1975, p. 3.

intervenção/transformação das relações trabalho e saúde-doença, na medida em que procura estabelecer uma outra articulação com os grupos sociais numa sociedade que passa por mudanças importantes do ponto de vista político e social, tendo como pano de fundo a realidade brasileira do final dos anos 70 e início dos 80. Mais ainda, coloca-se como um contra-ponto aos saberes e práticas da abordagem/formulação **hegemônica**, representada pela Saúde Ocupacional/Medicina Ocupacional ou do Trabalho, objetivando **disputar** esta hegemonia e prática a partir de *locus* diverso.

Nesta perspectiva, para construir sua **identidade**, vai buscar idéias e conceitos a partir das formulações de um feixe de discursos dispersos formado pela Medicina Social latino-americana, na positividade da **determinação social** do processo saúde-doença; Saúde Pública em sua **vertente programática** voltada para os serviços e na Saúde Coletiva ao abordar a configuração do sofrer, adoecer e morrer a partir de **classes e frações** de classes inseridos diferentemente no processo produtivo. Tais discursos transpassam-se para constitui-la. Constituí-la enquanto "formações discursivas" cujos estatutos apresentam limiares de "positividade"; "epistemologização"; "cientificidade" e "formalização".⁷

2.2 O Estudo das Relações entre Saúde e Trabalho pela Analítica de FOUCAULT.

Na História Arqueológica, o ponto de **partida** é o do **corte** entre os discursos caracterizados por sua positividade e categorias que **não são** em sua totalidade ciências. Assim, o problema a ser enfrentado é definir

*"... a que discurso se dirige a análise arqueológica, aos discursos científicos, pré-científicos ou pseudo-científicos?"*⁸

Para FOUCAULT (1987), a análise arqueológica transita pelo eixo que vai da prática discursiva, passando pelo saber, até chegar na ciência.

O saber é um conjunto de elementos (objetos, formulações, conceituações e escolhas teóricas) que partem de uma mesma positividade, dentro do campo de uma formação discursiva unitária.

Segundo AROUCA (1975) o saber é **produto** de certa prática discursiva⁹, sendo necessário então fazer a diferenciação entre os domínios científicos e os espaços arqueológicos.

⁷. Para FOUCAULT, em *A Arqueologia do Saber* (1987), quando se fala de enunciados, entende-se por seu limiar de: a) "positividade" a individualização/autonomização, o momento em que existe um só sistema de formação dos enunciados, ou em que eles se transformam; b) "epistemologização" um grau mais acabado de formalização, quando se diferencia um conjunto de enunciados que procura fazer valer normas de verificação e coerência, exercendo em relação ao saber, uma dominância; c) de "cientificidade" uma evolução em que os enunciados não seguem apenas somente as regras arqueológicas de formação, mas obedecem leis de construção das proposições e d) "formalização" o grau mais acabado do "discurso científico" em que se define as premissas universalmente aceitas como verdadeiras e que lhe servem, seus elementos de uso e as transformações que acolhe.

⁸. AROUCA, *op. cit.*, 1975, p. 44.

⁹. As práticas discursivas constituem-se como um corpo de regras "anônimas, históricas, sempre determinadas no tempo e no espaço, que definiram, em uma época dada e para uma (...) área social, econômica, geográfica ou linguística, as condições de exercício da função enunciativa." (AROUCA, 1975, p. 40) Trata-se, então, da

O que é científico compõe-se de definições que seguem determinadas "leis de construção." Enquanto que no "território arqueológico" as definições situam-se em textos científicos e não-científicos e o saber pode situar-se em reflexões, normas, regulamentos institucionais e decisões de caráter político. ¹⁰

E, no eixo que percorre, a análise arqueológica encontra-se com as relações entre ideologia e discurso científico, sendo que as ciências funcionam como ideologia onde elas se recortam sobre os saberes. Ainda neste eixo a análise arqueológica vai se deparar de um lado com o saber e as formações discursivas e, de outro, com as ciências. ¹¹

Para estudar as relações entre os dois momentos o autor lança mão do que chama "análise da episteme." Este conceito permite então superar o que existe de específico em um discurso encontrando as relações, num dado momento histórico entre as ciências, quando analisadas sob o ângulo das "regularidades discursivas". ¹²

O que se procura afinal é descrever os

"... acontecimentos discursivos como formação discursiva [para] (...) encontrar as unidades aí existentes." ¹³

Dentro desta linha de formulação, aqui se coloca uma questão sobre o "estado da arte" do campo de conhecimento sob estudo e que se refere ao seu estatuto científico enquanto campo de saberes e práticas.

Situa-se em que estágio/limiar como campo teórico-conceitual e metodológico para a abordagem do real? Estaria ele ainda numa fase pré-conceitual dependente dos outros discursos? E quanto à sua capacidade metodológica para intervir nesta realidade, tem uma especificidade que o identifica e o autonomiza em relação às outras formas de abordagem das relações trabalho e saúde? As formulações e resultados que obtem, podem ser extrapoladas para explicar quadros gerais e realidades mais abrangentes?

A busca de respostas a tais indagações coloca-se ao nível da demanda social em que se insere, da rede de relações e objetos dos quais trata. Assim, o campo, para ter visibilidade, estaria sempre premido a afirmar-se como alternativa, particularmente ao dialogar com os serviços de saúde; o movimento social dos trabalhadores pela melhoria das condições/ambientes de trabalho e defesa da saúde e com a própria academia onde busca abrir espaço, num momento posterior, constituindo um

tentativa de construção de uma "teoria do enunciado". Nesta análise, devem ser também considerados os efeitos de raridade (determinação da possibilidade de aparecimento dos únicos significantes enunciados), exterioridade (o importante é que aquilo que se diz, não é dito de qualquer lugar) e acúmulo (a permanência, conservação, esquecimento e mesmo destruição dos enunciados). (cf. AROUCA, 1975, p. 41-42)

¹⁰ FOUCAULT, *op. cit.*, 1987.

¹¹ *Idem, Ibidem.*

¹² É isso que se observa, por exemplo, quando o capital lança mão do uso das "ciências do comportamento" para a seleção da mão de obra nos anos 30-40, procurando dotá-la de um aporte científico. A mesma estratégia é resgatada em meados dos anos 70, em plena febre do "milagre brasileiro", quando da aliança tecnoburocracia militar-empresariado a psicologia, a ergonomia e a profissiografia assumem o estatuto científico que possibilita empregar o homem melhor adaptado para determinada função, evitando insatisfações e afastando os inadequados.

¹³ AROUCA, *op. cit.*, 1975, p. 46.

intrincado de relações que a depender das respostas encontradas compõem uma "episteme".

O que se pretende, como já enunciado, é construir a história e constituição do campo no setor saúde, em São Paulo, a partir da articulação das três vertentes enunciadas: práticas de saúde, movimento social e produção acadêmica.

Diante do pressuposto de que é com estas três vertentes que vai constituir-se a Saúde do Trabalhador, interessa também caracterizá-la como um "movimento ideológico", na medida em que partiria de uma crítica da prática vigente na abordagem das relações trabalho-saúde para propor uma transformação na atitude dos profissionais da saúde em sua atuação como coletivo multi-profissional e interdisciplinar, reconhecendo no outro - o trabalhador - também um **saber** e o papel de **agente transformador** da realidade. Para isso, deverá formular maneiras diferenciadas de formar seus quadros técnicos e de produzir conhecimento, à semelhança de outros campos de saberes. Conforme refere AROUCA (1975) a propósito da Medicina Preventiva: (o que se adequaria também ao campo da Saúde do Trabalhador)

*"... todo movimento ideológico, (...) deve possuir um corpo coerente de idéias, articulado em um duplo aspecto."*¹⁴ (grifos nossos)

Vale dizer: criticar aquilo que procura superar, demonstrando sua **ineficiência** e ocupar o seu **espaço** ou outros com

*"... eficácia na solução dos problemas apresentados, mostrando a abertura de novas perspectivas não alcançadas pelo movimento anterior."*¹⁵ (grifos nossos)

Quando se considera então a Saúde Ocupacional/Medicina do Trabalho, é imperioso fazer a crítica de uma visão **reducionista** sobre a gênese dos agravos à saúde no trabalho, a qual

*"... não permite uma análise da essência da relação trabalho-saúde, nem tampouco identificar o que determina o aparecimento, o desenvolvimento (...) ou desaparecimento de conceitos médicos relacionados com o trabalho."*¹⁶ (grifos nossos)

Além disso, por estar baseada particularmente no conceito de **risco probabilístico** da interação do corpo que trabalha com agentes nocivos, de natureza química, física e biológica, que interatuam de maneira **isolada** com o hospedeiro (trabalhador) inserido num ambiente **externo** a ele e na abordagem médico-clínica, a-histórica e tecnicista cujo objetivo principal é o de monitoramento da saúde especialmente com vistas ao controle da força de trabalho, **não** reconhece no processo, na organização/divisão do trabalho e nas relações sociais voltadas para a valorização os elementos fundamentais na determinação do adoecer e morrer.

Crítica ainda aos modelos explicativos sobre a causalidade dos acidentes e doenças relacionados ao trabalho, que em geral imputam ao trabalhador a responsabilidade pelos agravos e pelas faltas ao trabalho.

¹⁴. *Idem, Ibidem*, p. 9.

¹⁵. *Idem Ibidem*, p. 10.

¹⁶. GARCIA, *op. cit.*, 1983, p. 5.

Do ponto de vista de quem fala e de onde fala, tais críticas têm sido formuladas, sistematizadas e problematizadas pelos autores filiados à corrente da Medicina Social latinoamericana, particularmente LAURELL; NAVARRO; GARCIA; BREIHL; TAMBELLINI; NORIEGA, dentre outros. (cf. referido no Capítulo 1)

Assim, ao buscar-se a construção do conceito de Saúde do Trabalhador - historicamente - deve-se privilegiar apreender a dimensão da **determinação social** do processo saúde doença, numa abordagem multi e interdisciplinar, multiprofissional e que privilegia o conhecimento do "outro" e sua participação ativa na troca de saberes, no diagnóstico de situação e na prevenção/intervenção, ao nível dos serviços de saúde. Agora o coletivo de trabalhadores é percebido como **produtor** e não mais como **consumidor** de condutas, prescrições/orientações, medicamentos, etc., como tradicionalmente a clientela é vista pelos serviços de saúde. Isto decorre da conceituação do trabalho

*"... como fonte de recursos, (...) que permite ao trabalhador satisfazer suas necessidades e expectativas (...) o trabalhador é considerado um assalariado ou consumidor com atributos, como por exemplo, renda, educação, status, todos eles associados à esfera da troca, distribuição e consumo, mais do que no mundo da produção. O trabalho como um atividade e uma relação social não aparece neste cenário teórico e os cidadãos são definidos como consumidores mais do que como produtores/trabalhadores."*¹⁷ (grifos nossos)

Seria então a Saúde do Trabalhador a **nucleação** de um grupo de disciplinas que **interagem** com o discurso precedente, produzindo novos embates, novas frentes de conflitos e produtos de emergência do discurso.¹⁸

Mas, também, de práticas em serviço, compartilhadas com a ação do movimento social de trabalhadores organizados.

Assim, considerando o objeto de estudo - Saúde do Trabalhador - como referido no capítulo anterior, um discurso **contra-hegemônico** e uma prática em **construção** a ele vinculada, por referência à Saúde Ocupacional-Medicina do Trabalho, parece apropriado utilizar a abordagem arqueológica - para a qual nas "regras de formação" do discurso interessa apreender o

*"... estatuto, o lugar institucional, a situação e os modos de inserção do sujeito que discursa."*¹⁹ - e genealógica,²⁰ na qual a preocupação é a análise das relações entre saber e poder. (FOUCAULT, 1994)

17. NAVARRO, *op. cit.*, 1982, p. 5.

18. Conforme AROUCA, *op. cit.*, 1975, p. 22.

19. FOUCAULT, Michel *O Nascimento da Clínica*. Rio de Janeiro: Forense, 1980. 2a. ed. Aqui interessa discutir de qual lugar institucional, de onde se fala, quem fala e que estatuto de legitimidade científica tem este saber.

20. Tais considerações encontram-se em MACHADO, Roberto Por uma genealogia do poder. In: FOUCAULT, Michel, MACHADO, Roberto (org.) *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1982, p. VII-XXII. 3ª. edição. Nesta introdução o autor analisa a genealogia de FOUCAULT como uma forma de pensar o poder não a partir do Estado, mas como uma rede de relações cotidianas, que fazem parte do micro-cosmo dos indivíduos e que não adquire sempre um caráter repressivo, mas sim uma positividade expressa numa espécie de cumplicidade que é o disciplinamento. Seria este um papel exercido pela Medicina do Trabalho, através da normatização dos procedimentos de controle médico no momento da admissão, durante a vida de trabalho, na demissão e no absentismo-doença. Tal prática tem sido cada vez mais questionada devido aos seus aspectos anti-éticos, medicalizantes, parciais e de baixa eficácia sanitária, especialmente desde meados dos 80, o que dentre outros desdobramentos insinuou a perspectiva do surgimento de um outro discurso relativo às relações

Aqui também vai interessar a caracterização das 'epistemes', ou seja,

*"...o conjunto de relações que se pode descobrir para uma época dada, entre as ciências, quando são analisadas ao nível das regularidades discursivas."*²¹

A utilização da abordagem "foucaultiana" também justifica-se porque estes "saberes" hegemônicos envolvem discursos e práticas - tomados da psicologia, das ciências do comportamento, da administração de recursos humanos - normatizadoras e "assujeitadoras" que se dirigem à disciplinar o corpo daquele que trabalha numa perspectiva de relações de poder positiva que procura:

*"... tornar os homens força de trabalho, dando-lhes uma utilidade econômica máxima; diminuição de sua capacidade de revolta, de resistência, de luta, de insurreição contra as ordens do poder, neutralização dos efeitos do contra-poder, isto é, tornar os homens dóceis politicamente. Portanto...; aumentar a força econômica e diminuir a força política."*²²

Frise-se que, no primeiro momento, com a História Arqueológica, FOUCAULT está preocupado em estudar

*"... as práticas discursivas, na medida em que dão lugar a um saber e em que este saber assume o estatuto e o papel da ciência."*²³ (grifos nossos)

Trata-se, então de saber como surgem, quais as condições de possibilidade de sua emergência, a fixação dos limites, correlações enunciativas e formas de exclusão dos discursos referentes à loucura, à clínica, às ciências humanas; bem como uma sistematização teórica sobre o próprio discurso, sem se preocupar com as hierarquias que se estabelecem entre os "elementos da infra-estrutura... a estrutura de classe (...) elementos da superestrutura ideológica."²⁴

Aqui a autor instaura uma visão da história que é descontínua, em que o não discursivo é tomado não presentificado.

No segundo, o da Genealogia, o que o preocupa são as relações entre poder e saber, um poder que assume

*"... formas mais regionais e concretas, investindo em instituições, tomando corpo em técnicas de dominação."*²⁵ (grifos nossos)

Não seriam os Serviços Médicos de Empresa dos anos 50-60 e, posteriormente, nos anos 70, os Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho, agora cristalizados pela legislação, um espaço privilegiado para o exercício desta dominação, contra os quais coloca-se a proposta de incorporação das

trabalho-saúde/doença de fora do espaço laboral, exercendo-se ao nível da rede básica de serviços de saúde, tornando público o que era mantido privado.

²¹. FOUCAULT, *apud* AROUCA, *op. cit.*, 1975, p. 33.

²². MACHADO, *op. cit.*, 1982. In: FOUCAULT, Michel *Microfísica do Poder*. Rio Janeiro: Graal, 1982. Introdução, p. XVI.

²³. FOUCAULT, *op. cit.*, 1987.

²⁴. O enunciado/função enunciativa em FOUCAULT tem algumas características tais como: é um acontecimento, que "deve ter existência material (...) [é a] unidade de análise no interior do (...) discurso [o que a remete] a um novo campo, qual seja, o constituído pelos acontecimentos não discursivos..." (AROUCA, 1975, p. 38)

²⁵. Ver MACHADO, *op. cit.*, 1982. In: FOUCAULT, *op. cit.*, 1982, p. XII.

ações de saúde-trabalho na rede de saúde pública a partir de uma estratégia em que o direito à participação e gestão dos trabalhadores é pressuposto básico?

De fato, dado o campo que se está abordando aqui, fica bastante claro que estas questões e preocupações adequam-se ao estudo de campos disciplinadores por excelência como a Medicina do Trabalho/Saúde Ocupacional e, entende-se, para apreender a estratégia de sua superação representada pela Saúde (Coletiva) Medicina Social-Saúde do Trabalhador.

Neste sentido, a Saúde do Trabalhador forma-se como objeto da arqueologia segundo suas "superfícies de emergência", ou seja, como um campo de conhecimento define do que fala, fazendo-o surgir, tomando-o nomeável e permitindo o estudo do seu aparecimento conforme níveis de racionalização, conceitos e teorias que adota.²⁶

Trata-se, então, de compor o objeto de estudo a partir das duas abordagens sugeridas por FOUCAULT. Pela arqueologia ao se procurar determinar as idéias, as noções que permeiam o processo de construção da prática discursiva e que leva à produção de um certo saber.²⁷ E, ao lado disso, de analisar as relações que este saber estabelece com o disciplinamento dos corpos no trabalho, mediante o controle de sua saúde, produzindo um poder que se pretende denunciar e superar, através do contra-discurso, do deslocamento do privado para o público.

É mister, ainda, além de descrever, relacionar os enunciados dispersos que compõem estes discursos com suas escolhas temáticas, conceitos, objetos, numa regularidade,

*"... a um novo campo, qual seja, o constituído pelos acontecimentos não discursivos como os de ordem política, social, econômica, prática, etc."*²⁸

Trata-se das "instâncias de delimitação" que na sociedade possibilitam a instauração do objeto. Mais ainda, importa determinar quem fala

*"... o estatuto dos indivíduos que têm - e apenas eles - o direito (...) juridicamente ou espontaneamente aceito de proferir [este] discurso [e a] descrição dos lugares institucionais de onde o sujeito obtém seu discurso e onde este encontra sua origem legítima e seu ponto de aplicação."*²⁹

Além disso, os conceitos que compõem um certo campo discursivo aparecem em uma "dispersão" que tem uma aparência de desordem, sendo preciso então descrever a organização do campo de enunciados em que se instauram.

A Medicina do Trabalho, ao se apoiar na clínica e na abordagem individual, dá ao médico e apenas a ele o estatuto da legitimidade de quem fala e é o domínio por excelência da "disciplina" que procura já nos seus pródromos individualizar e normatizar, tomando positiva a figura do seu objeto agora individualizado e que, anteriormente, era massificado numa exploração insessante e repressora que submetia corpos de mulheres, crianças e jovens sem dar-lhes o estatuto de sujeitos e sobre os quais sequer dever-se-ia

²⁶ . Conforme AROUCA, *op. cit.*, 1975, p. 47.

²⁷ . *Idem, Ibidem*, p. 36.

²⁸ . *Idem, Ibidem*, p. 38.

²⁹ . *Idem, Ibidem*, p. 48.

exercer um controle que permitisse sua sobrevivência para a reprodução do processo de produção.³⁰ Além disso, na realidade em estudo, por **delegação** do estado, ocupa um *locus* institucional que a confunde com os desígnios do capital em exercer tal dominação, num certo momento histórico, **consentida e legitimada**.³¹

Ademais, frise-se que é também com a Medicina Preventiva que a Medicina do Trabalho "moderna" e a Saúde Ocupacional - que se colocam como a Saúde Pública aplicada a uma comunidade de trabalhadores e aos ambientes de trabalho - vão procurar articular o seu discurso ao privilegiar a prevenção e as medidas de promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, a partir da abordagem estruturada pela História Natural da Doença.³²

Estas relações "abrem" o discurso para que se possa pensar sua inclusão

*"... em termos institucionais, no sistema de saúde, e perfeitamente integrada à estrutura dos programas e às agências de Saúde Pública."*³³ (grifos nossos)

Estes enunciados somente se viabilizam num momento histórico em que uma série de elementos não-discursivos se articulam para instaurar os Programas de Saúde dos Trabalhador na rede de saúde pública, dentro do movimento pela Saúde do Trabalhador, o que se articula com o chamado "Movimento Sanitário" na luta pela Reforma Sanitária no Brasil, como se demonstrará.³⁴ Frise-se que o estatuto da multiprofissionalidade advogado por este movimento também é assumido pela Saúde Ocupacional que englobaria

"... no mínimo, a Medicina do Trabalho - atividade médica, voltada fundamentalmente para o trabalhador; a Higiene do Trabalho, que atua sobre o ambiente de trabalho, isto é, 'a ciência e a arte devotadas ao reconhecimento, avaliação e controle dos fatores ou

³⁰. É reveladora a descrição do papel que os primeiros médicos de fábrica exerceram na Inglaterra no início do século XIX, quando passaram a examinar as crianças para impedir sua debilitação e morte prematura, introduzindo algumas regras referentes à idade de trabalho, tempo de jornada, necessidade de estudo. Ao lado disso, é importante relacionar, a atuação desses médicos também com o controle da saúde das mulheres, na perspectiva da reprodução da força de trabalho.

³¹. A este respeito observar a análise feita no próximo capítulo, relativa às condições de existência do discurso que leva à implantação dos Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho no Brasil na década de 70.

³². Já foi citada a preocupação sempre presente da Medicina do Trabalho/Saúde Ocupacional em definir grupos de risco, o diagnóstico precoce de doenças, perceber comportamentos "desviantes" como aqueles "propensos aos acidentes", adotar a educação sanitária. É de se ressaltar os limites que esta abordagem tem nos marcos das relações de trabalho existentes nos locais de trabalho onde o trabalhador não tem qualquer controle sobre o processo de trabalho, situação em que a dominação dá-se sem a resistência dos trabalhadores, os quais agem nos marcos estreitos da barganha da saúde por adicionais como referiu BERLINGUER, *op. cit.*, 1983, a propósito da realidade italiana dos anos 50-60, antes do grande empenho realizado pelos trabalhadores contra a "tutela" da sua saúde e pela "não delegação" aos técnicos das questões relativas à saúde no trabalho e pela não "monetização do risco", o que se desdobrou na adoção do chamado "Modelo Operário italiano". A referência ao "conceito de que Saúde Ocupacional é Saúde Pública, dirigida a uma comunidade de trabalhadores (os empregados de um estabelecimento, os trabalhadores de uma região, de uma categoria funcional, etc.)" (itálicos no original) encontra-se em MENDES, (org.), *op. cit.*, 1980, p. 18. No mesmo livro, MENDES aponta caminhos e procedimentos para a "Atuação da Medicina do Trabalho no Diagnóstico dos Problemas de Saúde Ocupacional" adotando o "modelo de 'História Natural da Doença' [para] auxiliar a tarefa de identificar e quantificar os principais problemas ligados ao binômio Trabalho & Saúde." (itálicos no original) p. 45

³³. MENDES (org.) *op. cit.*, 1980, p. 18.

³⁴. Ver a respeito: LACAZ, Francisco Antonio de Castro Reforma Sanitária e Saúde do Trabalhador. *Saúde e Sociedade*, v. 3, n.1, p. 41-59, 1994.

"... no mínimo, a Medicina do Trabalho - atividade médica, voltada fundamentalmente para o trabalhador; a Higiene do Trabalho, que atua sobre o ambiente de trabalho, isto é, 'a ciência e a arte devotadas ao reconhecimento, avaliação e controle dos fatores ou riscos do ambiente de trabalho, capazes de provocar doenças, desvios da saúde e do bem-estar, ou desconforto e ineficiência entre os trabalhadores' e a Segurança do Trabalho, (...) centrada na proteção do trabalhador, a preocupação pela prevenção de acidentes do trabalho." ³⁵ (itálicos no original, grifos nossos)

Ocorre, porém, que a multiprofissionalidade da Saúde do Trabalhador extrapola em muito este universo das "ciências" tradicionais da área, dialogando com campos nunca antes incorporados à análise do "binômio Trabalho & Saúde", tais como a sociologia, a ciência política, a antropologia, a psicopatologia, a neurotoxicologia, o planejamento, a geografia, a pedagogia, etc..

Por outro lado, conforme apontam MACHADO et al. (1978), antes de se preocupar com o assujeitamento/disciplinamento dos sujeitos/indivíduos, a "medicina social" ainda no Brasil colonial, no início do século XIX, abordava a fábrica à semelhança do que fazia a "medicina urbana" francesa (FOUCAULT, 1982) enfatizando aquilo que poderia constituir-se em ameaça à salubridade urbana poluindo o ar, solo e água, já que a fábrica,

"... durante o processo de produção, produz emanações deletérias e lança seus dejetos nas águas que servem à cidade." ³⁶

Por isso, é necessário então esquadrihar o espaço urbano para se definir onde será permitida a localização das fábricas e, associado a isso, surge a preocupação com outro aspecto, a organização do espaço interno do local de trabalho. Neste sentido

"... explicitam-se as alterações necessárias para que a fábrica seja uma presença positiva e a proposta de conhecimento da relação entre a fábrica como meio e as doenças dos que nela trabalham, conhecimento a ser duplicado de uma intervenção." ³⁷ (grifos nossos)

Intervenção esta que vem de fora, baseada nos enunciados do "Código de Posturas" elaborado em 1832, com a contribuição institucional da Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro. Conforme estes autores, neste contexto o trabalhador ainda não é objeto de controle da medicina. Assim ele, o trabalhador, é tomado individualmente como sujeito a perigos, as profissões podem causar doenças, mas não como sujeito perigoso. ³⁸

Isto se expressa na própria produção acadêmica da época.³⁹ Neste contexto, o tratamento dado aos que se acidentavam era a aplicação de multas,

³⁵ . MENDES (org.) *op. cit.*, 1980, p. 18.

³⁶ . MACHADO, et al., *op. cit.*, 1978, p. 345.

³⁷ . *Idem, Ibidem*, p. 347.

³⁸ . *Idem, Ibidem*, conforme p. 347.

³⁹ . Corroborando a visão de que neste momento o olhar da medicina (social) está voltado para a localização e os efeitos das fábricas para a cidade e do meio interno para a saúde dos trabalhadores, por isso propõe mudanças relacionadas à salubridade do ar e água, MACHADO, et al., *op. cit.*, 1978 afirmam que "O olhar médico parece envergonhar-se ou deter-se frente a uma instituição voltada primeiramente para a transformação de matérias primas e não, (...), organizada em torno de indivíduos. (...) A fábrica não é ainda instituição criada para produzir, através de mecanismos disciplinares, o bom trabalhador." (p. 349) (grifos nossos) O que viria a ser a preocupação precípua da medicina do trabalho com seu papel normatizador, na Inglaterra daquela época e, muito posteriormente, também no Brasil. Na mesma linha são as observações de MENDES, (org.) *op. cit.*, 1980, que concordando com MACHADO et al., *op. cit.*, 1978, assinala que "Algumas Teses apresentadas à

"... por indolência ou pelos erros cometidos, se fossem adultos, ou [surras], se fossem crianças..."⁴⁰

Diferentemente do que ocorria no Rio de Janeiro e em São Paulo, cuja influência da medicina social (francesa) urbana era patente, com nítida preocupação com os perigos que cemitérios, matadouros, hospitais e fábricas podiam trazer à urbe e não aos que neles trabalhavam; em Minas Gerais, onde a atividade extrativa de ouro era controlada pelos ingleses, a preocupação com a saúde dos trabalhadores se impunha, como que assumindo uma versão local da Medicina Social da "força de trabalho" conforme sistematização proposta por FOUCAULT em *Microfísica do Poder* (1982).⁴¹ Aqui a importância das práticas extra-discursivas na formulação das abordagens sobre o trabalho e a saúde se expressam claramente. Senão veja-se o que se segue...

É somente a partir do período que vai de 1880 a 1920, em São Paulo e Rio de Janeiro, que MENDES (1980) associa à

*'... Revolução Industrial' vivida na Inglaterra, que às fábricas são imputadas razões que degradam a saúde tanto no que se refere às más condições de trabalho, como ao trabalho da mulher e do menor, à duração da jornada de trabalho e à ocorrência dos acidentes do trabalho e das doenças profissionais. Surgem então estudos de médicos da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, aliados ao 'trabalhismo', socialismo reformista e mesmo anarquismo - deplorando tão infames condições e propondo medidas que corrigissem estas distorções.'*⁴² (grifo nosso)

Tais estudos tratam então da regulamentação da jornada, idade mínima para o trabalho, e dos benefícios previdenciários aos acidentados, ainda na primeira década deste século.

E, aqui, indaga-se: a intervenção no processo de trabalho, baseada no que propunha o "Código de Posturas", hoje substituído pelo Código Sanitário e tendo como instrumento as ações de vigilância - sanitária, epidemiológica, à saúde - a partir do aparelho de Estado, incorporando como elemento de ruptura do discurso técnico a participação do trabalhador não é o grande desafio colocado pela e para a Saúde do Trabalhador enquanto campo de práticas e saberes, numa postura que ao vigiar não interfira normativa e autoritariamente na vida dos agentes sociais? Não seriam estes enunciados dentro da dispersão dos discursos, os mesmos que a medicina social no Brasil

qualquer possibilidade de efeito destas condições de trabalho para a saúde dos trabalhadores. O mesmo se repete em estudos datados de 1852 sobre as fábricas de velas e sabões do Rio de Janeiro e de 1853 sobre matadouros, nos quais a preocupação é com os efeitos dos seus efluentes para a saúde dos circunvizinhos.

⁴⁰ DEAN, *op. cit.*, 1971.

⁴¹ É interessante assinalar que o próprio MENDES (1980) aponta uma outra tendência de enfoque em estudo de 1853 a propósito das mesmas fábricas de charuto e tabaco em que seu autor menciona as moléstias predominantes entre os que trabalham em 7 destes estabelecimentos que visitara, informação levantada a partir de entrevistas com os empregados e médicos que ali trabalhavam, não podendo realizar análise mais ampla dado que "os donos das fábricas, demonstrando grande má vontade, negaram-se a recebê-lo em seus estabelecimentos de trabalho." (p. 11) Esta observação vai ao encontro do que sugerem CARVALHO & LIMA (1992) no que se refere às análises históricas que transpõem mecanicamente explicações que se prestam para realidades de países centrais, concluindo que metodologicamente é necessário buscar fontes variadas de informação - no caso as entrevistas com trabalhadores - para se construir o panorama histórico que é buscado. A este respeito, consultar: CARVALHO & LIMA. *op. cit.*, 1992. In: FLEURY (org.) *op. cit.*, 1992. p. 117-142.

⁴² MENDES (org.) *op. cit.*, 1980, p. 12-14.

assume quando, no século XIX, se relaciona com a sociedade através do olhar não sobre o

"...corpo produtor, mas de um corpo urbano que possui em sua própria essência, que produz em seu próprio funcionamento, a doença e a morte." - como referem MACHADO et al. (1978) ao discorrerem sobre a constituição da Medicina Social no Brasil? ⁴³

Diferentemente, quando fala a Medicina do Trabalho é o discurso normatizador que se impõe tratando-se, pois, de um campo privilegiado de saberes que incorpora um poder disciplinar sobre o indivíduo, o que o torna particularmente interessante e apropriado para a adoção de uma abordagem genealógica. Em outros termos, trata-se de analisar "ao poder e sua relação com o saber". ⁴⁴ Pois,

"... não há relação de poder sem constituição correlata de um campo de saber, nem saber que não suponha e não constitua ao mesmo tempo relações de poder." ⁴⁵

Neste momento interessa deslocar a discussão do nível macro, para a "periferia" ou nível micro. Agora, está se falando do

"Poder (...) que intervém materialmente, atingindo a realidade mais concreta dos indivíduos - o seu corpo - ..., penetrando na vida cotidiana e por isso podendo ser caracterizado como micro-poder ou sub-poder." ⁴⁶

É um poder que toma formas concretas, incorpora-se em instituições, corporificando-se em técnicas de dominação, quando se situa nos Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho (SESMEs), se exerce através dos médicos, enfermeiros e engenheiros do trabalho e adota formas de vigilância constante sobre o trabalhador mediante exames realizados por ocasião da admissão, em espaços de tempo regulares e que cancelam ou prenunciam a demissão, ao considerar o demitido apto e saudável no momento do rompimento do contrato de trabalho, ou improdutivo por ser dado como "doente".

Ao lado disso, adota o conceito de limites de exposição ocupacional para o trabalhador médio, permitindo que se exponha a produtos tóxicos e a riscos físicos em níveis considerados não nocivos à saúde para a média dos trabalhadores em determinadas condições de higiene, ou avaliando seu perfil profissiográfico para adequá-lo à melhor atividade considerando sua performance clínico-laboratorial ou, ao contrário, para impedir que seja contratado. Mais ainda, nos dias de hoje formas de controle mais sofisticadas têm sido adotadas, particularmente quando, dentro do novo campo da bioética, lança-se mão da análise do padrão genético do candidato ao emprego ou do já empregado, numa perspectiva de "prevenir" sua exposição a "agentes" nocivos que podem ser detectados por indicadores biológicos.

BERLINGUER (1993) ao abordar o tema da bioética faz um resgate do papel da medicina no julgamento sobre a aptidão ao trabalho. No passado, afirma ele:

"A admissão acontecia (...) com um aceno de mão do chefe o qual julgava e escolhia os mais idôneos... Depois foi introduzida a consulta médica, os testes de comportamento e,

⁴³. Ver MACHADO et al., *op. cit.*, 1978, p. 353.

⁴⁴. MACHADO, Roberto *Ciência e Saber: a trajetória arqueológica de Michel Foucault*. Rio de Janeiro: Graal, 1988. p. 188.

⁴⁵. FOUCAULT, *op. cit.*, 1994, p. 30.

⁴⁶. MACHADO, *op. cit.*, 1988, p. 189.

sucessivamente, *screening* mais complexos que envolvem a *genética*, a identificação das pessoas hipersensíveis a determinados riscos, a *medicina preventiva*, (...) a avaliação das condições de comportamento extra-trabalho que podem causar maior morbidade e maior ausência ao trabalho... A violação da '*privacidade genética*' pode se tornar muito perigosa." ⁴⁷ (grifos nossos)

Se as antigas maneiras de estigmatizar as pessoas investiam

'... contra drogados, homossexuais, comunistas, correm o risco de se tornarem pouca coisa frente à grande ênfase na diversidade genética... que foge ao domínio da vontade individual, que constitui a estrutura profunda da pessoa, que na realidade se configura como um destino e não como uma escolha.' ⁴⁸

Ainda conforme BERLINGUER, (1993)

'... pesquisa realizada pelo governo nos Estados Unidos mostrou que 75% das empresas começaram ou pretendem começar programas de screening genético dos trabalhadores... Portanto é provável que esta tendência se estenda a outros países. A justificativa moral é que, desta maneira, se eliminam aqueles candidatos a trabalhador que, admitidos pela empresa, encontrando-se na presença de substâncias químicas às quais sejam hipersensíveis, correriam risco mais elevado.' ⁴⁹ (grifos nossos)

Aqui pode-se assinalar alguns aspectos que contradizem a matriz de cunho preventivista advogada pela Saúde Ocupacional/Medicina do Trabalho já que

'...os casos de hipersensibilidade genética são extremamente raros;...aqueles (...) excluídos do trabalho com base neste tipo de "screening" correm maior risco de permanecerem desempregados e(...), de adoecerem. ..."screening" na admissão, baseados não na adequação do trabalho, como é legítimo, mas na maior resistência aos fatores nocivos presentes no ambiente, podem ser considerados ou tornar-se substitutos de medidas de prevenção primária e, portanto, constituírem obstáculo para a efetiva introdução desta...' ⁵⁰ (grifos nossos)

Estes pretensos "novos" enunciados classificatórios, estigmatizantes e discriminadores assemelham-se à transformação por que passou a jurisprudência no século XIX quanto ao que deve ser considerado punível como

'... objeto 'crime'...Sob o nome de crimes e delitos, são sempre julgados corretamente os objetos jurídicos definidos pelo Código. Porém julgam-se também (...), os instintos, (...), as inaptações, os efeitos de meio ambiente, ou de hereditariedade.' ⁵¹ (grifos nossos)

Não seria então o desvendado da "privacidade genética" um campo que se aproxima e se configura à semelhança do que como refere FOUCAULT (1994), ocorreu com o

'... laudo psiquiátrico, (...) a antropologia criminal, e o discurso (...) da criminologia ... introduzindo (...) as infrações no campo dos objetos suscetíveis de um conhecimento científico [dando] aos mecanismos da punição legal um poder justificável não mais simplesmente

⁴⁷ Ver a respeito BERLINGUER, Giovani A Relação entre Saúde e Trabalho do ponto de vista bioético. *Saúde e Sociedade*, v. 2, n. 2, p. 101-134, 1993. p. 107-108.

⁴⁸ Idem, *Ibidem*, p. 107.

⁴⁹ Idem, *Ibidem*, p. 108.

⁵⁰ Idem, *Ibidem*, p. 110.

⁵¹ FOUCAULT, *op. cit.*, 1994, p. 21.

sobre os indivíduos; não mais sobre o que eles fizeram, mas sobre aquilo que eles são, serão ou possam ser ..." ⁵² a propósito das relações entre a medicina e a jurisprudência?

Ao mesmo tempo em que exerce micro-poderes sobre os corpos dos indivíduos, a Medicina do Trabalho produz saberes determinados sobre o trabalhador e seu corpo para domesticá-lo como força de trabalho. Ainda conforme aponta FOUCAULT (1994).

"Este investimento político do corpo está ligado, segundo relações complexas e recíprocas, à sua utilização econômica; é (...) como força de produção que o corpo é investido por relações de poder e de dominação; mas em compensação sua constituição como força de trabalho só é possível se ele está preso num sistema de sujeição...Essa sujeição não é obtida só pelos instrumentos de violência ou da ideologia; pode muito bem ser direta, física, usar a força ...sem no entanto ser violenta; pode ser calculada, (...), tecnicamente pensada, pode ser sutil, não fazer uso (...) do terror e, no entanto, continuar a ser de ordem física. ... pode haver um 'saber' do corpo que não é exatamente a ciência do seu funcionamento, e um controle de suas forças que é mais que a capacidade de vencê-las: esse saber e esse controle constituem o que se poderia chamar a tecnologia política do corpo." ⁵³ (grifos nossos)

Para o autor os discursos que formulam tal tecnologia na maioria das vezes não são

"... contínuos e sistemáticos, compõem-se muitas vezes de peças ou pedaços; utiliza um material e processos sem relação entre si ... [sendo] impossível localizá-la, quer num tipo definido de instituição, quer num aparelho de Estado." ⁵⁴

Saberes estes que são buscados e legitimados pela Medicina do Trabalho/Saúde Ocupacional através de um discurso de caráter preventivista que se propõe a manter o mais completo bem-estar, ou recuperar a saúde dos trabalhadores, ou ainda quando atua na atividade de seleção da força de trabalho.

Sob um ângulo crítico, porém, a atuação da medicina do trabalho não deve ser considerada como prática preventiva, já que

"... a finalidade da prática não é de atender as necessidades designadas como doenças nem tampouco prever essas necessidades enquanto ainda não se manifestam... O trabalho médico, neste caso, visa a qualificar a força de trabalho potencial como sendo ou não interessante, do ponto de vista do capital, para ser consumida produtivamente..." ⁵⁵ (grifos do autor)

E este consumo vai se dar agora - diferentemente das multas por erros, ou pela indolência e dos espancamentos - de maneira a usar o

⁵². *Idem, Ibidem*, p. 22.

⁵³. *Idem, Ibidem*, p. 28.

⁵⁴. FOUCAULT, *op. cit.*, 1994. Na dispersão e descontinuidade dos discursos da microfísica do poder sobre os corpos, entende-se que a Medicina do Trabalho é um espaço privilegiado de exercício dos micro-poderes como "efeito manifestado e às vezes reconduzido pela posição dos que são dominados". (p. 29) É o que ocorre, por exemplo, com os trabalhadores submetidos ao regime de trabalho em turnos, que apresenta notória nocividade sobre a saúde e a vida dos indivíduos, mas cujo regime traz vantagens pecuniárias e de tempo livre aceitos particularmente pelos trabalhadores de "hábitos noturnos".

⁵⁵. GONÇALVES, Ricardo Bruno Mendes Dissertação (Mestrado) *Medicina e História: Raízes Sociais do Trabalho Médico*, Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina de São Paulo, Universidade de São Paulo, 1979. p. 131-134. [mimeo]

"... corpo humano, não para supliciá-lo, mutilá-lo, mas para aprimorá-lo, adestrá-lo... O que interessa (...) não é expulsar os homens da vida social, impedir o exercício de suas atividades, e sim (...) controlá-los (...) para que seja possível e viável utilizá-los ao máximo, aproveitando suas potencialidades [num] sistema de aperfeiçoamento gradual e contínuo de suas capacidades. Objetivo ao mesmo tempo econômico e político: aumento do efeito do ser trabalho, isto é, tornar os homens força de trabalho dando-lhes uma utilidade econômica máxima; diminuição de sua capacidade de revolta, de resistência, de luta, de insurreição contra as ordens do poder, neutralização dos efeitos de contra-poder, isto é, tornar os homens dóceis politicamente." ⁵⁶ (grifos nossos)

Por outro lado, quando se fala, neste campo, em discurso contra-hegemônico - representado pela Saúde e Trabalho/Saúde do Trabalhador - é necessário estabelecer que relações de poder este contra-discurso rompe já que

"... não são unívocas; definem inúmeros pontos de luta, focos de instabilidade comportando cada um seus riscos de conflito, de lutas e de inversão pelo menos transitória da relação de forças. A derrubada desses 'micropoderes' não obedece portanto à lei do tudo ou nada; ele não é adquirido de uma vez por todas por um novo controle dos aparelhos nem por um novo funcionamento ou uma destruição das instituições..." ⁵⁷ (grifos nossos)

A Saúde e Trabalho/Saúde do Trabalhador dentro da Medicina Social Latinoamericana se constitui num momento de crise dos modelos existentes, não somente a partir de questionamentos internos às instituições, como também a partir dos setores dominados que no caso do Brasil agitam-se em movimentos que se contrapõem aos "micropoderes" ético-morais e aos "macropoderes" político-econômicos, construindo uma contra-hegemonia neste campo que vai buscar interfaces com experiências internas e externas.⁵⁸

Guardadas as devidas proporções, estes choques têm similitudes com as revoltas ocorridas nas prisões. Assim, conforme observa FOUCAULT, nas

⁵⁶. MACHADO, *op. cit.*, 1988, p. 193. É interessante notar a semelhança que esta observação de MACHADO - a propósito da discussão do poder em FOUCAULT, dentro da genealogia - assume com a formulação do conceito de hegemonia formulado por GRAMSCI, A., para analisar o papel da instância político-ideológica nas sociedades capitalistas para a manutenção do poder de Estado em períodos de vigência de regimes de democracias liberais. As classes dominantes só lançam mão da coerção franca, como refere GRAMSCI, em situações em que ocorre o rompimento da ordem democrática nos regimes ditatoriais. Como diz FOUCAULT, é falso identificar o poder com o Estado e, basicamente como aparelho repressivo, intervindo sobre os cidadãos sob a forma de violência, coerção, opressão.

⁵⁷. FOUCAULT, *op. cit.*, 1994, p. 29.

⁵⁸. É relevante situar os movimentos grevistas que ocorreram nos anos 80, sendo particularmente importante referir sobre a "Primeira Greve Por Saúde" realizada no setor químico do ABCD paulista quando na "empresa de esmaltes para azulejos Ferro Enamel, em São Bernardo do Campo, acontece a primeira greve no Brasil por melhores condições de trabalho e saúde. O Sindicato dos Químicos do ABC descobre que os trabalhadores estão contaminados por chumbo." Ver: *TRABALHO & SAÚDE*, ano 15, n. 38, p. 11, jan./ 1995. Ainda no ano de 1980 era criado o Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde e dos Ambientes de Trabalho (DIESAT) inspirado na experiência intersindical do Departamento Intersindical de Estatísticas e estudos Sócio-Econômicos (DIEESE), fundado em 1955. Ao lado disso busca-se na Itália a metodologia de intervenção sobre o trabalho que valoriza o saber operário, não delega ao técnico o papel de vanguarda e propõe uma forma de abordagem dos riscos que ficou conhecida como Modelo Operário Italiano e que teve fortes influências na formulação do discurso sindical sobre a saúde no trabalho. Sobre estas questões consultar: LACAZ, *op. cit.*, 1983, LAURELL, Asa Cristina "Ciencia y Experiencia Obrera: la lucha por la salud en Italia". *Cuadernos Políticos*, n. 41, p. 63-83, 1984, RIBEIRO, & LACAZ, (orgs.) *op. cit.*, 1985, ODDONE, Ivar et al., *op. cit.*, 1986, REBOUÇAS, et al., *op. cit.*, 1989, LAURELL, & NORIEGA, *op. cit.*, 1989.

"... prisões em muitos lugares do mundo ... [houve] revoltas contra as prisões-modelos, (...), contra o serviço médico ou educativo... Tratava-se bem de uma revolta, (...), contra o próprio corpo da prisão. O que estava em jogo (...), era sua materialidade na medida em que ele é instrumento e vetor de poder; era toda essa tecnologia do poder sobre o corpo, que a tecnologia da 'alma' - a dos educadores, dos psicólogos e dos psiquiatras - não consegue mascarar nem compensar, pela boa razão de que não passa de um de seus instrumentos." ⁵⁹ (grifos nossos)

Interessa ainda, reconhecer quem produz os discursos que identificam os campos. De onde partem, com quem dialogam, quais são seus agentes e sujeitos. Neste sentido, utilizou-se das observações de MENDES (1986), que identificou na Academia, na Instituição estadual de saúde e no movimento sindical os protagonistas deste processo de construção do discurso contra-hegemônico e de consolidação de uma prática não-discursiva que teria dado identidade a este campo.⁶⁰

2.2. Questões Teórico-metodológicas Críticas a propósito da Analítica de FOUCAULT.

É fundamental observar que, ao adotar-se a abordagem "foucaultiana", algumas questões teórico-metodológicas críticas devem ser colocadas e discutidas. Como refere ROBIN em *História e Lingüística* (1977) não é preocupação de FOUCAULT o discurso em si, enquanto tal, mas sim as "condições de possibilidade" dos discursos que podem conter

"... elementos da infra-estrutura (processo econômico, trabalho industrial) ... a estrutura de classe (processos sociais), elementos da superestrutura ideológica (... sistema de normas ...), etc.." ⁶¹

Que hierarquias se estabelecem entre estes elementos ao nível da prática discursiva? Para a autora FOUCAULT esquivava-se destas questões, na medida em que para ele trata-se de garimpar/detectar as "rupturas" do discurso, mais do que determinações, já que a história antropocêntrica, homogênea, totalizante não mais existe, interessando trazer à superfície a história serial, fragmentada (DOSSE, 1992),⁶² através da análise dos documentos agora tomados como "monumentos" que contam por meio dos "enunciados e dispositivos" que delinham, as verdades e normas de uma época e a instauração de saberes e práticas com estatuto de cientificidade variada. (FOUCAULT, 1987)

Por outro lado, o descentramento do sujeito na história promovido por FOUCAULT, a partir da filosofia de NIETZSCHE, substituído na centralidade pelas relações e determinações da vontade das instâncias de poder é outra questão crítica.

⁵⁹ FOUCAULT, *op. cit.*, 1994, p. 32.

⁶⁰ Ver a respeito: MENDES, *op. cit.*, 1986, particularmente os capítulos 1 e 2.

⁶¹ ROBIN, *op. cit.*, 1977, p. 95-96.

⁶² Ver a respeito: DOSSE, *op. cit.*, 1992, particularmente as p. 183-6, 191, 226-7 e 231.

"(...) fazendo-nos indagar para onde, enfim, partiu o sujeito social, já que sua presença não mais é reconhecida na dinâmica das sociedades." ⁶³

Se por um lado a "analítica" de FOUCAULT descarta do papel do sujeito na História, irá permitir analisar as relações entre saber e poder, quando se volta para a genealogia, temática nodal para o campo em estudo.

Assim, dado o caráter do campo de conhecimento que se propõe estudar, o qual apresenta conflitos intrínsecos e contradições claras de interesses e "visões de mundo", é cientificamente defensável também esquivar-se da discussão das determinações e não se estabelecer hierarquias entre o infra e o supraestrutural? Muito provavelmente a resposta é negativa. E, por isso, esta é uma questão que merece um aprofundamento à luz da metodologia que se utilizará, a qual deverá levar em conta e estar acoplada a análises histórico-estruturais (AROUCA, 1975) ⁶⁴ que permitam captar o dinamismo dialético do campo, considerando-se as contradições que contém, dado o fato de que este campo está situado na **encruzilhada** entre os desígnios do poder econômico do capital e as possibilidades de **superação** e transformação da realidade a partir da luta desenvolvida pelo pólo do trabalho em cada sociedade concreta.

Ao lado disso, é necessário procurar compreender como se constrói e caracterizar as fronteiras que delimitam campos do conhecimento aparentemente indistinguíveis como é o caso da Saúde Ocupacional/Medicina do Trabalho e da Saúde do Trabalhador/Medicina Social; fronteiras estas que a muitos não interessa explicitar ou que se pretende configurar como **momentos** de um **continuum** linearmente apreendido sem rupturas, já que ao se apontar as diferenças, **tensões**, conflitos que se estabelecem no estudo deste campo de conhecimento que envolve as relações entre trabalho e saúde-doença, segundo esta visão, está afirmando-se, mais uma vez, como já dito, que ele (o campo) é um

"... lugar de lutas [que] (...) rompe com a imagem irenista da 'comunidade científica' ..., com a idéia de uma espécie de 'reino dos fins' que não conheceria senão leis da concorrência pura e perfeita das idéias, infalivelmente recortada pela força (...) da idéia verdadeira" além de se "... recordar que o próprio funcionamento do campo científico produz e supõe uma forma específica de interesse (as práticas científicas não aparecendo como 'desinteressadas' senão quando referidas a interesses diferentes, produzidos e exigidos por outros campos)." ⁶⁵ (grifos do autor)

Mais ainda, além de não estabelecer níveis hierárquicos de determinação, FOUCAULT **nega**

"... as análises que vêm nas formações discursivas um simples reflexo das condições econômicas." ⁶⁶

Assim, trabalhando ao nível da **super-estrutura** FOUCAULT, com o conceito de **saber** faz uma

⁶³. FIDALGO, Fernando Selmar. O caráter das atuais transformações societárias e a questão do lugar dos sujeitos nestas mudanças. In: Fidalgo, Fernando S. (org.) *Gestão do Trabalho e Formação do Trabalhador*. Belo Horizonte: Movimento de Cultura Marxista, 1996. p. 41-60.

⁶⁴. AROUCA, *op. cit.*, 1975.

⁶⁵. BOURDIEU, P. O Campo Científico. In: ORTIZ, R. (org.) *Pierre Bourdieu: Sociologia*. São Paulo: Ática, 1983. p. 123

⁶⁶. AROUCA, *op. cit.*, 1975, p. 55.

"... distinção entre ciência e saber, (...) realizando uma crítica das análises de ALTHUSSER sobre a ciência e a ideologia, diferenciando saber de ideologia..."⁶⁷

Para ele então, a ideologia é uma **não ciência**, enquanto que a ciência se constitui a partir de uma **rede de relações** que é o saber. Não é possível haver um corte/ruptura entre ciência e saber, como ocorre entre ideologia e ciência a propósito da abordagem de ALTHUSSER, haveria uma "coexistência entre ciência e saber."⁶⁸

Ocorre porém, conforme aponta AROUCA (1975), que a idéia

"... de ideologia no materialismo histórico, (...), não é o reverso da ciência (...) [é] dotada de uma materialidade, (...) , com função real dentro de uma dada formação social, determinada historicamente. Dessa maneira, assume as características atribuídas por FOUCAULT ao saber..."⁶⁹

Mais ainda, a existência de uma ciência **não elimina** a ideologia. Desta forma pode-se dizer que o saber conforme concebido por FOUCAULT não tem as ligações que no materialismo histórico são assumidas entre ideologia e relações sociais de produção.

Diante do acima exposto, transita-se agora por uma abordagem que pode não mais ser chamada de arqueológica, mas que se pretende seja dos discursos articulados enquanto um processo, no conjunto dos processos existentes num determinado modo de produção.⁷⁰

Assim, concordando com AROUCA (1975), trata-se de pensar o recorte da ciência sobre o saber, com a **mediação** da ideologia com relações características de época que compõem a episteme. E, com a arqueologia, pensar a diferença praxis-discurso, pela

"... análise do Saber através de (...) um discurso-objeto [abrindo] caminhos para uma discussão da dicotomia Ciência/Ideologia..."⁷¹

Com a arqueologia há, então, uma **negação** da história teleológica, antropocêntrica, para o surgimento da história descontínua, com historicidades várias e constituída também de rupturas. Esta nova história é construída pelas epistemes que se sucedem, as quais contém "contradições cuja superação leva a um novo estágio histórico".

O estudo da Saúde do Trabalhador enquanto campo de conhecimento - ciência, saber, ideologia - seria então uma análise das sucessões **descontínuas** das formas de compreender as relações entre trabalho e saúde-doença, no capitalismo, tendo como **contra-ponto** a Medicina do Trabalho e a Saúde Ocupacional, e como espaço de **abstração** e campo de formulação (teórico) a Saúde e Trabalho sendo necessário descobrir as rupturas e historicidades, **dentro** deste modo de produção. Constituiria, então, a análise dos acontecimentos discursivos que se sucedem num modo de produção articulando-se com suas instâncias, particularmente com a **ideológica**.

⁶⁷ . Idem Ibidem, p. 56.

⁶⁸ . Idem, Ibidem, conforme p. 55-57.

⁶⁹ . Idem, Ibidem, p. 57.

⁷⁰ . Idem, Ibidem, conforme p. 59.

⁷¹ . Idem, Ibidem, p. 60.

Assim, não é de se estranhar que, diante das precárias condições de trabalho que o capital coloca para o trabalhador em função da economia do capital constante ... ⁷² a atuação dos SESMETs n^o

"A restauração de 'modos de andar a vida' normais nessas condições, normais como são definidos por essas condições, não se revela sobretudo como prática social ideológica em vez de seu aparente aspecto de prática social econômica?" ⁷³

Por seu turno, a descrição dos acontecimentos **não-discursivos** também deve estar sustentada pela análise das várias instâncias do modo de produção, ou seja, econômica, ideológica e político-jurídica. Assim, por analogia, quando se trata do materialismo histórico a idéia de processo engloba a de relações. As relações no processo, colocam o **sujeito/agente**

"... frente à natureza e aos seus semelhantes... sujeito social determinado pelo conjunto de relações em que é colocado e na atividade que o constituiu como homem, ou seja, o trabalho." ⁷⁴ (grifos nossos)

Aqui estabelece-se uma **tensão** entre as duas abordagens: para FOUCAULT, o sujeito é **função** de uma formação discursiva, como a esquecer que aqueles que enunciam são de ante-mão determinados pela estrutura social, como intelectuais/sujeitos.

Por outro lado, conforme propõe GRAMSCI ⁷⁵, são os intelectuais os agentes da super-estrutura jurídico-ideológica num modo de produção, que lhe dão organicidade.

Assim ao se analisar como se produz o discurso é mister tratar dos intelectuais que o enunciam. Quem seriam então os intelectuais que manteriam uma relação orgânica com o discurso da Saúde do Trabalhador? Mais ainda, de onde fariam? Segundo propõe AROUCA (1975) a partir ainda de GRAMSCI, as atividades desenvolvidas pelos intelectuais que enunciam certos discursos assumem uma **organicidade** quando "em determinado modo de produção, contribuem para a sua reprodução." Neste sentido os intelectuais orgânicos têm a

"... função de dar homogeneidade e consciência para um grupo social nos campos econômico, social e político. Este intelectual é criado (...) por aquele grupo social, e [há] (...) organicidade do discurso, quando estes são enunciados para dar uma coerência e homogeneidade aos projetos, análises, propostas (...) de um determinado grupo social." ⁷⁶ (grifado no original)

Diante disso, um discurso orgânico é também uma prática que opera dando **coerência** a práticas não discursivas de certas classes sociais.

⁷². Conforme MARX, Karl *O Capital*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1974. Livro I, v. 2, p. 748-749.

⁷³. Ver a respeito GONÇALVES, *op. cit.*, 1979, p. 122-123.

⁷⁴. AROUCA, *op. cit.*, 1975, p. 68-69.

⁷⁵. Ver a respeito GRAMSCI, Antonio *Os Intelectuais e a Organização da Cultura*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1968. 244 p. Sobre a utilização de alguns conceitos "gramscianos" aplicados à questão da Saúde e das Políticas Públicas, consultar GALLO, Edmundo & NASCIMENTO, Paulo C. Hegemonia, Bloco Histórico e Movimento Sanitário. In: TEIXEIRA, Sonia Fleuri (org.) *Reforma Sanitária: Em busca de uma teoria*. São Paulo: CORTEZ/ABRASCO, 1989. p. 91-118.

⁷⁶. AROUCA, *op. cit.*, 1975, p. 71.

No campo da Saúde Ocupacional/Medicina do Trabalho os intelectuais responsáveis por tal discurso orgânico falariam de instituições onde a aliança com o empresariado dá-se como marca da sua criação, oriundos do setor "pioneiro" da Academia e numa conjuntura em que o Estado assume o papel claro de dirigente da política no campo. Trata-se então do papel desempenhado, a partir dos anos 70 pela Fundacentro, conforme foi evidenciado no capítulo anterior. Aqui se introduz a idéia de que existe um trabalho intelectual que é ligado, aderido, colado aos projetos das classes sociais fundamentais.⁷⁷

Concretamente, os projetos, análises e propostas enunciados cristalizam-se a partir da atuação desta entidade como parte da política de Estado nos anos 70 na área da medicina, higiene e segurança do trabalho que é delegada às empresas, constituindo-se no discurso hegemônico. Os intelectuais que formulam o contra-discurso iam surgir também de setores outros da Academia, numa conjuntura em que é notória e consensual a ascensão do movimento social de trabalhadores - após um período de resistência surda de dentro das fábricas - em que o próprio assujeitamento e domesticação sofrem uma ruptura em função do acirramento das relações capital-trabalho na conjuntura.⁷⁸

É, pois, na dinâmica das classes com seus intelectuais organicamente articulados que se dão as regras de formação dos enunciados. Tal trabalho constitui-se, dentro da análise materialista, na formulação de discursos com gasto de uma quantidade de trabalho humano, sob certas relações, o que seria, então, um outro conceito de práticas discursivas. O conceito de prática pode ter várias conotações interessando, no momento, apreender para efeito deste estudo, as idéias de:

- prática política que seria a "*transformação de relações sociais [de poder] produzidas por meio de instrumentos políticos.*"
- prática ideológica, ou seja, "*transformação de uma consciência dada em uma nova consciência, produzida por uma reflexão da consciência sobre si mesma.*"
- prática teórica, que é a "*transformação de um produto ideológico em conhecimento teórico por meio de um trabalho conceitual determinado.*"⁷⁹

Estas conceituações terão importância ao se analisar as relações que se pode extrair dos campos de conhecimento que se está confrontando por referência ao estudo das determinações e mediações entre trabalho e saúde. Um, enquanto campo cristalizado e hegemônico e outro, como discurso contra-hegemônico em everfesciente processo de configuração de práticas ideológica e teórica, que levaria a uma práxis que se pretende transformadora e em processo de construção.

Finalmente, interessa adentrar na discussão do conceito de **ideologia**, uma categoria que FOUCAULT utiliza de maneira ambígua e não clara para relacionar ciência e

⁷⁷ . *Idem, Ibidem*, conforme p. 72.

⁷⁸ . A partir do final dos anos 70 e início dos 80, uma série de estudos foram publicados enfocando esta questão. Ver a respeito, FREDERICO, Celso *Consciência Operária no Brasil*. São Paulo: Ática, 1978 e *A Vanguarda Operária no Brasil*. São Paulo: Símbolo, 1979, HUMPHREY, John *Fazendo o "Milagre": controle capitalista e luta operária na indústria automobilística brasileira*. São Paulo: VOZES/CEBRAP, 1982, MARONI, Amneris *A estratégia da recusa: análise das greves de 1978*. São Paulo: Brasiliense, 1982 e RAINHO, Luiz F. *Os peões do Grande ABC*. Rio de Janeiro: VOZES, 1980. Para um enfoque específico sobre as lutas pela saúde no trabalho ver: REBOUÇAS et al. *op. cit.*, 1989. Parte II.

⁷⁹ . AROUCA, *op. cit.*, 1975, p. 73.

saber, como refere AROUCA (1975). Como está se tratando de campos de conhecimento que se dirigem para o mesmo objeto e cujo estatuto de cientificidade vai passar pelos "eixos" desconhecimento-reconhecimento/desconhecimento-conhecimento, importa saber que características assumem quando se procura avaliar seus estágios de formulação teórico-metodológica na perspectiva da instauração de uma

"... ruptura epistemológica que constitua a ciência e denuncie seu passado como ideológico. [pois] cada nova ciência constitui um discurso que estabelece as condições de sua cientificidade (...) de tal forma que o conhecimento é produzido por uma pluralidade de ciências ..."
 80 (grifo no original)

Sabe-se, como já foi explicitado, que a Saúde Ocupacional constitui-se a partir da Higiene Industrial, da Segurança do Trabalho e da Medicina do Trabalho, com uma abordagem clínica, biológica, individualizada e concebendo a doença como um processo evolutivo natural, sobre o qual pode-se intervir a qualquer tempo e situação. Interessa então discutir que mudanças propõe a Saúde do Trabalhador vis-à-vis a Saúde Ocupacional para apreensão desse mesmo objeto/relação. Parte-se da idéia de que a(s) ideologia(s) teriam uma existência material, consubstanciada nos aparelhos ideológicos onde tais idéias reproduzem-se.⁸¹

Portanto, a prática estaria articulada e subjugada à uma ideologia, a qual existe pelo e para os sujeitos. Ainda de conformidade com as posições de ALTHUSSER, pode-se afirmar que

"A materialidade da ideologia, através das instituições, dos aparelhos ideológicos, obedece a leis que não são as mesmas envolvidas na produção de um conhecimento científico e, até (...), aquelas determinam a forma de produzir conhecimentos no espaço da escolha dos possíveis objetos a serem estudados, no financiamento das investigações, na divulgação de conhecimentos..."
 82

Tal fato remete à discussão do espaço institucional e instrucional em que vai ocorrer a reprodução de quadros técnicos e sindicais que passam a defender e divulgar esta nova forma de pensar e atuar sobre as relações trabalho-saúde e doença.

Assim, as ciências que se constroem seu "espaço no campo das contradições", possibilitam desenvolver instrumentos conceituais que mediam a definição de novas representações possibilitando resolver as contradições mais fundamentais.⁸³

Ciência e ideologia se articulam. É pois,

*"... dentro das normas da ideologia dominante que um elemento científico se torna objeto do saber."*⁸⁴

Cabe ainda, por fim, uma observação **conflitante** em relação ao uso da **genealogia** como instrumento para o estudo do campo Saúde do Trabalhador, na medida

80. *Idem, Ibidem*, p. 80.

81. Ver a respeito: ALTHUSSER, Louis *Aparelhos Ideológicos de Estado: nota sobre os aparelhos ideológicos de Estado (AIE)*. Rio de Janeiro: Graal, 1992. 6a. ed. Tradução por Walter J. Evangelista e Maria Laura Viveiros de Castro. Tradução de Posicion.

82. AROUCA, *op. cit.*, 1975, p. 82.

83. *Idem, Ibidem*, conforme p. 83.

84. RANCIÈRE, 1971 *apud* AROUCA, *op. cit.*, p. 84.

em que na sua vertente das políticas públicas aparece o Estado como o centro de sua formulação. É que, conforme refere FOUCAULT

*'Situat o problema em termos do Estado significa continuar situando-o em termos de soberano e soberania, o que quer dizer em termos do Direito. Descrever todos os fenômenos do poder como dependentes do aparato estatal significa compreendê-los como essencialmente repressivos ... Eu não quero dizer que o Estado não é importante; o que quero dizer é que as relações de poder e, conseqüentemente sua análise se estendem além dos limites do Estado. Em dois sentidos: (...) está longe de ser capaz de ocupar todo o campo de reais relações de poder e, principalemnete porque o Estado apenas pode operar com base em outras relações de poder já existentes. O Estado é a **superestrutura** em relação a toda uma série de redes de poder que investem o corpo, sexualidade, (...), conhecimento, tecnologia e etc..'*"⁸⁵

Mais ainda, interessa caracterizar quem produz o discurso/saber contra-hegemônico, ou seja, que **intelectuais**, no sentido "gramsciano" do termo têm contribuído para sua enunciação, como também de onde emana, tanto ao nível do movimento social sindical, quanto ao nível institucional e acadêmico, visando atualizar as afirmações de MENDES (1986) e TAMBELLINI (1984), seja na comodidade de confirmá-las, seja na inquietude mesma de até negá-las.

Do ponto de vista do método, procedeu-se ao levantamento e análise de documentos produzidos pelo Movimento Sindical, seja livros, jornais e outras publicações, particularmente de órgãos de natureza intersindical, sindical e de uma Central Sindical que se referem ao tema da Saúde do Trabalhador enquanto proposta conceitual e de política de saúde, além de realização de entrevistas gravadas com dirigentes sindicais com trajetória de envolvimento até mesmo gerencial no campo da saúde e trabalho.

Ao lado disso, procedeu-se ao levantamento e análise de dissertações e teses produzidas na Universidade que tratassem do tema, identificadas a partir de algumas "palavras-chave", como "Saúde Ocupacional"; "Medicina do Trabalho"; Medicina Social no Departamento de Saúde Ambiental da Faculdade de Saúde Pública da Usp; no Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina de São Paulo da Usp; no Departamento de Medicina Social da Faculdade de Ribeirão Preto da Usp e no Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, no período de 1967 a 1995. No caso da Usp, para os estudos apresentados a partir de 1991 foi consultado o Banco de Teses *Dedalus*, no módulo "Teses". Observe-se que as palavras-chave "Saúde e Trabalho"; "Saúde do Trabalhador" não figuram neste banco.

Neste levantamento foram considerados as possíveis linhas de pesquisa em que se inseriam as investigações; os marcos teóricos, objetos e objetivos dos estudos; as "variáveis" analisadas, os tipos de dados e de estudo quanto aos aspectos quantitativo e qualitativo; os métodos, técnicas e metodologias empregadas, na perspectiva do

⁸⁵ FOUCAULT, 1980 *apud* MAIA, 1995. Ver a respeito FOUCAULT, M. *L'impossible prison, recherche sur le système pénitentiaire au XIX siècle*. Paris, Éd. du Seuil, 1980, citado em MAIA, A.C., *Sobre a analítica do poder de FOUCAULT*. *Tempo Social*, v. 7, n.1, p. 83-103, out./ 1995, p.88

enquadramento nos campos em "disputa", bem como as referências bibliográficas marcantes.⁸⁶

Tal estratégia foi acompanhada também de entrevistas gravadas com professores e ex-professores (aposentados) destes vários Departamentos.

Procedeu-se, ainda à leitura e análise dos documentos, normas, textos produzidos no período de implantação do PST na Secretaria de Estado da Saúde em meados dos anos 80 e, posteriormente, pelos PSTs da Prefeitura Municipal de São Paulo, de Campinas, de Ribeirão Preto, de São Bernardo do Campo e Santo André, alguns deles constituídos da incorporação pelas Prefeituras municipais do projeto anteriormente alocado ao nível estadual, ao lado também da realização de entrevistas gravadas com técnicos que dirigem ou dirigiram os referidos PSTs. Com isso, pretendeu-se resgatar a história através dos discursos emanados das diferentes instâncias envolvidas, além de construí-la, pelo fato de ser uma história ainda em andamento, a partir dos atores que a protagonizam e a inserem no tempo.

Uma questão metodológica outra que se agrega, é a das entrevistas com muitos protagonistas da história que vai ser contada. Trata-se de 22 entrevistados que provêm da Academia, 8 deles; dos Serviços (e Programas), 7 deles e o Movimento Sindical, 7 deles. Tais entrevistas vêm se colocar como um elemento para enriquecer o enredo desta história ainda muito recente promovendo um espaço de positividade que é dado pela vivência dos sujeitos, aspectos não incorporados pelas reflexões de FOUCAULT e que deverão ser analisados como "inputs" para tomar viva uma realidade que está ainda pulsando na história que se pretende desvendar. São

*"Procedimentos internos, visto que são os discursos eles mesmos que exercem seu próprio controle; procedimentos que funcionam, sobretudo, a título de princípios de classificação, de ordenação, de distribuição, com se se tratasse, desta vez, de submeter outra dimensão do discurso: a do acontecimento e do acaso ... Jogo, (...), de um comentário que não será outra coisa senão a reaparição, palavra por palavra (...), daquilo que ele comenta ... Sonho lírico de um discurso que renasce em cada um de seus pontos, absolutamente novo ... a partir das coisas, dos sentimentos ou dos pensamentos."*⁸⁷

E, aqui, as falas dos entrevistados estão sendo consideradas numa perspectiva em que devem funcionar como o comentário que, como acima colocado, deverão deixar aparecer o jogo das sensações, paixões, frustrações e crenças dos atores que têm construído a história do campo em estudo.

⁸⁶. Ver a respeito BRUYNE, Paul de, HERMAN, Jacques e SCHOUTHEETE, Marc de *Dinâmica da Pesquisa em Ciências Sociais: os pólos da prática metodológica*. Tradução por Ruth Joffily. Rio de Janeiro: Francisco Alves Ed., 1991. 255p. 5a. ed. Tradução de *Dynamique de la recherche en sciences sociales*.

⁸⁷. FOUCAULT, Michel *A Ordem do Discurso*. Tradução por Laura Fraga de Almeida Sampaio. São Paulo: Loyola, 1996. 79 p. p. 21 e 23. Tradução de *L'Ordre du discours*.

Capítulo III

A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE, HIGIENE, SEGURANÇA E MEDICINA DO TRABALHO NOS ANOS 70 E 80. INFLUÊNCIAS E DEMANDAS.

3.1. Introdução

Nos anos 70, a terminologia **política pública** impõe-se no "discurso oficial e nos textos de ciências sociais", preenchendo o espaço anteriormente ocupado pela idéia de planejamento estatal.¹

Ocorre, então, uma crescente **centralização** de decisões no âmbito do governo federal, ao que se alia uma multiplicação de **órgãos, fundações e empresas públicas**

*"... encarregadas das 'políticas' econômicas, (...), industrial, (...), de saúde, trabalhista, (...), previdenciária, etc..."*² (grifos nossos)

Associa-se a esta pulverização, na prática, uma quase inexistente **articulação** entre os órgãos. Tal situação reproduz-se ao nível das instituições que vão tratar da política nacional de Higiene e Segurança do Trabalho e que se vinculam, particularmente, ao Ministério do Trabalho e Previdência Social (MTbPS). Exemplo disso, foi a criação da Fundação Centro Nacional de Segurança, Higiene e Medicina do Trabalho (Fundacentro) ligada ao MTbPS, pela Lei n°. 5.161 aprovada pelo Congresso Nacional, em 21/10/1966, após projeto submetido pela mensagem n°. 212/66 do Presidente Castello Branco, tendo iniciado efetivamente suas atividades em janeiro de 1969.

Numa conjuntura de relações econômicas hegemônicas pelo capital monopolista, a figura central é o Estado autoritário consubstanciado no Regime militar. Neste momento, então,

*"O Estado desempenhou papel central no processo de acumulação, (...), o Estado como empresário passou a ser a fonte mais importante de capital de investimento."*³

Assim, as ações de Estado teriam um papel

*"... compensatório e redistributivo e, estando destinadas a proporcionar consumos específicos e encontrando [nele] seu agente privilegiado, são entendidas como importante instrumento de controle dos antagonismos sociais..."*⁴ (itálico no original) (grifo nosso)

Apesar da Política de Higiene, Segurança e Medicina do Trabalho ter constituído, na prática, numa **delegação executiva** ao capital, ela aparece no bojo do I e do II Plano Nacional de Desenvolvimento (PND) de 1970 e 1974, respectivamente, em que os problemas sociais são assumidos como questões de responsabilidade do Estado brasileiro, num contexto de forte concentração de renda, característica do desenvolvimento **excludente** e associada à urbanização e industrialização aceleradas, cujo momento mais ilustrativo ficou conhecido como o período do "Milagre Brasileiro", compreendendo os anos

1. Ver a respeito: AUGUSTO, *op. cit.*, 1989.

2. *Idem, Ibidem*, p. 109.

3. ROCHA, Lys Esther & NUNES, Everardo Duarte O Milagre Econômico e o Ressurgimento do Movimento Social: 1964-1980. In: ROCHA, Lys Esther, RIGOTTO, Raquel Maria & BUSCHINELLI, José Tarcísio Penteadó (orgs.) *ISTO É TRABALHO DE GENTE? Vida, Doença e Trabalho no Brasil*. São Paulo-Petrópolis: VOZES, 1994. p.122-137. p. 122.

4. AUGUSTO, *op. cit.*, 1989, p. 110.

de 1967-1974. Frise-se que no pós-74 tem início um período de crise sócio-econômica interna e também ao nível internacional. ⁵

Mais ainda, complementarmente, mesmo que não se estabeleçam modificações importantes nas relações sociais,

"... trata-se da percepção de que a legitimação e a estabilidade do regime autoritário deveriam apoiar-se firmemente na expansão das políticas sociais. Colocado no centro desse processo, o Estado pode, com mais facilidade, revestir-se do caráter de entidade representativa do interesse geral ..." ⁶ (grifos nossos)

Ocorre, porém, que somente intenções não davam conta da realidade, havendo a necessidade de alguma transferência de renda ou serviços, especialmente aos trabalhadores. Mesmo que isso não se explicitasse,

"... o essencial (...) estaria ... no reconhecimento de direitos e na criação de canais de reivindicação e participação (...) papel (...) preenchido pelas políticas sociais." ⁷

Em concordância com o que apontam vários autores, considera-se que a

"[...] prática de exclusão não pode, nas sociedades capitalistas que têm certa complexidade em sua sociedade civil, transformar-se num 'não relacionamento'. Mesmo que ela se dê de forma autoritária, (...) ela tem que apresentar um cunho legitimador do poder político, para não cair num processo de relação puramente ditatorial; que não era o projeto do grupo dirigente brasileiro." ⁸ (grifos nossos)

Sabe-se que o Regime Militar iniciara

"... com o governo do general Geisel a distensão 'lenta, gradual e segura', [e] 1974 funcionou como um bumerangue: ao mesmo tempo que atingiu o centro do poder (...), trouxe à tona formas variadas de organização da sociedade civil. Os acontecimentos de novembro de 1974, (...), foram 'preparados' por vários eventos. No plano estritamente econômico, destaca-se a crise do

⁵. Ver a respeito: ROCHA & NUNES, *op. cit.*, 1994.

⁶. AUGUSTO, *op. cit.*, 1989, p. 113.

⁷. *Idem, Ibidem*, p. 113. É digno de nota observar que no período de 1974-78, caracterizado pela crise política e econômica, dá-se a constituição do grande arcabouço jurídico-legal, sendo pródigo quanto às "políticas públicas de saúde", através de medidas visando: a assistência médica hospitalar, com a criação pela Lei n.º 6.168 de 09/12/74 do "Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social" que iria financiar os hospitais construídos pela iniciativa privada; a ampliação de cobertura da assistência médica individual com o lançamento do Plano de Fronta Ação (PPA) em 1975 por parte do INPS, para aumentar a cobertura e os atendimentos de urgência, delegando-os à rede privada, inclusive em parceria com as indústrias e o comércio. A Lei n.º 6.036/74 divide o MTbPS em Ministério do Trabalho (MTb) e Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS). Com isso a prevenção dos infortúnios no trabalho permanecem com o MTb e o pagamento de benefícios às vítimas e a assistência médica com o novo MPAS. Ainda em 17/07/75 é sancionada a Lei n.º 6.229, que trata da organização do Sistema Nacional de Saúde, com a divisão de competências do Ministério da Saúde para o qual atribui-se a reformulação da política de saúde e as ações de caráter coletivo; do MPAS que vai atuar na assistência médica individual e do MTb ao qual cabe então a atribuição em higiene e segurança do trabalho, com prioridade de ações preventivas, havendo, portanto uma dicotomia total entre os órgãos e suas atividades. Finalmente, em 1978, com a Lei n.º 6.439, dá-se a criação do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social, com o objetivo de reorganizar o sistema e racionalizar custos elevados pelos gastos com assistência médica. Na prática caberá ao Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) o pagamento de benefícios e a reabilitação; a assistência médica individual ao trabalhador segurado vai caber ao recém-criado Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS) e a arrecadação e controle da cobrança ao Instituto de Aposentadorias e Pensões da Previdência Social (IAPAS) (cf. ROCHA & NUNES, 1994)

⁸. MEHRY, Emerson Elias. Brasil Pós-64: Financiamento e Modelos dos Serviços de Saúde. In: CAMPOS, MEHRY & NUNES, *op. cit.*, 1989. Capítulo 5, p. 77.

petróleo ... No plano político, foram relevantes a luta dos parlamentares do MDB, notadamente sua ala mais progressista e democrática e a 'anticandidatura' de Ulysses Guimarães e Barbosa Lima Sobrinho (...) em 1973, (...), em que denunciavam o regime militar-autoritário e conclamavam a sociedade civil à luta pela democracia. Finalmente, no plano sindical, vale lembrar as mudanças ocorridas desde a primeira metade dos anos 70, que se manifestaram mais claramente a partir de 1978." ⁹ (grifos nossos)

Além disso, as políticas públicas conviviam agora numa conjuntura em que esgotava-se o ciclo de acumulação do "Milagre Brasileiro" e, após

"... vários anos de um regime autoritário (...) excludente, mas que durante certo período apresentou uma performance econômica (...) favorável, a partir da qual a (...) fração dirigente apoiada nas forças armadas buscava alguma legitimidade, o país viu surgir movimentos sociais e políticos que despontaram por toda a sociedade." ¹⁰ (grifo nosso)

Era preciso contrapor-se a estas mobilizações. Afinal, é a partir dos anos 70 que os trabalhadores particularmente do "novo" sindicalismo, cujo berço é São Bernardo do Campo, desenham

"... com mais nitidez (...) seu perfil como ator social e político ... [isto] Representava a luta por novos direitos no espaço da produção, assim como a busca de cidadania na esfera política ... um sindicalismo mais voltado para as bases, (...), a formação de comissões de empresa nos locais de trabalho e, finalmente, um discurso que fala de dignidade do trabalhador, (...) o indivíduo não apenas como instrumento para criar riquezas, mas como pessoa." ¹¹ (grifos nossos)

Apesar da pequena participação dos trabalhadores na sua formulação e controle, a Política Nacional de Medicina, Higiene e Segurança do Trabalho, assumiu um papel legitimador particularmente junto àqueles setores do operariado industrial urbano das empresas de ponta da economia e a setores da classe média, como os profissionais médicos, enfermeiros situados num mercado de trabalho saturado na perspectiva da aspiração liberal. Tal Política, contudo, criava um novo espaço o qual iria compor, a partir do início dos anos 70, uma outra alternativa de mercado de trabalho: os Serviços Especializados Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho (SESMETs) arquitetados para serem a "ponta-de-lança" da referida política.

Gestada e amparada pelo Ministério do Trabalho (MTb) e seu "braço político-ideológico", a Fundacentro, a Política de Higiene e Segurança do Trabalho do Estado brasileiro nos anos 70 é lançada "oficialmente" com todo o vigor que se impunha, por Geisel, a partir de São Paulo, durante a realização do XIII Congresso Nacional de Prevenção de Acidentes do Trabalho (CONPAT), no ano de 1974.

Numa aliança clara entre Estado e empresariado engendra-se o discurso que irá nortear toda a estratégia campanhista cuja meta é "alcançada" com a propaganda oficial da queda do número absoluto de acidentes do trabalho, a partir de 1976, pouco importando se às custas de notória manipulação das estatísticas, o que era facilitado pelas mudanças introduzidas com a nova Lei de Acidentes do Trabalho de nº. 6.367 de 19/10/1976, a qual vai abolir direitos e benefícios anteriormente garantidos aos

⁹. RODRIGUES, *op. cit.*, 1995, p. 117.

¹⁰. *Idem, Ibidem*, p. 118.

¹¹. *Idem, Ibidem*, p. 116 e 118-119.

trabalhadores segurados, prescritos na Lei anterior de nº. 5.316 e datada de 14/09/1967.

12

O XVI CONPAT, realizado em Porto Alegre, de 31/07 a 03/08/1977 coroa a escalada "ideológico-campanhista" iniciada alguns anos antes, cujo desfecho exitoso já poder-se-ia prever apesar dos indicadores em contrário. Tal evento é o palco privilegiado onde vão ecoar as loas pelos "vitoriosos" resultados conseguidos em tão pouco tempo, depois de iniciada no XIII CONPAT, em 1974 com a profissão de fé de GEISEL, contrariando inclusive a experiência internacional acumulada nesse campo, num estilo ufanista bem a gosto da propaganda dos feitos dos regimes autoritários e ditatoriais, na procura de legitimidade ao compartilhar seus feitos com a sociedade.¹³

Assim, na abertura do XVI CONPAT o Ministro do Trabalho à época, Arnaldo da Costa Prieto, afirmava:

'Sinto-me, desta vez, tocado pela emoção justificável pelos resultados que vimos alcançando na guerra sem tréguas contra o infortúnio laboral...

'Este é o primeiro Congresso que realizamos após o registro da vitória de 1976, contra o insidioso inimigo que é o acidente do trabalho. Em 1976, conseguimos pela primeira vez na história do Brasil reduzir em termos absolutos, o número de acidentes do trabalho em relação ao ano anterior. Podemos, pois, solenemente proclamar que estamos vencendo a guerra contra o acidente do trabalho...

'Esta é uma vitória não apenas do governo Geisel, não apenas do Ministério do Trabalho. É uma vitória de todos, especialmente dos empregados, dos empregadores e dos técnicos. É uma vitória também da imprensa que muito nos ajudou a conscientizar a opinião pública para a gravidade do problema.

'Estamos colhendo os frutos de uma sementeira em terra fértil. Superamos aquela fase de estatísticas vexatórias referentes a acidentes do trabalho a que se referiu o Presidente Geisel na abertura do Congresso Nacional de Prevenção de Acidentes do Trabalho, em São Paulo, em 27 de outubro de 1974.

'Estamos atendendo à orientação do nosso Presidente que a 1º. de maio de 1974, ao sancionar a lei criando o novo Ministério do Trabalho, fixou que 'em especial, cuidar-se-á efetivamente de aperfeiçoar o sistema de proteção contra acidentes do trabalho.'"¹⁴

Tal discurso em tons militaristas, seria a tônica das autoridades do Governo Federal e do Ministério do Trabalho nos anos seguintes até que o próprio movimento sindical e setores técnicos de oposição comesçassem a desmentí-lo, como ocorreu por ocasião do Fórum " Acidentes de Trabalho - Uma Questão Política, Econômica e Social",

12. Ver a respeito das modificações e perdas de direitos introduzidas pela Lei nº. 6.367/76, POSSAS, *op. cit.*, 1981, especialmente cap. II e RIBEIRO & LACAZ (orgs.) *op. cit.*, 1985, cap. 3.

13. Ver a respeito da magnitude das estatísticas brasileiras de acidentes de trabalho, quando consideradas no âmbito mundial: SANTOS, Ubiratan de Paula, CARMO, José Carlos do, WÜNSCH FILHO, Vitor et al. Sistema de Vigilância Epidemiológica para Acidentes de Trabalho: Experiência da Zona Norte do Município de São Paulo (Brasil). *Rev. Saúde Pública*, v. 24, n.4, p. 286-293, 1990.

14. PRIETO, Arnaldo Costa Discurso na Sessão de Abertura do XVI CONPAT, Porto Alegre 31/07 a 03/08/1977. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, v. 5, n.19, p. 7-8, 1977.

promovido pelo Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde e dos Ambientes de Trabalho (DIESAT), nos dias 06 e 07/02/1981 na cidade de São Paulo.¹⁵

Frise-se que é no final dos anos 70, que inscreve-se na luta em defesa da saúde a atuação do movimento sindical de maneira mais organizada e sistemática quanto à questão saúde/trabalho.

3.2. Campanhismo e Legitimação: a Política do Regime Militar no Campo da Infortunística do Trabalho nos anos 70.

Ao serem analisadas, inicialmente, as condições de possibilidade das formações discursivas consubstanciadas na normatização dos SESMETs, devem ser situadas tanto no processo de industrialização que se aprofundara, sob a égide do capital monopolista e na necessidade de criação de mercado de trabalho para os técnicos especialistas – particularmente médicos e engenheiros – quanto ao nível da política do Estado brasileiro gestada no segundo ciclo do Regime Militar.

Era preciso dar uma resposta às críticas, particularmente àquelas vindas do exterior, ao "capitalismo selvagem" instalado com a sua contra-face o "milagre brasileiro" que se inaugurara no período do governo Médici (1969-73). Tal momento da história brasileira associa uma repressão brutal ao movimento sindical, extensão da jornada de trabalho, aumento do número de horas extras, aumento do ritmo e, no campo específico, um importante aumento do número de acidentes do trabalho.

A política do governo para dar conta deste problema adquire maior visibilidade e implementação operacional no Governo Geisel, com a criação do Ministério do Trabalho, em 1974, que até então englobava também a Previdência Social, sob o pretexto de melhor atender às demandas dos trabalhadores.¹⁶

Frise-se que a centralização político-administrativa dos Institutos de Aposentadorias e Pensões num órgão único, o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), criado pelo Decreto nº. 72 de 21/11/1966, trouxe como um dos "sub-produtos" a possibilidade da organização das primeiras estatísticas de âmbito nacional relativas aos acidentes do trabalho, já que anteriormente estavam dispersas e fragmentadas. (Ver tabela 1, à página 37-1)

Contudo, é ainda no governo Médici, com o Decreto nº. 70. 861, de 25 de julho de 1972, o qual institui o Plano Nacional de Valorização do Trabalhador (PNVT), que se dá a emergência do discurso da prevenção a partir da

"... diretriz: a meta é o homem. (...), partindo da concepção filosófica de um humanismo cristão (itálico no original) (...) [e de] todo um conjunto de medidas protetoras que enfoca o homem no relacionamento de suas diferentes dimensões". Com isso pretende-se "a valorização do trabalhador, através de legislação específica."

¹⁵. Ver a respeito: RIBEIRO & LACAZ (orgs.), *op. cit.*, 1985, capítulo 3.

¹⁶. Estas preocupações são expressadas por GEISEL, então presidente da República do Brasil, em seu discurso na abertura do XIII CONPAT, realizado em São Paulo em 1974.

"Como consequência dessa filosofia da Revolução, o Governo dará prioridade à sua política de ação social, no campo da educação e aprimoramento cultural do trabalhador ...

A dinamização dessa política de valorização do trabalhador se processa, entre outras modalidades, com:

- a coordenação das ações desenvolvidas pelos órgãos públicos ou privados que se dedicam ao aprimoramento profissional, cultural e social do trabalhador, a fim de proporcionar-lhe educação contínua, maior eficiência individual, elevação do nível de vida e participação efetiva na renda nacional....;
- a preparação de técnicos em higiene e segurança do trabalho;
- a intensificação das campanhas de esclarecimento público das medidas de proteção contra acidentes do trabalho;
- o incremento da difusão educacional e cultural do trabalhador." (grifos nossos)

Dentro dessa estratégia é de vital importância, então, o PNVT, que dentre outras metas situa, na de número IV, aquela que vai dar conta da questão da segurança e higiene do trabalho. ¹⁷

Assim, caberá à Fundacentro, o papel de epicentro operacional do movimento campanhista. Desta forma, ela terá um papel central no desenvolvimento das campanhas de caráter nacional visando atingir-se os objetivos da meta IV.

Tal organismo, originalmente gestado no início dos anos 60, a partir das idéias de um grupo de técnicos ligados ao Serviço Social da Indústria (SESI), Faculdade de Saúde Pública e Associação Brasileira de Prevenção de Acidentes (ABPA) baseados em experiências de órgãos semelhantes, isto é, Institutos de Higiene e Segurança do Trabalho existentes na Europa e que tiveram frustradas suas intenções, é finalmente criado com apoio da Organização Internacional do Trabalho (OIT). ¹⁸

¹⁷. Dentro da Plano Nacional de Valorização do Trabalhador (PNVT) teve papel central a Fundacentro, órgão ligado ao Ministério do Trabalho e que assumiu a coordenação da gigantesca tarefa de formar a nível nacional 'no período de 1973-74, 16.839 profissionais de nível superior e médio para o controle da segurança e higiene do trabalho; promover a Campanha Nacional de Prevenção de Acidentes com a finalidade de divulgar ensinamentos técnicos e (...) práticos de prevenção de acidentes, segurança, higiene e medicina do trabalho.'" Conforme: VIANA, Gilson Luis A Meta é o Homem. *Revista Bras. de Saúde Ocupacional*, v. 1, n.1, p. 5, 1973. Esta citação é parte do pronunciamento do então Secretário da Secretaria do Trabalho do Ministério do Trabalho e Previdência Social do governo Medici, Gilson Luis Vianna, por ocasião do lançamento, em janeiro de 1973, do primeiro número da *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, órgão oficial da Fundação Centro Nacional de Segurança, Higiene e Medicina do Trabalho - Fundacentro - organismo vinculado ao Ministério do Trabalho e que irá coordenar toda a estratégia campanhista de formação de técnicos e trabalhadores na área da "higiene e segurança do trabalho", assumindo a vanguarda na promoção, propaganda e divulgação dos feitos do regime nesse campo, em busca de legitimidade, à semelhança do papel desempenhado pelo Departamento de Imprensa e Propaganda (DIP), em termos mais gerais, durante o Estado Novo. Observe-se que foi um organismo vinculado ao MTB que assumiu a formação dos quadros que iriam atuar na área, sendo que ao Ministério da Educação e Cultura coube um papel secundário, inclusive na formulação curricular dos cursos ministrados. Aqui houve uma importante participação dos acadêmicos da FSP-USP, enquanto bloco formulador, na proposição dos conteúdos programáticos desses cursos ministrados em todo o país, a partir de 1973, empreitada que inclusive suplantou em muito a meta de número de formandos prevista inicialmente.

¹⁸. Conforme entrevista gravada concedida ao autor por A, médico, ex-assessor de entidade técnica empresarial, em 31/05/94 e um de seus idealizadores, juntamente com Joaquim Augusto Junqueira, médico vinculado à entidade patronal ABPA. Segundo ele, a idéia surgida em 1964, durante Seminário Latinoamericano de Higiene e Segurança do Trabalho promovido pela OPAS em São Paulo, às vésperas do Golpe Militar, era criar um "Instituto de caráter universitário (...) prá ter atividade importante de pesquisa, ...

Isto aconteceu após uma série de tratativas e entendimentos com a Direção Geral da Repartição Internacional do Trabalho (RIT), órgão executivo da OIT, que se iniciaram por ocasião da 48ª. Sessão da Conferência Internacional do Trabalho, realizada em Genebra em 1964, durante o governo Castello Branco, na gestão do então Ministro do Trabalho e Previdência Social Arnaldo Sussekind.

Tratava-se, então, de instalar no Brasil um organismo de caráter técnico-consultivo

"... no que tange (...), à produtividade, à prevenção dos infortúnios do trabalho, à educação operária, ao aperfeiçoamento do pessoal de direção de empresas, à aplicação prática das convenções ratificadas, etc..." ¹⁹ (grifos nossos)

Com tais pressupostos, incumbe-se o Ministro de sugerir à OIT a instalação de um Centro de Segurança e Higiene para a América Latina, com sede na cidade de São Paulo.

Ocorre, porém, que não cabia submeter-se aos órgãos internacionais e esta relação com a OIT deveria ser feita de

"... forma altaneira, como a pleitear o reconhecimento de um direito e não de um favor. E se for imposta alguma condição incompatível com as diretrizes da Revolução, abandone a idéia." ²⁰ (grifos nossos)

Foi esta a declaração de Castello Branco, então presidente da República do Brasil, ao ministro Sussekind quando da sua ida à reunião da OIT em Genebra, no ano de 1964.

Depreende-se aqui, um discurso que se articula com e é transpassado pela imagem de grande nação e de potência emergente que a chamada "Revolução de 64" procurou cunhar junto à comunidade internacional. Assim, não caberia transigir, mesmo com a principal entidade internacional, à luz das diretrizes traçadas pelo Regime Militar. ²¹

vamos aproveitar a OPAS prá poder financiar coisas e fizemos um plano de um Instituto ..." E o projeto do Instituto "é a Fundacentro." Inspirado nos Institutos da Europa como o de Milão, Elsinque, foi levado para obter apoio da OPS, da OIT em Genebra, onde foi aprovado e voltou ao Brasil sob a tutela do Ministério do Trabalho (MTb), "vinculado ao MTb". Com "atividade assistencial paralela prá abastecer a investigação, que é a vida dos Institutos. (...) Nós propusemos uma vinculação à Usp, convencemos à Universidade que esta vinculação seria interessante, mas (...) os azares das coisas levaram o Ministério do Trabalho a resolver de outra forma." Para isso "interferiu o Prof. Cesarino Jr. (1906-1992) que era representante do Brasil na Comissão de Normas da OIT, levou o projeto prá Genebra (...) o Ministro do Trabalho foi prá Genebra, incorporou o assunto (...) e o Instituto foi criado um pouco diverso daquilo que foi o seu propósito inicial."

¹⁹ SUSSEKIND, Arnaldo. A idéia da instalação do CENTRO NACIONAL DE SEGURANÇA, HIGIENE E MEDICINA DO TRABALHO. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, v. 1, n. 1, p. 6-8, 1973. p. 6.

²⁰ *Idem, Ibidem*, p. 6.

²¹ Ao retornar ao Brasil Sussekind nomeia uma Comissão composta entre outros pelo jurista Cesarino Junior, professor da Faculdade de Direito da USP, por Jorge Duprat Figueiredo empresário ligado à Federação das Indústrias do Estado de São Paulo (FIESP) e do grupo das indústrias de vidro Nadir Figueiredo, Eduardo Gabriel Saad advogado e também acessor da FIESP, para "promover os entendimentos e estudos necessários à criação do Centro Nacional, inclusive o respectivo projeto de lei." (SUSSEKIND, *op. cit.*, 1973, p. 7) Este projeto foi submetido ao Congresso Nacional pela presidência da República tendo se transformado, com algumas alterações, na Lei nº. 5.161, de 21/10/66. Frise-se que Jorge D. Figueiredo e Eduardo G. Saad, serão o primeiro presidente e o segundo superintendente da Fundação, respectivamente. A criação da Fundacentro situa-se como um elemento importante da estratégia de legitimação do regime militar junto aos empresários e trabalhadores e é curioso assinalar que de sua implantação participam ativamente dois intelectuais, Sussekind e Cesarino Júnior, que no governo Vargas, durante o Estado Novo, tiveram importante papel. Conforme GOMES

Observa-se então uma prática semelhante àquela dos anos 30-40, mas que agora tem o Estado como efetivo condutor e o empresariado como parceiro, já que o liberalismo era deixado de lado naquele momento de importante intervenção estatal como alavanca para o desenvolvimento industrial.

Frise-se que é apoiada pela OIT a criação do órgão que será fundamental na estratégia do governo brasileiro em sua busca de relações de legitimidade junto à sociedade e ao movimento sindical de trabalhadores no campo da **segurança, higiene e medicina do trabalho**.²²

É simbólico e ilustrativo lembrar que a Fundacentro começa a funcionar em 31/01/1969, numa conjuntura de intensa repressão ao movimento sindical que se expressa na intervenção em sindicatos de trabalhadores e num cada vez maior cerceamento às liberdades de organização e expressão, logo após a edição do Ato Institucional nº. 5, baixado pela Junta Militar em dezembro de 1968.²³

(1994) um deles, Sussekind, juntamente com Oscar Saraiva, Dorval Lacerda e Segadas Vianna formava, ao nível do Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio "um verdadeiro *staff* ministerial. (...) que estudavam e preparavam os textos dos novos decretos, bem como se encarregavam da reforma das leis anteriores." (p. 199) Ao lado disso, preparavam as palestras semanais muitas delas proferidas pelo Ministro do Trabalho, Indústria e Comércio, do governo Vargas, Alexandre Marcondes Filho no Programa radiofônico "Hora do Brasil", sob a orientação do Departamento de Imprensa e Propaganda (DIP) e que se constituíram, durante um período de mais de três anos, a partir de 1942, - num traçado do perfil da política do trabalhismo e da própria conjuntura nacional (cf. GOMES, *op. cit.*, 1994). Para esta autora, tais palestras, eram o registro vivo e "oficial da prática e da doutrina do Estado Novo nesta área crucial da política." (*idem, ibidem*, p. 199) O outro, Cesarino Jr., no final de 1941 teve importante papel na montagem de "... uma organização cuja fachada deveria ser cultural, mas cujo objetivo prioritário seria constituir-se numa grande base de apoio político para (...) Vargas... A idéia era criar a União Cultural Brasileira ... A UCB nascia para reunir o que de mais expressivo política e intelectualmente existisse no país em termos de lideranças (...) para solidificar a difusa presença de Vargas entre os trabalhadores. ... Cesarino redigiu os estatutos da UCB e Marcondes Filho o seu manifesto... , aventou-se a possibilidade de um dos dois (...) ser nomeado para a pasta do Trabalho. A escolha acabou recaindo em Marcondes, o então presidente da UCB.... Cesarino, o vice da UCB, foi nomeado para o recém-criado cargo de corregedor-geral da Justiça do Trabalho, tendo acesso a todas as Delegacias Regionais do Trabalho (...) devendo viajar por todo o país para fiscalizar a nova justiça. Desta forma poderia afastar-se de suas aulas na Faculdade e de seu escritório em São Paulo, dedicando-se apenas à organização dos núcleos da UCB." (GOMES, *op. cit.*, p. 251) O engajamento destes homens na construção do trabalhismo, muito provavelmente credencia-os a assumir relevante papel na estratégia de aproximação do Regime Militar com os trabalhadores, já nos primeiros anos pós-golpe.

²². É interessante observar que mesmo no auge do regime discricionário-ditatorial, o governo militar necessitava buscar apoio junto à sociedade civil, isto é, aqui se expressa conforme a opinião de OFFE a respeito de uma certa visão de Estado, a "...dupla função do Estado de garantir os mecanismos de acumulação, ao mesmo tempo em que busca alcançar a legitimação do exercício do poder político, (...), necessárias à reprodução da produção de mercadorias." Ver: FLEURY, *op. cit.*, 1994, p.21. Mais ainda, este seria um exemplo claro de que, segundo aponta GRAMSCI, "O exercício do poder político nas sociedades complexas, a reprodução da dominação de classe, não estaria restrito às funções coercitivas mas envolveria ademais o alcance do consentimento ativo e voluntário dos dominados, ou seja, a hegemonia." Ver a respeito: FLEURY, *op. cit.*, 1994, p.24 (grifos nossos) Não seria esta visão "macro-societal" próxima daquela de FOUCAULT, quando trata dos micro-poderes, ao nível das relações que se estabelecem em instituições como a fábrica, por exemplo, quando ele fala do adestramento e do assujeitamento? "O poder disciplinar é com efeito um poder que, em vez de se apropriar e de retirar, tem como função maior 'adestrar'; ou sem dúvida adestrar para retirar e se apropriar ainda mais e melhor." Ver: FOUCAULT, *op. cit.*, 1994, p.153

²³. A propósito, é interessante recortar trecho da fala de transmissão de cargo, em 15/03/1974, na qual o então Ministro do Trabalho do governo Médici, Júlio Barata assim se referiu ao estágio de cooperação atingido por Estado-Sociedade, a partir de uma atuação "saneadora" sobre as resistências de classe afloradas em sua gestão: 'Agradeço (...) a todos os dirigentes sindicais de empregados e de empregadores pela compreensão demonstrada no desempenho de suas atividades, durante todo o período em que não houve uma só greve, nem

Esta situação conforma, claramente, os limites para qualquer apelo feito à convocação de uma participação **com liberdade** por parte dos sindicatos na "cruzada" contra os acidentes do trabalho, tema constante das atividades patrocinadas pelo regime como parte da Campanha Nacional de Prevenção de Acidentes do Trabalho, instituída em caráter permanente pelo Decreto nº. 68.255 de 16/02/1971, sob a coordenação do Ministério do Trabalho e Previdência Social e realizada anualmente desde essa época. Tal promoção culminava com a realização do Congresso Nacional de Prevenção de Acidentes do Trabalho (CONPAT) ao final de cada ano.²⁴

O CONPAT é um evento que agora passa, oficialmente, a fazer parte da Campanha Nacional de Prevenção de Acidentes do Trabalho, dentro do PNVT- Meta IV.

É de tal ordem a importância que o governo militar atribui à questão que, em 1974, no ano de sua **posse**, o então Presidente da República Ernesto Geisel participa da sessão inaugural, no dia 27/10/1974, do XIII CONPAT, que o MTb realizou na capital de São Paulo no Palácio das Convenções do Parque Anhembi.

Em seu pronunciamento como membro de honra da Mesa de Abertura do Congresso, Geisel discorre sobre a transformação vivida pelo Brasil no pós-64, referindo que sua presença naquele evento traduzia a importância que seu

'[...] Governo, desde as primeiras horas, desejou atribuir e vem, persistentemente, atribuindo aos problemas fundamentais do homem brasileiro, em particular os da grande massa de trabalhadores das cidades e dos campos....

'Em minha primeira mensagem ao Congresso Nacional, (...), tratei, desde logo, do desdobramento do Ministério do Trabalho e da Previdência Social.

'Não fiz, apenas, para assegurar atendimento melhor (...) Objetivei, também, restringir a área própria de atuação do antigo Ministério, de modo a permitir ao ministro responsável dedicar-se mais intensamente ao mundo, em expansão, do trabalhador brasileiro, onde múltiplos e velhos problemas se acrescem de novos desafios, ainda mais sérios, entre eles, como dos mais significativos, os que dizem respeito à segurança do trabalho e à recuperação dos acidentados.

uma só agitação; (...); em que, enfim, sem demagogia e sem paternalismo, incentivamos e promovemos a associação de operários e de patrões, imprimindo-lhe o sentido primordial de serviço e em que o número de intervenções necessárias, seja por motivo de **segurança nacional**, seja em defesa do patrimônio sindical, se reduziu ao mínimo dos mínimos, inferior a meio por cento" (grifos nossos) Na mesma linha discursiva, porém informada pelo potencial de conflito social vivido no momento e dos "anos de chumbo" que ainda viriam, coloca-se este excerto do discurso de posse de Arnaldo da Costa Prieto, Ministro do Trabalho de Geisel e que se empossava: "Mais do que os problemas de um país em desenvolvimento, no Brasil, (...) vivemos **problemas** de um desenvolvimento diferenciado. Toda esta gigantesca luta do povo brasileiro é **solidária**, para que todas as regiões se beneficiem igualmente, (...) dentro de um clima de **ordem e de paz**. Para a **manutenção** deste clima, quase único num **universo de perplexidades e de conflitos**, iremos aos **extremos** limites de nossos esforços e de nossa **dedicação**." Ver a respeito: *Revista bras. Saúde Ocup.*, v.2, n.5, p. 6-7, 1974. Frise-se que foi em 1968, antes do AI-5 que ocorreram as últimas greves importantes no país até 1978. Foram as greves dos metalúrgicos de Osasco/SP e Contagem/MG, derrotadas pelo aparato repressivo do Regime Militar, com posterior intervenção nos sindicatos das categorias em greve. Ver a respeito: WEFFORT, Francisco Correa "Participação e Conflito Industrial: Contagem e Osasco, 1968." *Cadernos CEBRAP*, n. 5, São Paulo, 1972. (mimeo)

²⁴ Os CONPATs já se realizavam desde 1962, com a participação basicamente dos membros de CIPAs, sendo que o número de participantes cresce de 91 em 1962, para 1.135 em 1973, 3.361 em 1974 e 4.176 em 1975. A partir de 1974 é a Fundacentro que organiza e promove os CONPATs.

'Por isso, no dia consagrado ao trabalho e ao trabalhador, a primeiro de maio último, afirmei que daria atenção toda especial ao aperfeiçoamento que se faz urgente, do sistema de proteção contra acidentes do trabalho....

'De fato, somente após decisão de caráter global, (...), podem os problemas específicos (...), merecer devida apreciação e ser bem resolvidos, como é o caso deste que aqui nos congrega - o da segurança do trabalho - que não é simples problema de legislação trabalhista com adequado e estrito problema de educação, de engenharia sanitária e higiene, de tratamento médico-hospitalar, inclusive de reabilitação profissional, tanto quanto de um razoável esquema de indenizações e aposentadoria.

'As estatísticas referentes a acidentes do trabalho, entre nós, são, sabidamente, muito mais que insatisfatórias, se não mesmo vexatórias. Em custos diretos, as perdas da economia brasileira, devidas a acidentes, elevaram-se, em 1973, a mais de um bilhão de cruzeiros. (...) E isso significa que o País, num esforço tremendo, despendeu, apenas no atendimento de acidentados do trabalho, soma equivalente a 70% do total gasto pelo INPS, em assistência médica a toda a população beneficiária. Perdemos mais de duzentas e quarenta milhões de horas de trabalho e, muitíssimo mais grave do que isso, sofremos, em 1973, a perda de mais de 3.000 vidas preciosas em acidentes do trabalho...

'O acidente do trabalho, (...), não representa apenas vultoso prejuízo econômico à Nação e um mal social inaceitável. Antes de mais, é um drama humano de trágicas proporções...

'Impõe-se, portanto, encarar o problema principalmente em termos de valores humanos e não apenas de simples valores econômicos, garantindo da maneira mais eficaz e ampla possível, a tranquilidade e segurança do trabalhador e, (...) de suas famílias. Assim, não bastará considerar em números frios, o montante de risco implícito a cada categoria de trabalho e imputar-lhe a responsabilidade ao empresário. Nem, tampouco, montar adequado sistema de reabilitação do acidentado ou cuidadoso e eficiente aparato médico-hospitalar.

'O que importa é a estruturação de esquemas preventivos, através dos quais, sem prejuízo da produtividade, busque-se reduzir ao mínimo, se não eliminar, a ocorrência de acidente, tornando-o anomalia excepcional no processo produtivo.

'Esse é problema que devemos enfrentar juntos, em ação coordenada - Governo, empresas e sindicatos, empresários e técnicos, empregados e empregadores. Ao Governo Federal, através do Ministério do Trabalho, cumpre ditar a política prevencionista, fiscalizar-lhe a disciplina de aplicação, baixar normas que a tornem mais e mais eficiente, alocar-lhe recursos (...) e, além do mais, despertar a consciência nacional para problemática tão pungente.

'Incumbe ao trabalhador capacitar-se de sua responsabilidade pessoal em sua própria proteção, como agente e paciente que é, no mais das vezes, no processo acidentário, cumprindo-lhe utilizar-se devidamente dos equipamentos de proteção e, obedecer rigorosamente às regras do Serviço de Prevenção Contra Acidentes.

'À empresa cabe o dever, (...), de conscientizar-se de que, ao prevenir acidentes, está, a um tempo, tranquilizando o ambiente de trabalho e assegurando melhor produtividade a seus fatores de produção. (...) estabelecer adequadas normas de serviço, fiscalizar-lhes a execução com todo o rigor - são aspectos mais salientes de sua múltipla responsabilidade....

'Mas se ao trabalhador, como pessoa humana e à empresa (...) faz-se chamamento, não se poderia deixar de convocar também para essa cruzada, o sindicato - entidade (...)

cooperadora do poder público. É que são altos interesses coletivos, mais do que isso, interesses públicos mesmos, os que estão em jogo nesta campanha que ora aqui empreendemos. Por isso mesmo, espero que esse congresso seja um marco (...) no Programa Nacional de Segurança do Trabalho. E sê-lo-á, sem dúvida, se todos nós, Governo, sindicatos, empresas e trabalhadores - nos dermos esclarecida conta da responsabilidade que a cada um nos cabe nesta verdadeira campanha de redenção do trabalho." ²⁵ (grifos nossos)

A extensa citação acima impõe-se porque expressa de maneira clara e patente a postura do Estado brasileiro frente ao "flagelo" do acidente do trabalho, como "incômodo" elemento ao mesmo tempo de entrave do avanço e denúncia do modelo sócio-econômico excludente de desenvolvimento adotado no pós-1964.

Trata-se de um discurso que explicita a busca da cooptação dos trabalhadores, como "sujeitos-assujeitados" e de seus órgãos representativos – os sindicatos – numa cruzada que deverá envolver cada momento da vida dos operários (e de suas famílias), como parte de uma estratégia de fazê-los cumprir rigorosamente regras e normas emanadas do competente aparato técnico assessor do empresário e que terão o objetivo de superar seu despreparo e tendência de não serem capacitados para exercer a própria proteção, na medida em que, inclusive, devem ser instados a obedecer normas para o uso dos equipamentos de proteção. Assim, que oportunidade mais adequada poderia haver de um chamamento para a verdadeira "redenção do trabalho" que não este em que o próprio Presidente da República, mandatário maior, se coloca também como co-partícipe desta grande empreitada e se imana com seus concidadãos? ²⁶

3.2.1. Os Serviços de Higiene, Segurança e Medicina do Trabalho: a Política de Delegação ao Capital do Controle da Saúde nos Locais de Trabalho.

O que se propõe neste momento analisar mais diretamente, tendo como pano de fundo a postura do Estado nos anos 70 e como referência a abordagem das relações entre saúde/doença e trabalho desenvolvida pela visão hegemônica da Medicina do Trabalho/Saúde Ocupacional, é a estratégia operacional incorporada pelos serviços de segurança e medicina do trabalho por elas informados.

É justamente este discurso que será a matriz da política adotada pelo Estado brasileiro no final dos anos 60 e durante os 70, no período do Milagre Brasileiro e caracterizado do ponto de vista sócio-político-econômico pela elevada ocorrência de acidentes de trabalho, indicadores das precárias e nocivas condições de trabalho

²⁵. Consultar: *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, v. 2, n.8, p. 6-7, 1974.

²⁶. É interessante observar que o "não dito" do discurso é a questão do ato inseguro, teoria considerada "científica" e desenvolvida no início do século, a partir de dados empíricos levantados em indústria de munições durante a I Guerra Mundial, para explicar a grande ocorrência de acidentes do trabalho em função do despreparo e da propensão a acidentar-se constitutiva das personalidades individuais. Esta "imputação da culpa à vítima" tem uso corrente até os dias de hoje, Existe uma vasta literatura no campo da psicologia que acolhe e critica tal explicação. Ver a respeito, por exemplo: SZASZ, Andrew *Accident Proneness: The Career of an Ideological Concept. Psychology and Social Theory*, n.4, p. 25-35, 1984 e BERMAN, Daniel *Death in the Job*. New York, Monthly Review Press, 1978.

envolvendo a exposição a substâncias perigosas, jornadas de trabalho extenuantes, alto número de horas-extras, ritmo alucinante, baixos salários, instabilidade no emprego e repressão sindical.²⁷

Tal política baseia-se, fundamentalmente, na delegação às empresas da tutela da saúde dos trabalhadores.

Os Serviços Especializados em Segurança (Higiene) e Medicina do Trabalho (SESHMTs), são previstos em ato exclusivo do Poder Executivo que lança mão, através do Ministério do Trabalho e Previdência Social (MTbPS), da Portaria nº. 3.237 de 27/07/1972 quando o Governo Medici ao traçar a diretriz:

*"A Meta é o Homem...partindo da concepção filosófica de um humanismo cristão, baixou e pôs em execução todo um conjunto de medidas protetoras que enfoca o homem no relacionamento de suas diferentes dimensões. (grifos no original) É a valorização do trabalhador, através de legislação específica."*²⁸

Surge, então, o Plano Nacional de Valorização do Trabalhador que em sua meta IV, trata da segurança e higiene do trabalho.

*"Compreende-se e justifica-se: a saúde não deve ser simples ausência de doença, mas, (...) acima de tudo, deve proporcionar o bem-estar físico, mental e social do trabalhador."*²⁹

A Portaria, conforme já foi citado, previa a criação e a obrigatoriedade de implantação dos Serviços Especializados de Segurança, Higiene e Medicina do Trabalho, a

²⁷. Ver a respeito, para uma análise do modelo econômico e suas consequências para as condições de trabalho: SINGER, Paul *A crise do "Milagre": interpretação crítica da economia brasileira*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1976, particularmente capítulo II e, para os reflexos sobre a saúde coletiva TAMBELLINI, Anamaria Testa *A Medicina do Século XX no Brasil*. Congresso Internacional de Americanistas. Amsterdam, 4 a 8/07/1988. [mimeo]

²⁸. No XIV CONPAT de 1975 representante da Confederação Nacional da Indústria (CNI) pronunciava-se nessa mesma linha ao falar sobre "A Participação do Empresário na Prevenção de Acidentes" considerando que vários motivos levaram à "humanização do trabalho, visando a melhoria das condições de trabalho e admissão de (...) formas de participação nos lucros [com] novos esquemas de relacionamento entre empregados e empregadores, embora a hegemonia do processo produtivo continue detida, unilateralmente, pelo capital. [busca-se] participação mais positiva entre capital e trabalho, (grifo do autor) não só humana, mas humanizante, (...), criando mecanismos que estimulam a participação consciente e responsável de todos no processo, permitindo ainda, a todos, não só ter mais, mas ser mais." A empresa teria então "uma função social, a de servir à comunidade, (...) funcionando como fator de promoção humana de todos que nela colaboram." Frise-se que as noções expressas no pronunciamento baseiam-se na *Pequena Enciclopédia de Moral e Civismo*, editada pela PUC-RJ, de autoria do Padre BASTOS ÁVILA. Trata-se de um discurso que se dirige às críticas às cruéis "condições de trabalho, (...) salários vis e duração excessiva da jornada diária, de até 15 horas ..." características da "fase capitalista" conforme sublinhava o próprio representante da CNI, na abertura de seu pronunciamento. Ver a respeito: Ministério do Trabalho-DNSHT-INPS-Fundacentro. *Anais do XIV CONPAT*, Rio de Janeiro, 09-14/11/1975, p. 381-382. É digno de nota a postura de socorrer-se de um texto que expressava a posição da Igreja, a maior força social que se contrapunha ao posicionamento dos principais opositores da exploração capitalista e que propugnavam pelo avanço do comunismo, após a Revolução de Outubro de 1917. De certa forma o pronunciamento acima resgatava importantes passagens do que era veiculado pela Encíclica Papal "Rerum Novarum", um libelo contra a ameaça bolchevique.

²⁹. Ver a respeito: *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, (Editorial) v. 1, n. 1, p. 5, 1973. Percebe-se, ainda, aqui, a preocupação do Regime Militar com sua legitimação junto aos trabalhadores, numa perspectiva humanista cristã, à semelhança do que ocorrera por ocasião do Estado Novo quando da criação do Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio, o qual teve um papel decisivo na consolidação da imagem de Getúlio Vargas e do próprio regime político da época, na medida em que ao ser o artífice do trabalhismo, toma a palavra dos trabalhadores e passa a falar por eles. Ver: GOMES, *op. cit.*, 1994. 2ª edição

semelhança dos SMEs até então existentes, a qual seria modificada pela Portaria do Ministério do Trabalho (MTb) nº 3.460 de 31/12/1975 que

"Dispõe sobre a obrigatoriedade de manutenção, pelas empresas, de serviços especializados em segurança, higiene e medicina do trabalho."

Tem entre seus considerandos um que explicita

"... ser preocupação básica do Governo uma imediata atuação no sentido de minimizar os índices de acidentes do trabalho e aprimorar as condições de salubridade dos ambientes de trabalho".

Portanto, a diminuição da frequência dos acidentes do trabalho dar-se-ia pela adoção de medidas aparentemente técnicas, delegadas às empresas, **sem qualquer participação dos trabalhadores**. Consubstancia-se, agora, com mais nitidez, a atuação da **medicina** numa articulação com a produtividade, o que era ainda timidamente explicitado nos anos 40 e 50 e apenas enunciado pela higiene do trabalho nos anos 30 e já implementado nos 60, quando do início do estabelecimento dos convênios entre o INPS e as empresas - o primeiro deles dá-se em 1964 e é firmado entre o IAPI e a Volkswagen de São Bernardo do Campo - que recebem um "valor fixo" do Instituto e passam a comprar serviços de empresas de assistência médica, as "Medicina de Grupo" que assumem as funções de seleção da mão-de-obra; controle periódico de pessoal e do absentismo.³⁰

Observe-se que o empresariado fazia coro com esse posicionamento, mesmo porque já se antecipara, nos anos 50 - no caso das maiores empresas - quando da criação dos Serviços Médicos de Empresa, assumindo agora, a necessidade de formação de técnicos competentes para atuarem em segurança, higiene e medicina do trabalho.

Por ocasião do XIV CONPAT, realizado em 1975 no Rio de Janeiro, representante da Confederação Nacional das Indústrias (CNI) afirmava que hoje as indústrias exigem

*"[...] mão-de-obra melhor qualificada [visando] novas perspectivas para o progresso (...) [inclusive] em setores até então virgens, como o da **segurança e higiene do trabalho**. [o empresário] muitas vezes se **antecipou** às medidas legais, que hoje, (...), colocam o País em posição de **destaque**, em se tratando de estrutura **oficializada** para minimizar os danosos efeitos dos **elevados** índices de acidentes do trabalho, que a todos sérias apreensões acarretam... [por isso o apoio] no sentido de ser atribuída às **Universidades** a formação de especialistas em Medicina do Trabalho e Engenharia de Segurança do Trabalho ... [para] a **prevenção** de acidentes do trabalho e doenças do trabalho [e o empresariado aceita] o desafio para entrar também, decisivamente, na **luta prevencionista** do setor de **higiene e segurança do trabalho** (...) **dever moral** de cada um em benefício de todos." ³¹ (grifos nossos)*

Se, aparentemente a prioridade é a prevenção, aos

*"SESHMETs [cabe a] finalidade principal [de] **preservar a integridade do trabalhador e o equipamento**, face à agressividade do (...) trabalho (...) devendo atuar junto*

³⁰. Conforme ROCHA & NUNES, *op. cit.*, 1994.

³¹. Ver a respeito: Ministério do Trabalho-Divisão Nacional de Segurança e Higiene do Trabalho-Instituto Nacional de Previdência Social-Fundacentro. *Anais do XIV CONPAT*, Rio de Janeiro, 1975. p. 382, 386 e 390-1.

às atividades fins, visando (...) a continuidade operacional e o aumento da produtividade".
³² (grifos nossos)

Tal discurso sugere, claramente, a íntima relação existente entre os Departamentos de Produção e os SESHMETs, chegando mesmo à sua subordinação àqueles. Quando, finalmente, com a Portaria do MTb nº 3.406 de 31/12/1975 os Serviços passam a funcionar **de fato**, uma preocupação adicional com a realidade das indústrias "de ponta", capital intensivas é explicitada. No artigo 4º. da Portaria está prescrito que

"... no estabelecimento que operar (...) em mais de um turno de trabalho, as atividades do pessoal especializado em Segurança e Medicina do Trabalho serão fixadas de forma a assegurar cobertura efetiva a todos os turnos (...) com mais de 100 empregados..." (grifos nossos)

Quanto à competência dos SESHMETs, fica clara a finalidade **disciplinadora e adestradora** já que a eles caberá

"... a análise de acidentes e doenças do trabalho; a proposição de normas e regulamentos de segurança do trabalho; exames de trabalhadores expostos a maior risco; trabalho educativo quanto a medidas de proteção; (...); manutenção de cadastros de dados e análise das estatísticas para orientar medidas de prevenção; estudo do fator humano no acidente; estudo das causas de absenteísmo..." ³³ (grifos nossos)

Trata-se do discurso da competência técnica que tudo prevê e controla, no qual o trabalhador não aparece, não fala e não participa da análise de suas condições de saúde e de trabalho, é um mero objeto/"fator humano".

Esta Portaria seria substituída e reformulada pela Portaria do MTb nº. 3.214 de 08/06/1978 que em sua Norma Regulamentadora nº 4 (NR 4), dispõe sobre a criação dos Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho (SEESMETs), a qual encontra-se em vigor até hoje, ³⁴ tomando sempre como referência a Recomendação nº 112 da OIT. Na definição de atribuições dos SEESMETs não mais estão **explicitados** objetivos quanto à produtividade, mas sim uma "neutra" preocupação com

"... a integridade física e mental do trabalhador, sua segurança e o controle dos riscos profissionais, a melhoria das condições de trabalho e do ambiente, promovendo a sua saúde nos diversos setores industriais; estudando as causas médicas do absenteísmo e propostas de medidas para o seu controle; [mantendo] registros sistemáticos de todas as ocorrências referentes à saúde de cada empregado." ³⁵ (grifos nossos)

³² Ver a respeito: Portaria do MTbPS n. 3.237 de 1972.

³³ Uma análise detalhada das várias Portarias que regulamentaram o papel dos SESHMETs encontra-se em LACAZ, *op. cit.*, 1983, especialmente capítulo 3.

³⁴ Para uma abordagem detalhada das atribuições dos Serviços Especializados em Medicina do Trabalho desde a primeira Portaria de 1972, consultar: LACAZ, *op. cit.*, 1983, capítulo 3.

³⁵ A partir dessas atribuições pode-se dizer que os SEESMETs são "Serviços de Saúde" que levam a **medicalização** para dentro dos locais de trabalho. A saúde do trabalhador vai se propor a desfazer essa invasão, trazendo para o âmbito do serviços de saúde pública a atenção, prevendo a **participação coletiva** dos trabalhadores e a apropriação de informações como elemento para controle da sua saúde, mas não numa visão fenomenológica como proposta por Ivan Illich, de que ela "estaria melhor cuidada se estivesse sob a responsabilidade do próprio interessado". Ver a respeito: SINGER, Paul, CAMPOS, Osvaldo et al. *Prevenir e Curar: o controle social através dos serviços de saúde*. Rio de Janeiro: FORENSE-UNIVERSITÁRIA, 1988. 3ª edição, p. 62.

Os trabalhadores, que se recuperavam dos "revéses" sofridos no pós-64 quando imperou o arrocho salarial, a repressão e um controle intensivo sobre suas entidades sindicais³⁶; começavam novamente a participar da mobilização de toda a sociedade civil em contraposição à política econômica concentradora de renda e ao regime político discricionário implantado em 64, após passar por período de "resistência surda" dentro das fábricas através da realização de "operações-tartaruga", produção de "peças defeituosas", parada de linhas de produção.³⁷

Neste contexto político, especialmente a partir de 1978, com as grandes greves do ABC paulista no setor metalúrgico, o Estado é obrigado a ampliar a participação dos trabalhadores e, então, prioriza a área social com o desenvolvimento de projetos na área.

Em termos específicos, os trabalhadores, através de algumas de suas entidades representativas todas de São Paulo,³⁸ aparentemente alheios à articulação estabelecida entre Estado e Capital a partir dos Serviços de Medicina e Segurança do Trabalho, naquele momento expressavam-se **repetitivamente** nos CONPATs pela maior possibilidade de **representação e participação** dos sindicatos nas eleições das Comissões Internas de Prevenção de Acidentes (CIPAs); pela redução do limite de 100 para 30, quanto ao número de trabalhadores nas empresas obrigadas a manterem as CIPAs; pela existência de tempo livre ao membro da CIPA ("cipeiro") para verificar as condições de trabalho; pela possibilidade das CIPAs opinarem sobre a escolha de máquinas, equipamentos e acessórios de segurança, a serem instalados nas empresas; pela garantia de **estabilidade** no trabalho para o acidentado quando com incapacidade superior a 25%, reivindicações estas em geral negadas pelas empresas. Tais temas serão retomados com todo vigor, no final dos 70, quando o sindicalismo retorna à cena política nacional.³⁹

Frise-se que, o que se procurou recortar foi a positividade da Saúde Ocupacional-Medicina do Trabalho ao nível do discurso que a identifica, legítima, estabelece suas verdades, enunciados, normas, regulamentos e espaços de intervenção, inclusive quando discorre, situa, faz julgamentos sobre as características da relação Capital/Trabalho e utiliza o termo "saúde do trabalhador", a partir de pressupostos que lhe atribuem uma qualificação e um juízo de valor que se **contradiz** com a formulação cunhada pela **Medicina Social** latino-americana e com as premissas, enunciados e regras

³⁶. No ano de 1964 houve intervenção pelo MTB, a maioria em São Paulo, em "70% dos sindicatos com mais de 5.000 membros, 38% dos com 1.000 a 5.000 membros, e em 19% daqueles com menos de 1.000 membros; em termos absolutos, 409 sindicatos e 43 federações." (ROCHA & NUNES, 1994, p. 123)

³⁷. Ver a respeito FREDERICO, *op. cit.*, 1978 e *op. cit.*, 1979.

³⁸. Manifestaram-se, através de documento sobre esses temas, apresentado no XIII CONPAT, realizado em São Paulo, em 1974, várias entidades sindicais de São Paulo. É interessante observar que muitas destas entidades iriam, a partir de 1978 compor, juntamente com técnicos, a Comissão Intersindical de Saúde e Trabalho (CISAT) que seria o embrião do Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde e dos Ambientes de Trabalho (DIESAT), fundado em agosto de 1980.

³⁹. Ver a respeito, ANAIS do XII, XIII e XIV CONPATs, quanto aos temas relativos à participação das entidades sindicais na CANPAT. Nestes eventos fica explícita a colocação de reivindicações que serão posteriormente **retomadas** pelo movimento sindical, no final dos 70 e início dos 80, já na perspectiva dos acordos coletivos de trabalho, incluindo-as nas pautas de negociação com o empresariado, o que passa a ter um papel fundamental no avanço de conquistas nessa área, como será visto no capítulo 6.

de formação que sustentam e conformam seu discurso, como será discutido ao longo deste estudo.

3.2.2. A Aplicação da Política Campanhista no Estado de São Paulo.

No Estado de São Paulo, o Serviço Social da Indústria (SESI) tem participação histórica também importante, quando se analisa os primórdios dessa empreitada.

No início dos anos 50, técnicos vinculados ao SESI, passaram a visitar empresas industriais paulistas no sentido de que adotassem a criação das Comissões Internas de Prevenção de Acidentes (CIPAs)⁴⁰, previstas pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) desde 1943 mas, na realidade, praticamente inexistentes. Após algum tempo, haviam sido criadas Comissões em mais de 100 empresas da capital e, para possibilitar o intercâmbio de seus membros o SESI e a Associação Brasileira de Prevenção de Acidentes (ABPA) organizaram as Convenções de Presidentes de CIPAs a partir de 1952.

*"Havia pouca participação dos presidentes de CIPAs, então propôs-se que fosse estendida a frequência para um Congresso Nacional, e a lei - [que criou a Campanha Nacional de Prevenção de Acidentes do Trabalho (CANPAT), de 1962] - incorporou-o oficialmente."*⁴¹

A ABPA passou a organizar os Congressos Nacionais de Prevenção de Acidentes. Apresentavam o caráter de um

*"... movimento científico razoável ... tinha um nível razoável ... num Congresso em Sorocaba, uns trabalhos bem interessantes (...) de bom nível." [os supervisores de segurança] "... procuravam trazer as estatísticas, alguns acidentes de maior interesse do ponto de vista de analisar e prevenir ... um movimento de repercussão nacional."*⁴²

Apropria-se, pois, a Fundacentro de um espaço já existente e legitimado para o proselitismo da campanha contra os acidentes do trabalho, agora oficialmente assumido pelo MTb, com ampliação massiva de participantes .

⁴⁰ As CIPAs são órgãos paritários com metade de seus membros eleitos pelos trabalhadores e metade indicada pela empresa, de acordo com o número de empregados, que tem a atribuição de atuar de forma consultiva na análise das condições de riscos para a saúde e que propiciem a ocorrência de acidentes e doenças do trabalho.

⁴¹ O Congresso Nacional de CIPAs foi instituído "pela Portaria nº. 157 de 16/11/1954, como uma das atividades que constituíram a Campanha de Prevenção de Acidentes de Trabalho (...) [e] passou a denominar-se Congresso Nacional de Prevenção de Acidentes, a partir de Decreto de 30/03/1962. ... com a finalidade de 'divulgar conhecimentos técnicos relativos à segurança, higiene e medicina do trabalho, para aperfeiçoamento da técnica da produção, com a humanização do trabalho, através da prevenção de acidentes e doenças do trabalho. (...) de acordo com o Decreto nº. 68.255 de 16/01/1971, o CONPAT constitui uma das prioridades da Campanha Nacional de Prevenção de Acidentes do Trabalho...", sendo então assumida oficialmente a sua realização pelo MTbPS, através da Fundacentro. Ver e respeito: *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, v. 2, n. 8, p. 39, 1974.

⁴² Conforme entrevista gravada concedida ao autor por A, médico, ex-assessor de entidade técnica empresarial, em 31/05/1994.

Assim, é novamente a partir da atuação do setor Trabalho e não da Saúde, que se desenvolvem os esforços dessa grande estratégia "campanhista" e que atinge todo o território nacional numa verdadeira guerra contra o flagelo dos acidentes de trabalho.⁴³

Era mister então, conforme previa a Meta IV do PNVT: 44

'Preparar, no período de 1973-74, 16.839 profissionais de nível superior e médio para o controle de segurança e higiene do trabalho; promover a Campanha Nacional de Prevenção de Acidentes do Trabalho com a finalidade de divulgar conhecimentos técnicos e ministrar ensinamentos práticos de prevenção de acidentes, segurança, higiene e medicina do trabalho.' (grifos nossos)

⁴³. No discurso proferido em 28/09/1973, por Júlio Barata, então Ministro do Trabalho do governo Médici, na qualidade de paraninfo, por ocasião da formatura da turma do primeiro Curso de Medicina, Higiene, Engenharia e Segurança do Trabalho, na Faculdade de Saúde Pública da Usp era ressaltado que: 'De acordo com o espírito pragmático e objetivo, inspirador das linhas de ação do plano governamental, delegou-se às empresas a parcela da responsabilidade, que lhes deve caber, no combate aos riscos a que está sujeito o empregado, mas, ao mesmo tempo, concedeu-se prazo a fim de que as empresas se preparassem, (...) para uma série de medidas (...). Uma dessas medidas é que deu origem aos cursos especializados (...) Trata-se, (...), de um movimento pioneiro, de mais um passo no rumo da valorização do homem, olhado à luz de nossa filosofia humanista, como um fim, (...), como um participante efetivo de nosso desenvolvimento, que, para merecer o nome (...) não pode ser meramente econômico, mas deve ser, acima de tudo, desenvolvimento social.'" Ver: *Revista bras. Saúde Ocupacional*, v. 1, n. 3, p. 5, 1973. (grifos nossos) Nas conclusões do XIII CONPAT, realizado de 27-31/10/1974 em São Paulo, a linguagem de caráter militarista, já apontada por GARCIA a propósito das campanhas sanitárias de controle de endemias, era expressa também por referência ao programa de prevenção de acidentes, num contexto de industrialização madura, em que uma verdadeira "guerra" contra os infortúnios ocupacionais é travada, sem antes não ser considerado a simbologia e o custo/benefício da empreitada: "Ao tempo em que a indústria nacional empregava uns poucos milhares de homens, saúde ocupacional não era problema que se devesse situar entre aqueles que mereciam atenção especial dos poderes públicos. "Então, não faria sentido que os poderes públicos e os particulares conjugassem seus esforços num programa de prevenção de acidentes. Ademais, programas como tais, exigem (...) recursos que só as nações de economia muito desenvolvida podem criar.

"Assim, foi dado no momento certo, o toque de clarim, pelo governo da República, convocando todos os grupos sociais que, direta ou indiretamente, têm interesse na magna questão." Ver: *Revista bras. Saúde Ocupacional*, v. 2, n. 8, p. 26-27, 1974. (grifos nossos)

⁴⁴. O PNVT é um dos programas do "I Plano Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social" traçado no governo Médici, cujos principais objetivos eram sintetizados na palavra de ordem Brasil grande potência, isto é, "colocar o Brasil, no espaço de uma geração, na categoria das nações desenvolvidas; [e] elevar a economia, em 1974, às dimensões resultantes de um crescimento anual do PIB entre 8 a 10%" e visava "tornar o trabalhador brasileiro plenamente habilitado para atuar nos diversos setores em que a tecnologia de desenvolvimento exigir. Par a par com essa atividade o Programa compreende, em caráter permanente, uma campanha de ampla divulgação dos cuidados na prevenção dos acidentes do trabalho, de modo a assegurar uma redução crescente no índice que o Brasil detém hoje, de 4.500 acidentes por dia útil de trabalho. Como grandes metas para o triênio 72/74, estabeleceu-se a preparação de trabalhadores em número superior a 1 milhão e 500 mil, abrangendo diversas atividades prioritárias, (...): construção civil, turismo, administração sindical, (...), técnicos em segurança e higiene do trabalho, agricultura, alfabetização, cursos de nível médio, ... o desenvolvimento é fundamentalmente um processo qualitativo [e] avulta a importância do PNVT, que integra o esforço governamental para tornar o homem, participante e beneficiário do progresso, que ele honradamente cria com o seu trabalho." Ver: FIGUEIREDO, J.D. Programa Nacional de Valorização do Trabalhador. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, v. 1, n.1, p. 8-9, 1973 (grifos nossos) Que discurso poderia aproximar-se mais daquele utilizado e praticado pelo Estado Novo em que o "intervencionismo estatal ... se fazia sobre aspectos da vida social dos trabalhadores, envolvendo sua saúde, alimentação, lazer e vida familiar, (...) vida profissional... era uma nova forma de exercício do poder que, sem abdicar da soberania do Estado (...), suplementava-a com um controle sobre a sociedade. (...) que era fundamentalmente uma técnica de construção do povo/nação como uma grande família, em que o Estado/Presidente era o pai/guia." (GOMES, *op. cit.*, p. 221-222) A propósito, tal nível de intervencionismo não se aproxima do conceito de 'governamentalização da sociedade' formulado por Foucault?

Cabe, no momento seguinte, à Fundacentro, em colaboração com o MTbPS e o INPS, ministrar os

"... cursos de treinamento para pessoal técnico de nível médio e, com as Universidades do País, para a especialização de pessoal de nível superior, em segurança, higiene e medicina do trabalho." ⁴⁵ (grifos nossos)

Na conjuntura dos anos 70, terá a Fundacentro em sua articulação com a Academia - particularmente com a Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo - o papel de "vanguarda" dentro do projeto campanhista/legitimador, expressando-se a aproximação entre o empresariado paulista e o Regime, na nomeação do industrial Jorge Duprat Figueiredo - ligado a um importante grupo industrial de São Paulo - para presidir aquela Fundação desde o início de seu efetivo funcionamento em 31/01/1969.⁴⁶

A Fundacentro passa a enfeixar um real poder, a partir da edição da Portaria nº. 3.237/72, do MTPS, que impõe a obrigatoriedade da existência dos Serviços Especializados de Higiene Segurança e Medicina do Trabalho (SEHSMTs), nas empresas que contassem com 100 funcionários e mais, a depender do grau de risco em que se enquadrassem.

Caberá então, como previsto no PNVT, meta IV, à Fundação a coordenação de todos os cursos de especialização para médicos do trabalho, engenheiros de segurança do trabalho, enfermeiros, etc.. em parceria com as Universidades.

Desta empreitada participará ativamente a Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, através do seu Departamento de Saúde Ambiental, onde as várias disciplinas relativas à Saúde Ocupacional, sob a responsabilidade do Prof. Diogo Pupo Nogueira, são ministradas. ⁴⁷

Os professores do Departamento é que irão elaborar as apostilas que servirão de material instrucional básico para todos os Cursos de Medicina, Higiene, Engenharia e Segurança do Trabalho que passaram a ser ministrados no país a partir de 1973. ⁴⁸

É, pois, em São Paulo que se iniciam, em 1973, os Cursos de Especialização em Medicina do Trabalho e Engenharia de Segurança para médicos e engenheiros, numa perfeita articulação entre a Faculdade de Saúde Pública da

⁴⁵. VIANA, Geraldo L. A Meta é o Homem. *Rev. bras. Saúde ocup.* v. 1, n. 1, p. 7, 1973.

⁴⁶. O empresário Jorge Duprat Figueiredo é ligado ao grupo das empresas de vidro Nadir Figueiredo e terá como auxiliar direto na Superintendência do órgão um general do Exército reformado, Moacir Gaia. Figueiredo ficará na presidência da entidade até sua morte em 1978.

⁴⁷. O ensino da "Higiene do Trabalho" na Faculdade de Saúde Pública da Usp é o momento inicial do envolvimento dessa Faculdade com as questões do trabalho e da saúde. Data de 1934, ano em que o Prof. Benjamin Ribeiro retorna dos EEUU e, "deu início de maneira sistemática ao ensino da disciplina de Higiene do Trabalho ... focalizando aspectos de medicina, engenharia, psicologia, fisiologia, química e física ... A Higiene do Trabalho foi lecionada de 1934 a 1945, (...) nos diferentes cursos da Faculdade, tendo a partir desta data se constituído em cadeira independente." (O Ensino da Saúde Ocupacional da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Ver a respeito: *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, v. 2, n. 5, p. 53-59, 1974, p. 55 (grifos nossos)

⁴⁸. O material didático elaborado pela Fundacentro, constituía-se de apostilas, sendo que para o Curso de Medicina do Trabalho existiam seis delas, tendo sido elaboradas por expressivo número de professores da FSP e do Departamento de Saúde Ambiental. Dentre estes pode-se citar: Diogo Pupo Nogueira, Jorge da Rocha Gomes, Sergio Colacioppo, Walter Engracia de Oliveira.

Universidade de São Paulo (Usp) que irá dar a importante credibilidade acadêmica à empreitada e o MTb, tendo como interlocutor a Fundação Centro Nacional de Segurança, Higiene e Medicina do Trabalho (Fundacentro), seu órgão de pesquisa e ensino, cuja preocupação precípua, inclusive estatutária, era a prevenção dos infortúnios do trabalho. São Paulo que concentra cerca de 45% da mão-de-obra do país e onde também instalavam-se as indústrias mais representativas do período de acumulação, especialmente as multinacionais automobilísticas.

A primeira turma formada na Faculdade de Saúde Pública da Usp, teve como paraninfo, em formatura ocorrida em 28/09/1973, o Ministro do Trabalho e Previdência Social do governo Medici, Julio Barata.⁴⁹

Mas o Regime não está voltado apenas para uma campanha nacional que procura enfrentar as dificuldades das potenciais vítimas dos infortúnios do trabalho, os trabalhadores **beneficiários** do sistema previdenciário.

É também motivo de preocupação uma vasta parcela da classe média que tinha seus filhos recém-formados nas faculdades de medicina que proliferaram nos anos 60 e que, pela conformação do mercado de trabalho médico, diante da perspectiva de plethora desses profissionais, principalmente nos grandes centros industriais, poderiam ver suas aspirações contempladas, como profissionais num exercício da medicina muito próximo do liberal⁵⁰, na medida em que os Serviços Especializados de Higiene Segurança e Medicina do Trabalho, previstos como os verdadeiros "carros-chefes" na cruzada contra os acidentes do trabalho, eram uma real alternativa de emprego e, à época, bastante compensadora.⁵¹

⁴⁹ No ano de 1974, havia "Convênios PNV - Meta IV", para formação de médicos, engenheiros, enfermeiros do trabalho, nas Universidades Federais ou Estaduais dos Estados de São Paulo, Rio de Janeiro, Minas Gerais, Bahia, Pernambuco, Paraíba, Ceará, Pará, Rio Grande do Sul, Paraná, Santa Catarina. Do total previsto para a formação de 13.839 técnicos de nível superior e médio, para o biênio 1973/74, este número foi ultrapassado folgadoamente. Apenas a título de exemplo, previu-se inicialmente a formação de 1.051 médicos do trabalho em 35 cursos; ao final do período haviam sido formados em todo o país 2.480 médicos em 54 cursos! Ver a respeito: *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, v. 2, n. 8, p. 12, 1974.

⁵⁰ Em artigo publicado em 1973, Pedro Kassab, então presidente da Associação Médica Brasileira (AMB), defendia a implantação dos Serviços de Segurança, Higiene e Medicina do Trabalho, chamando a atenção para o apoio que a AMB dera "à Associação Nacional de Medicina do Trabalho, que se constituiu e tornou-se seu departamento científico neste setor." Por outro lado, se levanta veementemente contra grupos médicos mercantilistas que estariam deturpando a organização dos Serviços e propugna para que se cumpra de maneira cabal o que previa a Portaria 3237/72 que criou tais Serviços, a qual "logo no artigo 1º (...) estatuí a proibição, contida no seu parágrafo único: não poderão ser utilizados serviços de terceiros... é preciso relembrar (...) que grupos interessados empenham-se na destruição dessa característica primordial do dispositivo em vigor. Desejam eles, (...), que as empresas possam incumbir terceiros da prestação desses serviços. Em outras palavras, pretendem uma autorização que não lhes foi dada, o que se fez, (...), em correspondência os interesses da segurança e da saúde do trabalhador e com todos os propósitos dignos que devem nortear as empresas. ... Certamente, não apenas o Poder Executivo, zeloso da qualidade de sua criação, impedirá que essa deturpação se consuma; o próprio Poder Legislativo, interessado na constância com que deve procurar ininterrupto aprimoramento e prestígio, não há de se oferecer como fonte de alteração tão negativa, como tem sido apregoado." Ver: KASSAB, Pedro Serviços de Segurança, Higiene e Medicina do Trabalho. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, v. 1, n.2, p. 9-10, 1973. Esta preocupação assemelha-se ao discurso dos médicos reunidos no Congresso Brasileiro de Problemas Médico Sociais, em Salvador no ano de 1947.

⁵¹ Ver a respeito: BONCIANI, Mario & BONCIANI, Rosa D.F. "Situação da Medicina do Trabalho em São Paulo". *Saúde Ocupacional e Segurança*, v. XVIII, n. 6, p. 255-260, 1982. Conforme os autores, após o início dos cursos para formação de médicos do trabalho no ano de 1973, ministrados sob a coordenação da Fundação Jorge Duprat Figueiredo de Segurança e Medicina do Trabalho (Fundacentro), havia em São Paulo 2.506

No Estado de São Paulo, em cumprimento à meta IV do PNVT, foram celebrados convênios para realização de Cursos de Especialização tanto de nível superior para médicos do trabalho e engenheiros de segurança; como técnico para inspetor de segurança e auxiliar de enfermagem do trabalho, particularmente nas regiões de São Paulo mais industrializadas., como a capital, ABC, Campinas, Vale do Paraíba; Baixada Santista.⁵²

Trata-se da estratégia de divulgar o mais amplamente possível os conhecimentos relativos à relação saúde/doença e trabalho, na perspectiva da Medicina do Trabalho e da Saúde Ocupacional, campos hegemônicos que vão conduzir todo o processo de formação de quadros para atuarem nos Serviços de Segurança, Higiene e Medicina do Trabalho das empresas.

Por outro lado, cabia também ao nível do papel centralizador e racionalizador do Estado brasileiro naquela nova conjuntura de acumulação - em sua busca por legitimidade, durante o período do ciclo de acumulação do "Milagre Brasileiro" - que colocasse a necessidade da definição de normas que tomassem homogêneos os critérios de mercado para implantação de tais Serviços nas empresas estratégicas para o ciclo, apesar delas já os adotarem, desde os anos 50, com uma atribuição meramente assistencialista e de controle⁵³ - particularmente as multinacionais e as maiores empresas

médicos do trabalho, em 1975; 4.829 em 1978 e 7.238 em 1981, tendo sido formados de 1973 a 1981, 16.605 no Brasil, sendo 7.964 em São Paulo (47,96%).

⁵². No Estado de São Paulo, a partir de 1973, foram firmados convênios entre a Fundacentro e as seguintes instituições de ensino: 1. cursos para médicos do trabalho - Faculdade de Saúde Pública da Usp; Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo; Faculdade de Medicina de Santo Amaro (OSEC); Instituto de Assistência Médica ao servidor Público Estadual; Faculdade de Medicina de Taubaté; Faculdade de Ciências Médicas de Santos; Fundação Universitária do ABC de Santo André; Universidade Estadual de Campinas; Escola Paulista de Medicina; Faculdade de Medicina de Jundiaí. 2. Cursos para engenheiro de segurança do trabalho: Faculdade de Saúde Pública da Usp; Faculdade de Engenharia Industrial (FEI) de São Bernardo do Campo; Fundação Armando Álvares Penteado (FAAP); Faculdade de Engenharia Industrial de São José dos Campos; Universidade Estadual de Campinas. 3. Cursos de inspetor de segurança do trabalho: Associação Brasileira de Prevenção de Acidentes; Instituto Brasileiro de Segurança (IBS); Centro das Indústrias de São Paulo-Delegacia Regional de Campinas; Instituto de Ensino Superior Senador Flaquer de Santo André; Escola Técnica Everardo Passos de São José dos Campos; Escola Técnica Industrial Lauro Gomes de São Bernardo do Campo; Grupo de Segurança e Higiene do Trabalho das Empresas de Jundiaí e Adjacências; Centro de Estudos Universais de Praia Grande-Cubatão; Centro das Indústrias do Estado de São Paulo-Delegacia Regional de Ribeirão Preto; Secretaria de Bem-Estar Social do Estado de São Paulo; Centro das Indústrias de São Paulo-Delegacia Regional de Araraquara; Instituto de Ciências e Letras de Sorocaba; LTR - Serviço de Auditoria Trabalhista S/C Ltda. de São Paulo; Colégio Santo André. 4. Cursos de auxiliar de enfermagem do trabalho: Escola Paulista de Enfermagem; Escola Auxiliar de Enfermagem São Camilo; Escola Auxiliar de Enfermagem Cruz Vermelha Brasileira; Universidade Estadual de Campinas; Secretaria de Bem-Estar Social do Estado de São Paulo; Associação Joseense de Ensino. Cf. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, v. 2, n. 8, p. 2-5, 1974.

⁵³. Conforme entrevista gravada concedida ao autor por A, médico, ex-assessor de entidade técnica empresarial, em 31/05/1994, é referido que a "organização dos Serviços Médicos de Empresa eram uma preocupação do SESI" já no início dos anos 50, portanto 20 anos antes de serem previstos em lei. Tais Serviços não atuavam de maneira preventiva porque "O problema era de formação dos médicos, eles faziam o que sabiam ... Quer dizer, eles tinham formado nas escolas médicas, contratados pelas empresas, ou por nepotismo (...) ou conhecido e tal (...) alguns foram até importantes na profissão médica, o (...) que era grande cirurgião (...) , era médico da GOODYEAR (...) por causa dos americanos, que contrataram porque ele tinha operado alguém. O (...) foi para a MERCEDEZ-BENZ, porque ele tinha um consultório de cardiologia (...) foi o primeiro eletrocardiógrafo (...) e, um dia ele atendeu um Diretor da MERCEDEZ e ele foi ... O Carlos Chagas

nacionais estatais e privadas - daí porque as pequenas empresas com menor incorporação de capital e tecnologia, não terem sido obrigadas a criar os SESHMETs e as médias empresas (acima de 100 empregados) somente quando fossem de maior risco. Frise-se que tal política era paradoxal com aquilo que demonstraram estudos acadêmicos contemporâneos e logo posteriores, isto é, que a maior frequência de acidentes do trabalho graves ocorria justamente nas pequenas empresas, conforme demonstravam estudos realizados inicialmente na própria Faculdade de Saúde Pública da Usp, cujo papel na condução dos cursos e no desenvolvimento de estudos e pesquisas no campo da Medicina do Trabalho-Saúde Ocupacional será analisado no capítulo 4.⁵⁴

3.3. Os anos 80: Setor Saúde e Saúde no Trabalho. Democracia e Participação.

O final dos anos 70, do ponto de vista da luta pela democracia no país é um período marcante e marcado pela retomada da cena política pelos trabalhadores e seus sindicatos a partir das greves iniciadas em 1978 em São Bernardo do Campo.

*"A entrada dos trabalhadores na cena política se deu de modo fulminante e surpreendente. ... [o] movimento (...) se iniciou em fins da década de 70 e prosseguiu ao longo dos anos 80. (...) após as grandes greves dos trabalhadores da indústria automobilística, dos professores universitários e funcionários públicos de São Paulo e dos cortadores de cana do Nordeste ..."*⁵⁵

que foi ser médico do porto do Rio de Janeiro, mas porque ele precisava de uma atividade (...) porque na pesquisa mesmo tudo o que ele fazia não dava (...) Se você for querer identificar na ação destes indivíduos que eram importantes na profissão, alguma ação ligada realmente a uma atividade preventiva, não tem porque (...) nem tinham como fazer ... atendia os casos ... o que ele fazia não era diferente do que fazia no hospital ... a idéia de que a atividade era predominantemente preventiva e que vem firmemente na Recomendação nº. 112 da OIT, todo mundo falava, mas ninguém fazia..." Ver ainda a respeito do papel dos SMEs nos anos 50, OLIVEIRA & TEIXEIRA, *op. cit.*, 1978.

⁵⁴. Ver a respeito: MENDES, René *A Importância das Pequenas e Médias Empresas Industriais no Problema dos Acidentes do Trabalho em São Paulo*. São Paulo, 1976 Dissertação (Mestrado em Saúde Pública), Departamento de Saúde Ambiental, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 1975. [mimeo]; POSSAS, *op. cit.*, 1981 e SATO A.K. *Estudo sobre Acidentes do Trabalho no Brasil. Relatório Final*. Brasília, IPEA, 1980. (mimeo) CORREA FILHO, Heleno Rodrigues *Percepção de Risco na Ocupação Precedendo Lesões do Trabalho: um estudo no município de Campinas, São Paulo, 1992-93*. Tese (Doutoramento em Saúde Pública) Departamento de Saúde Ambiental, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 1994 [mimeo], situa historicamente a afirmação de que as pequenas e médias empresas geram mais acidentes do trabalho e doenças profissionais "como consequência da redução dos padrões de segurança exigidos, nos EUA, durante os períodos de guerra e consequente à necessidade de manutenção dos níveis de produção" Era privilegiado o papel das seguradoras no controle dos acidentes do trabalho nos EUA, sendo que a "atuação do poder público era negligenciada." (p. 20-21) Segundo o mesmo autor, na mesma obra, no Brasil, mesmo "em tempos de paz, esta constatação foi medida, e observou-se que o risco de envolvimento em acidentes era 3,57 vezes maior em empresas de 1 a 99 empregados quando comparadas às de 500 ou mais". (p. 20) Observe-se que atualmente, é limitante a relação entre baixa incorporação tecnológica e número de trabalhadores, na medida em que, com a robotização, a informática e a automatização, podem ser encontradas empresas altamente capital intensivas e praticamente sem trabalhadores.

⁵⁵. RODRIGUES, Leôncio Martins *O Sindicalismo nos anos 80: um balanço. Brasil em Artigos*. (Coletânea de textos publicados na revista *São Paulo em Perspectiva*.) Coleção SEADE-BOLSO, 1995, p. 131-56. Artigo originalmente publicado em *São Paulo em Perspectiva*, v. 4, n. 1, p. 11-19, 1990.

Frise-se que as greves que se alastram por todo o país a partir de 1979-80 ocorrem após um período de acumulação de forças e de resistência intrafabril. Com elas era rompido, na prática, o impedimento imposto pelo Regime Militar "às manifestações de caráter político-reivindicativo de classe." ⁵⁶, ⁵⁷

Assim, os anos 80 testemunham a história de

"... como o sindicato passa a ser interlocutor dos demais setores da sociedade, influenciando cada vez mais nas decisões." ⁵⁸

São seus interlocutores, os Empresários; o Estado, através do Executivo, do Legislativo e do Poder Judiciário.

Ao nível do aparelho de Estado, os trabalhadores procuram interlocução em várias áreas das políticas sociais, como habitação, previdência, saúde. No campo específico da saúde e trabalho, após alguns anos de amadurecimento entre 1978 e 1980, criam o Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde e dos Ambientes de Trabalho (DIESAT), em agosto de 1980, entidade de abrangência nacional, com caráter de assessorar o movimento sindical em questões de saúde, trabalho, previdência social.

O DIESAT, calcado na experiência bem sucedida de órgão com as mesmas características na área sócio-econômica, o Departamento Intersindical de Estatísticas e Estudos Sócio-Econômicos (DIEESE), fundado em 1955, passa a nuclear discussões e debates colados ao movimento sindical, no sentido da elaboração de um **contra-discurso**.

Coloca-se, então, em questão o

"...assistencialismo sindical, herdado do Estado-Novo, especialmente o assistencialismo médico-odontológico, tema que (...) vinha sendo motivo de posicionamento dos sindicatos no sentido de que fosse papel do Estado. Essa discussão amadurece e trará resultados na relação Sindicato-Estado..." ⁵⁹

Com a cada vez maior expressão de demandas por saúde no trabalho, a campanha para as eleições diretas para os governos estaduais em 1982 - após cerca de 20 anos de cerceamento de escolha - torna-se o canal privilegiado de encaminhamento das demandas sindicais. Assim, em São Paulo, a candidatura do Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB) de oposição ao Regime Militar congrega um amplo arco de forças políticas suprapartidário, de esquerda e, na prática, incorpora ao programa do candidato dentro da temática da saúde, após amplas discussões, uma proposta relativa à atenção à saúde dos trabalhadores na rede básica de serviços de saúde, na linha do que defendiam a OMS e a OPAS desde a Conferência de ALMA-ATA em 1978. ⁶⁰ (cf. LACAZ, 1992)

⁵⁶. A respeito da organização dos trabalhadores do "novo" sindicalismo na região do ABC, "berço" do movimento grevista, ver: HUMPHREY, *op. cit.*, 1982 e RAINHO, *op. cit.*, 1980.

⁵⁷. Ver: LACAZ, Francisco Antonio de Castro O Programa de Saúde dos Trabalhadores da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo: a agonia de uma proposta. *Saúde em Debate*, n. 36, p. 41-47, out./ 1992.

⁵⁸. BARELLI, Walter Trabalhadores Influenciam nas Decisões. *Brasil em Artigos*. (Coletânea de artigos publicados na revista *São Paulo em Perspectiva*.) Coleção SEADE-BOLSO, 1995, p. 157-169. Artigo originalmente publicado em *São Paulo em Perspectiva*. v. 4, n. 1, p. 6-10, 1990. p. 157-158.

⁵⁹ LACAZ, *op. cit.*, 1992, p. 42.

⁶⁰. Para um detalhamento das propostas na área da saúde ver: "PMDB Diretrizes Básicas para o Setor Saúde no Governo Democrático. Proposições do Grupo Saúde". São Paulo, 1982. [mimeo]

A posse do governo Montoro irá permitir, até certo ponto, a colocação em prática dessas propostas, o que será analisado no capítulo 5.

Frise-se que os espaços privilegiados pela política do MTb na assistência aos trabalhadores criados nos anos 70, isto é, os Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho (SESMETs) vinham se tornando alvo cada vez mais frequente de críticas. Agora também os sindicatos questionavam seu papel

"... em função de denúncias de seus associados no que se refere à sua qualidade, com já assinalara NOGUEIRA [1967] e, também, à sua credibilidade devido a condutas anti-éticas como a ocultação de resultados de exames médicos e laboratoriais, não comunicação (ou ocultação) de acidentes ou doenças profissionais e do trabalho." ⁶¹ (grifado no original)

Assim, dá-se em algumas regiões do Brasil e particularmente em São Paulo, uma

"... pressão social" sobre organismos do governo estadual, especialmente aqueles responsáveis pela "fiscalização das condições de trabalho, (...), a Secretaria de Estado de Relações do Trabalho (SERT) e sobre os órgãos de saúde pública, a Secretaria de Estado da Saúde. Sensíveis a estas pressões estes órgãos procuram responder a esta realidade nova." ⁶²

A este respeito assim se expressou o médico e professor universitário, ex-Diretor de Recursos Humanos daquela Secretaria, instância responsável, por delegação do MTb, pela fiscalização da higiene e segurança nos ambientes de trabalho:

"... foi um período riquíssimo do ponto de vista de experiência profissional ... criamos o Fórum, uma 'ciumeira' danada com a Delegacia Regional do Trabalho (DRT) porque tinha mais sindicalista dentro da SERT do que na DRT ... o Fórum permitiu a solicitação de fiscalização por parte da SERT com acompanhamento do Sindicato..." ⁶³

Paralelamente, no setor saúde, no início dos 80, começam a ocorrer mudanças administrativas que modificam o perfil da clientela da rede básica de saúde, o que se dá com o convênio das Ações Integradas de Saúde (AIS) firmado entre o INAMPS e as Secretarias Estaduais de Saúde, a partir de 1983.

Soma-se a isso, o surgimento de grupos dentro da Academia, identificados com o movimento pela Reforma Sanitária, que passam a formar em cursos de Residência

⁶¹ LACAZ, *op. cit.*, 1992, p. 43. Trata-se de uma "insurgência" contra o "poder disciplinar e a bio-política" representado nos Serviços Médicos de Empresa em seu papel de controle e de poder sobre a vida e a saúde dos operários. Entende-se, pois, que esse espaço de intervenção no cotidiano dos trabalhadores ao mesmo tempo que representaria, através de um saber técnico, um maior "investimento" do capital na segurança e higidez dos trabalhadores, gera um intervencionismo em suas vidas, cujas relações de poder acabam originando uma rebeldia, conforme analisa FOUCAULT (1994), em sua genealogia, a propósito de outras instâncias de poder como o sistema prisional, por exemplo.

⁶² LACAZ, *op. cit.*, 1992, p. 43.

⁶³ Conforme entrevista gravada concedida ao autor, por B, médico, professor universitário, em 16/07/94. Este professor foi Diretor de RH da SERT no período de 1983-86, durante a gestão de Almir Pazzianoto como Secretário do Trabalho no governo Montoro, ocasião em que foi criado o Fórum Interinstitucional de Saúde e Trabalho, com participação tripartite e que procurou definir prioridades de atuação na área. Tal espaço contou com forte participação de sindicatos de trabalhadores e legitimou inclusive Pazzianoto a ser indicado para Ministro do Trabalho no governo Sarney, na "Nova República".

Médica em Medicina Preventiva e/ou Social, médicos sanitaristas com formação em área de concentração em Saúde Ocupacional-Medicina do Trabalho.

Assim, uma série de elementos sincrônicos acaba moldando uma situação em que emerge a questão da saúde/doença e trabalho e a viabilidade de sua incorporação pelos serviços de saúde pública. Tal envolvimento dos serviços vai dar-se tanto no diagnóstico, como na intervenção para o controle e prevenção de agravos. (cf. LACAZ, 1992)

No Estado de São Paulo, a concretização do discurso da Saúde Pública na área da saúde e trabalho, dá-se com a implantação de propostas programáticas na rede básica de serviços de saúde pública voltadas para a atenção aos trabalhadores - os nacionalmente chamados Programas de Saúde do Trabalhador - remonta a

*" ... 1984 quando, em agosto, realiza-se no Instituto de Saúde o seminário Estratégias para a Implantação de Ações de Saúde do Trabalhador na rede Básica da Secretaria de Estado da Saúde. Tal seminário, com a participação de mais de 150 profissionais, de variadas formações que atuavam na rede básica de todo o estado, demonstrou o interesse dos técnicos por esta nova questão."*⁶⁴

Frise-se que esta trajetória será motivo de aprofundamento no capítulo 5.⁶⁵

3.4. O Discurso dos Organismos Internacionais - Organização Internacional do Trabalho e Organização Mundial de Saúde - e as Políticas Nacionais de Saúde e Trabalho.

*"Após a 2ª. Guerra Mundial, OIT e OMS fizeram as primeiras tentativas internacionais para definir serviços de saúde ocupacional."*⁶⁶

De fato, os anos de guerra foram um período em que ocorreu um forte "investimento" nos estudos de fisiologia e higiene do trabalho. Em Harvard, por exemplo, nos anos 50 trabalharam pesquisadores que atuaram na indústria de guerra desenvolvendo projetos voltados para o "esforço de guerra".

"Na minha época tinha o professor DRINKER, o homem do pulmão de aço, (...), era engenheiro e (...) sabia de poeira (...) A grande ação dele foi durante o esforço de guerra que ele renovou os estaleiros. Os estaleiros não produziam, (...) as condições de trabalho eram péssimas e ele mudou isto! [vários pesquisadores] mudaram a indústria de guerra prá ela poder sobreviver trabalhando, 8, 10, 12, 14 horas (...) estes homens mudaram as coisas muito mais do que os clínicos... Mais influências tiveram os fisiologistas (...) que fazem provas de função respiratória, o

⁶⁴. LACAZ, *op. cit.*, 1992, p. 43.

⁶⁵. Para um relato do que representou o Seminário enquanto espaço e marco nesse campo, consultar NOGUEIRA, Diogo Pupo Incorporação da Saúde Ocupacional à Rede Primária de Saúde. *Rev. de Saúde Pública*, n. 18, p. 495-509, 1984; Secretaria de Estado da Saúde/Instituto de Saúde Seminário Estratégias para Implantação de Ações de Saúde do Trabalhador na rede Básica da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. *Relatório*. São Paulo, 1984. [mimeo]; MENDES, *op. cit.*, 1988.

⁶⁶. World Health Organization (WHO) *Occupational health services an overview*, RANTANEN, J. (ed.). WHO Regional Publications. European Series n°. 26, Copenhagen, 1990.

problema de repercussão de temperaturas elevadas sobre o organismo humano, influenciando sobre a conduta dos militares (...) no deserto, (...) dentro de submarinos ... A finalidade era acabar a guerra, vencer a guerra!" Após a guerra estes pesquisadores estavam então em Harvard 'dando as cartas'.
67

Durante a 1ª. Assembléia Mundial de Saúde, realizada em julho de 1948, a Resolução WHA 1.51 incluía

"... la higiene industrial en la acción de la administración sanitaria, a la cual asigno el segundo lugar en la lista de prioridades... Recomienda la creación de un reducido Comité Mixto OIT/OMS para que se encargue de este campo." 68

Aqui serão discutidos aspectos do discurso das duas entidades internacionais das quais emanam proposições que assumem real influência sobre as políticas nacionais de trabalho e de saúde, procurando observar na área específica da saúde do trabalhador momentos de melhor configuração de seus enunciados, seus objetos, suas regras de formação e suas consequências no Brasil.

3.4.1. O Discurso da Organização Internacional do Trabalho (OIT)

Desde sua criação no ano de 1919, a OIT dá atenção à questão do trabalho e da saúde, o que pode ser observado pelos Convênios e Recomendações relativos a aspectos de medicina, higiene e segurança industrial.

A OIT tem um papel ativo e importante na discussão da temática da higiene, segurança e medicina do trabalho desde a década de 20, emitindo orientações e recomendações, no sentido de sua incorporação à legislação e às políticas nacionais pelos países membros.

Quando se trata de normas voltadas para o controle sanitário das condições de trabalho e suas consequências para os trabalhadores, data de 1956 a Recomendação nº. 97, aprovada na 36ª. Conferência Geral da OIT, a qual dispõe *"sobre la protección de la salud de los trabajadores en los lugares de trabajo."* 69

Uma análise mais detalhada da Recomendação 97 mostra que ela resume-se ao controle das doenças profissionais ao propor em seu parágrafo primeiro que

"A legislação nacional deveria conter disposições sobre métodos para prevenir, reduzir ou eliminar os riscos de doenças nos locais de trabalho e inclusive sobre os métodos [aplicáveis] com respeito a riscos especiais que ameacem a saúde dos trabalhadores."

67. Conforme entrevista gravada concedida ao autor por A, médico, ex-assessor de entidade técnica empresarial, em 31/05/1994, aqui referindo-se à sua estada em Harvard no início dos anos 50.

68. Organización Panamericana de la Salud (OPAS)-Programa de Salud Ambiental/Salud Ocupacional *Mandatos Internacionales Relativos a la Salud de los Trabajadores*. Washington, D.C.: OPAS, 1992. [mimeo] p. 3.

69. Organização Internacional do Trabalho (OIT) *Recomendação nº. 97 "Sobre Protección a Salud de los trabajadores en los lugares de trabajo"*. 36ª. Conferência Geral. Genebra, 1956.

Nela existe a listagem de uma série de condições de trabalho prejudiciais à saúde, mas que se resumem a riscos físicos e químicos.

Quanto ao envolvimento dos trabalhadores, é assinalado no item 1 do parágrafo 4 que a autoridade responsável pela política nacional

"... deveria informar aos trabalhadores:

a) a necessidade de recorrer aos meios de proteção mencionados...;

b) a obrigação que lhes incumbe de cooperar e não perturbar o funcionamento adequado dos ditos meios;

c) a obrigação que lhes incumbe de empregar devidamente os aparatos e equipamentos destinados à sua proteção."

Esta mesma Recomendação instituiu os exames médicos para trabalhadores

"... submetidos a riscos especiais para a saúde ... [os exames] deveriam ser realizados com a finalidade de :

a) descobrir o quanto antes possível os sintomas de uma doença profissional determinada ou de uma propensão especial à dita doença..." [com emissão de certificado sobre] ... contra-indicações médicas ao emprego de um trabalhador em uma ocupação determinada. [o qual] ... deveria ser arquivado pelo empregador e posto à disposição do pessoal de inspeção do trabalho ou outra autoridade encarregada da proteção da saúde dos trabalhadores nos locais de trabalho."

Por fim, a Resolução 97 estabelece um capítulo dedicado à *"Notificação das Doenças Profissionais."*

Percebe-se que a referida Resolução toma como base "epistemológica" o conceito de Medicina do Trabalho-Saúde Ocupacional definido pelo Comitê Misto OIT-OMS em 1950, apesar de falar em **saúde dos trabalhadores** e, aqui, o discurso não se diferencia da postura normativa e disciplinadora da Medicina do Trabalho - em sua redutora preocupação com os riscos químicos e físicos na gênese das doenças profissionais - que tudo vê e controla, desde a seleção da mão-de-obra, com a prescrição do acesso ao emprego mais adequado em função do "perfil profissiográfico" do candidato, até a determinação de medidas preventivas ou eliminadoras dos riscos de adoecer.

Quanto ao trabalhador, é apenas o objeto da ação técnica, sendo enfatizadas suas **obrigações** no cumprimento das prescrições, sendo consultado apenas de forma cooptadora.

É provável que a Recomendação 97/56 tenha exercido influência na organização de Serviços de Medicina de Empresa (SMEs) na década de 50, particularmente nas grandes empresas brasileiras os quais, no caso de São Paulo, em meados dos 50 foram objeto de

"... um levantamento mais apurado da organização e do funcionamento (...), foram levantados 100 Serviços e foi isto que o Diogo utilizou prá depois fazer o trabalho dele, com outra metodologia, mas a base (...) foi essa." ⁷⁰

⁷⁰. Conforme entrevista gravada concedida ao autor por A, médico, ex-assessor de entidade técnica empresarial, em 31/05/1994, o qual conduziu este estudo, tendo apresentado seus resultados em meados dos 50 em reunião do Departamento de Medicina do Trabalho da Associação Paulista de Medicina (APM), criado em

No ano de 1959, a OIT aprova em sua 43ª. Reunião da Conferência Geral, a Recomendação nº. 112 com explícita referência à medicina do trabalho, que exercerá decisiva influência na política adotada pelo Brasil nos anos 70. Ela trata da

"... organización de los servicios de medicina del trabajo en los lugares de empleo...[o] serviço de medicina do trabalho", [deve]

"a) a assegurar a proteção dos trabalhadores contra todo risco que prejudique a sua saúde e que possa resultar de seu trabalho ou das condições em que este efetua-se;

b) a contribuir para a adaptação física e mental dos trabalhadores, em particular pela adequação do trabalho aos trabalhadores e pela sua colocação em postos de trabalho correspondentes às suas aptidões;

c) a contribuir para o estabelecimento e manutenção do nível mais elevado possível de bem estar físico e mental dos trabalhadores."

Aqui observa-se que a definição dos papéis dos serviços é a aplicação operacional mais acabada da Medicina do Trabalho-Saúde Ocupacional de conformidade com a definição proposta pelo Comitê Conjunto de Saúde Ocupacional, composto por técnicos da OIT e OMS, em 1950. Assim, a expressão pragmática da Saúde Ocupacional é a constituição dos Serviços de Medicina do Trabalho (SMTs), cujo discurso preventivista *"contra todo o risco que prejudique à saúde..."* é logo obscurecida pela *"... adaptação física e mental dos trabalhadores..."* num sugestivo convite "não dito" à busca sempre maior da **produtividade do trabalho.**⁷¹

A seguir, quando refere-se à "Organização" dos SMTs, a Recomendação 112 explicita que serão órgãos de **responsabilidade das empresas**, especialmente aquelas *"... que empreguem um número de trabalhadores superior a um mínimo fixado."* Daí depreende-se que os trabalhadores das empresas menores estariam de fora dessa responsabilidade, sendo delegado às empresas a tutela da saúde dos trabalhadores das maiores empresas.⁷²

1952, e que se transformou num 'centro de irradiação importante, porque (...) passou a fazer reunião (...) todos os meses e a reunião (...) era concorrida.'" Ainda segundo A, a participação era fundamentalmente de médicos de empresa, de tamanho médio e grande. Os SMEs eram de criação 'voluntária' pelas empresas da época. 'Na época (...) a indústria, na capital, (...) o predomínio estava nessa faixa de 200 a 600 trabalhadores (...) Mais de 600, da ordem de 1.000 trabalhadores era a indústria automobilística e poucas outras... esse Departamento representou realmente, na época, um pólo inclusive de auxílio para treinamento dessas pessoas, fazia cursos e isto foi um movimento permanente...'" Os resultados do estudo sobre SMEs foram publicados 15 anos depois sob o título *Serviços de medicina do trabalho em São Paulo: experiência de uma iniciativa particular*; na revista da Associação Brasileira de Prevenção de Acidentes (ABPA), *Saúde Ocupacional e Segurança*, em 1968. Como refere ainda A, o estudo foi a base da Tese de Doutorado de Diogo Pupo NOGUEIRA, defendida na Faculdade de Saúde Pública da Usp em 1967 e já utilizando os critérios da Recomendação nº. 112/59 para avaliar a eficácia e eficiência dos SMEs.

⁷¹. Tais pressupostos seriam a base dos principais desvios ético-profissionais de que os SMTs passaram a ser acusados a partir de meados dos anos 80. A respeito disso, consultar MENDES (1986), TAMBELLINI (1984) e REBOUÇAS et al. (1989).

⁷². Como que a procurar "preencher" este espaço, dos trabalhadores marginalizados, na Revista da OMS, *Saúde no Mundo*, de junho de 1974, é publicado artigo do Diretor da OMS para assuntos de Saúde Ocupacional, Dr. M.A. EL BATWI, cujo sugestivo título é *As Pequenas Indústrias: Os riscos de Saúde das Massas Esquecidas*. Tal artigo foi transcrito pelo órgão informativo oficial da Fundacentro, a *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, v. 8, n. 9, p. 10-14, 1975.

Quanto a "Funções" os SMTs deveriam ter "A função (...) essencialmente preventiva...". [compreendendo]

"a vigilância, na empresa, de todos os fatores que possam afetar à saúde dos trabalhadores (...); o estudo dos postos de trabalho (...) do ponto de vista higiênico, fisiológico e psicológico (...); a participação, (...), na prevenção dos acidentes do trabalho e das doenças profissionais e na vigilância dos meios de proteção pessoal e de sua utilização."

Trata-se de vigiar a totalidade da vida no trabalho, perscrutando todos os riscos e, quando a prevenção "falhar", disciplinar o uso dos equipamentos de proteção individuais cuja eficácia são de reconhecida impropriedade.

No que se refere a "Pessoal" fica estabelecido que:

"Da direção do SMT deveria encarregar-se um médico, que, (...) deveria ser diretamente responsável pelo serviço ante a direção da empresa ... o médico encarregado de um SMT deveria (...) possuir formação especial em medicina do trabalho ou estar, (...), familiarizado com a higiene do trabalho, (...) a patologia do trabalho assim como com a legislação relacionada com as diferentes atividades do serviço."

"Os trabalhadores e suas organizações deveriam colaborar plenamente para lograr as finalidades dos SMTs."

Apesar das duas Resoluções acima enunciarem temáticas à primeira vista diferenciadas, nota-se que dentre seus discursos não há qualquer ruptura e, então, a "proteção à saúde dos trabalhadores" pode perfeitamente ser atingida por um serviço de medicina do trabalho cujas características apenas tomam operacionais uma limitada abordagem dos nexos entre saúde/doença e trabalho, que considera somente a definição legal dos agravos - acidentes do trabalho e doenças profissionais - e sob um único olhar, o da medicina, como seu objeto de intervenção e controle. Foram, então, os Serviços de Medicina do Trabalho propostos pela Recomendação 112/59, o modelo dos Serviços Especializados em Higiene, Segurança e Medicina do Trabalho, que sustentaram a política do Governo brasileiro a partir do início dos anos 70.

Tendo a Recomendação nº. 112/59 imperado como referência única aos países membros por longos anos, é somente no ano de 1981, durante a 67ª. Conferência Geral da OIT que será aprovada a Recomendação nº. 164 e o Convênio nº. 155 que tratam "Sobre seguridad y salud de los trabajadores y medio ambiente de trabajo". Tais instrumentos constituem-se no estágio anterior das propostas discutidas na 70ª. e 71ª. Conferência Geral da OIT de 1984 e 1985 e que levaram a uma definitiva ruptura com a posição anterior, quando adotou-se a Recomendação nº. 171/85 e o Convênio 161/85, "Sobre los servicios de salud en el trabajo."

Durante a 70ª. Conferência Geral da OIT, foi elaborada uma Ata Provisória das posições expostas e defendidas por trabalhadores, empresários e representantes de governos dos países membros no que dizia respeito à questão dos serviços de proteção à saúde no trabalho. ⁷³

⁷³. Ver a respeito: Organização Internacional do Trabalho (OIT) *Atas Provisórias*. 70ª. Conferência Internacional do Trabalho. Genebra, jun./ 1984a. p. 3.

Nesta mesma Conferência foram lançadas as bases para que, no ano seguinte, isto é, 1985, a ruptura conceitual-metodológica fosse concretizada.

Em 1984 a OIT lança um informe denominado, em língua espanhola, "*Servicios de Salud de los Trabajadores*", que foi submetido aos países membros para sua apreciação e sugestões com vistas à Reunião de 1985.

Durante a 70ª Conferência foi instituído um fórum tripartite, a "*Comissão de Serviços de Medicina do Trabalho*" que apresentou suas conclusões no dia 25/06/1984 à Sessão Plenária de encerramento da Conferência, com a solicitação de que os países mandassem "*emendas e observações ao texto inicial até 30/11/1984.*"

Já na abertura dos trabalhos da Comissão coube ao representante do Secretário Geral explicitar os motivos que levaram o Conselho de Administração da OIT a incluir como ponto de pauta da Conferência o tema relativo aos "*serviços de medicina do trabalho.*" Tratava-se de

"... reexaminar o papel que desempenham estes serviços, cujos objetivos, funções, organização e meios de ação estavam descritos na Recomendação 112 (...) adotada em 1959." 74

Para a OIT,

"... a promoção de políticas sociais para a segurança e a saúde dos trabalhadores, a importância crescente concedida à participação dos trabalhadores e a elaboração em muitos países de estratégias de saúde para todos, justificam plenamente tal reexame a nível internacional, com vistas a melhorar a proteção da saúde dos trabalhadores (...) a preocupação dos países em desenvolvimento com os problemas de segurança e saúde dos trabalhadores, o desejo de utilizar o melhor possível o pessoal sanitário e os problemas próprios das pequenas empresas demonstram que seria útil contar com modelos para a organização de serviços de medicina do trabalho suficientemente flexíveis para levar em conta as diversas condições sócio-econômicas e níveis de desenvolvimento dos países." 75

Os aspectos mais **significativos** do discurso da OIT dizem respeito à **definição** de políticas nacionais de saúde dos trabalhadores, numa reavaliação daquelas adotadas até então e baseadas nos SMTs; à **participação** dos trabalhadores e às **estratégias** de saúde para todos; bem como à **preocupação** dos países em desenvolvimento com a questão da saúde dos trabalhadores utilizando de forma mais racional seus poucos recursos humanos na área de **saúde pública** e enfrentando os problemas das **pequenas empresas**, deixadas de lado na Recomendação nº. 112 de 1959.⁷⁶

Interessa aqui abordar três momentos deste discurso, ou seja: a **participação** dos trabalhadores; a **estratégia** de saúde para todos e a **preocupação** dos países em desenvolvimento com o uso mais racional dos recursos humanos em saúde pública.

74. *Ibidem*, p. 3.

75. *Ibidem*, p. 3-4.

76. Observar que a questão da "estratégia da Saúde para Todos" era um eco da Conferência Mundial de Saúde patrocinada pela OMS em Alma Ata em 1978, cuja principal recomendação foi a adoção da "Atenção primária de saúde" para alcançar a "Saúde para Todos no ano 2000", cuja meta vem sendo continuamente questionada ao longo dos últimos anos pela sua impossibilidade de êxito à luz do contexto mundial neo-liberal do "Estado mínimo".

De fato, o tema da participação dos trabalhadores já assumira uma dimensão bastante significativa a nível internacional quanto às questões de saúde e segurança no trabalho, especialmente em algumas regiões dos EEUU (BERMAN, 1983) e em países da Europa como a Itália, a partir do final dos anos 60 até meados dos 70 BERLINGUER (1978 e 1983), BAGNARA, BIOCCA & MAZZONIS (1981) e Escandinávia, particularmente Suécia, Noruega e Dinamarca (GUSTAVSEN, s. d.) em contraste com o que se verifica alguns anos depois na própria Itália LAURELL (1984), BERLINGUER & BIOCCA (1987) e na República Federal da Alemanha ROSENBROCK (1985), com o agravamento da crise do capitalismo, a reestruturação produtiva e o desemprego, no final dos 70 e início dos 80, após os dois "choques do petróleo", quando a Europa passa a ter um crescimento econômico menor.⁷⁷

Nos países escandinavos o tema da participação assume tanto conotação de conflito entre capital e trabalho sob a forma de greves, como a de demanda social por uma legislação que incorpore novos direitos.

Segundo um dos autores acima citados, a partir dos anos 70 "Dadas as pressões como estas, uma adequada reforma tinha de ser capaz de influenciar significativamente as complexas condições que geram as 'doenças da sociedade moderna', com base em uma ampla e positiva definição de saúde, combinada com uma compreensão ecológica do ambiente de trabalho e de maneira que também refletisse a crescente preocupação com a democracia, a participação e o controle do ambiente de trabalho por parte do movimento sindical.⁷⁸ (grifos nossos) Ocorre, porém, que o autor identificava somente três países onde a condição estratégica para atingir tal reforma

*"... adquiriu maior importância: Itália, Canadá (provincia de Saskat Chewan) e Noruega."*⁷⁹

Quanto à "estratégia de saúde para todos", é interessante notar que aparece alguns anos antes no discurso da OMS, como resultado da Conferência da Atenção Primária de Saúde realizada em Alma Ata, no ano de 1978, na qual se cunhou a palavra-de-ordem "Saúde para Todos no Ano 2000". Como resultado dessa Conferência, quanto à questão específica da atenção à saúde dos trabalhadores estabelecia-se na Declaração de Alma Ata

*"... a necessidade de levar a atenção à saúde o mais próximo possível do lugar onde residem e trabalham as pessoas."*⁸⁰

⁷⁷ Ver a respeito: BERMAN, Daniel M. *Muerte en el trabajo: Luchas por la salud y seguridad en Estados Unidos. México: Siglo XXI, 1983. 1ª. edición en español*; BERLINGUER, *op. cit.*, 1978 e 1983; BAGNARA, S., BIOCCA, Marco & MAZZONIS, D.G. Trends in Occupational Health and Safety Policy in Italy. *Int. J. Health Services*, v.11, n. 3, p. 431-450, GUSTAVSEN, Bjorn Direct Workers' Participation in Matters of Work Safety and Health: Scandinavian Strategies and Experiences. In: BAGNARA, S., MISITI, R. & Wintersberger, H. (eds.) *Work and Health in the 1980s-Experiences of Direct Workers' Participation in Occupational Health*. s.l.: Sigma, s. d., p. 131-158, LAURELL, Asa C. Ciencia y Experiencia Obrera: La Lucha por la Salud en Italia. *Cuadernos Políticos*, n. 41, p. 62-83, 1984; BERLINGUER & BIOCCA, *op. cit.*, 1987, ROSENBROCK, R. *Industrial Health Policy in a Crisis: Regressive Tendencies and New Tasks for the Professionals*. Berlin, aug./ 1985, p. 1-18. (Publication Series of the International Institute for Comparative Social Research/Labor Policy).

⁷⁸ Ver a respeito: GUSTAVSEN, *op. cit.*, s.d, p. 132.

⁷⁹ *Idem, Ibidem*, p. 132.

⁸⁰ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE Assembléia Mundial de Saúde, *Anais*. Washington, D.C.: OMS, 1978.

A postura dos países em desenvolvimento na utilização mais racional dos recursos humanos de saúde pública na área de saúde e trabalho, de certa forma se articula com o próprio discurso da OMS do início dos anos 70 e que sai consolidado de Alma Ata, em que a atenção primária na rede básica de serviços de saúde pública era a estratégia para aumentar a cobertura da atenção às populações mais desassistidas.⁸¹

É na sequência das discussões travadas durante a 70ª Conferência Internacional do Trabalho que se insinua a ruptura com o discurso até então intocável da Medicina do Trabalho-Saúde Ocupacional. Uma discussão aparentemente semântica.

No título do documento apresentado em língua inglesa falava-se em "Serviços de Saúde Ocupacional" - Occupational Health Services; em francês e espanhol continuava-se a falar em Serviços de Medicina do Trabalho. Sobre isso assim se manifestou o representante dos trabalhadores:

*'A saúde constituía o bem mais precioso do trabalhador (...) era um direito fundamental (...) saúde e medicina não eram sinónimos. Convinha usar a palavra saúde, de significado muito mais amplo (...) A proteção da saúde dos trabalhadores não devia considerar-se somente do ponto de vista da medicina do trabalho, senão também de maneira multidisciplinar e integrada (...) não deveria referir-se somente aos locais de trabalho, senão também a toda a zona industrial que é fonte de riscos ...'*⁸²

O porta-voz dos empresários concorda que a

*"... a atividade de prevenção (...) não teria que limitar-se aos problemas de caráter (...) médico, senão que era preciso preocupar-se com todos os aspectos da saúde no trabalho."*⁸³

O representante do governo da Finlândia e presidente da Comissão ressalta

*"... o caráter cada vez mais disciplinador de todas as atividades relacionadas com a vida laboral (...) as medidas (...) não são aplicadas de maneira separada por especialistas isolados, mas serão atividades conjuntas [executadas por] diversas classes de 'experts' e colaboradores ..."*⁸⁴ (grifos nossos)

Que tipo de contexto sócio-histórico permitiu tal coesão de opiniões a respeito do caráter multidisciplinar dos serviços a serem propostos e da necessidade de uma abrangência além dos limites da medicina do trabalho?

Certamente, a análise baseada numa "história global" poderia identificá-la com os

*'... avanços das ciências biomédicas, as investigações em matéria de tecnologia e de higiene e segurança do trabalho ...'*⁸⁵

É isto o que sugere o representante do governo da Finlândia.

⁸¹ Ver a respeito: EL BATAWI Muamar A. As Pequenas Indústrias: Os riscos de Saúde das Massas Esquecidas. Transcrito de *Saúde do Mundo*, junho de 1974, em *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, v. 3, n.9, p. 10-14, 1975.

⁸² Organização Internacional do Trabalho (OIT) *Atas Provisórias*, 70ª Conferência Internacional do Trabalho. Genebra, 1984. p. 4-5.

⁸³ *Ibidem*, p. 5.

⁸⁴ ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO *Informe IV sobre Serviços de Saúde dos Trabalhadores*. Genebra: OIT, 1984. p. 42-43.

⁸⁵ *Ibidem*, p. 43/2.

Ocorre, porém, que ao se pensar numa explicação que considere a "história geral" deve-se abandonar a

*"... descrição global [que] cinge (...) os fenômenos em torno de um centro único (...) uma história geral desdobrada, ao contrário, o espaço de uma dispersão."*⁸⁶

Não seriam então o fracasso da medicina do trabalho em dar conta das múltiplas relações entre saúde/doença e trabalho, a contribuição de outras áreas do conhecimento como a psicopatologia do trabalho, a sociologia, a antropologia e a própria crítica dos trabalhadores ao papel da medicina, os elementos a exigir uma nova abordagem - multi ou pluridisciplinar - para melhor compreensão dos nexos entre o trabalho, enquanto **relação social** e a saúde/doença enquanto vivência coletiva compartilhada pelas classes trabalhadoras?

Outro ponto de ruptura, já citado, entre o discurso da Recomendação nº. 112 de 1959 e o expressado na proposta de 1984 é o da **participação** dos trabalhadores que para o representante dos empresários

*"...era matéria de interpretação, mas resultava evidente que não podiam lograr-se progressos sem alguma forma de colaboração entre os coparticipes sociais (...) Era certo que haviam interesses diferentes que podiam ser objeto de um compromisso, mas não seria moral que um sindicato ou um empregador negociem sobre a vida ou a saúde. Não se negociava os problemas de segurança e higiene do trabalho, se resolviam."*⁸⁷

Original discurso este que **ideologicamente** transforma a participação-uma relação de poder em geral conquistada através de árduas lutas - em **colaboracionismo**; que torna interesses **contraditórios** de classe, interesses apenas **diferentes** de coparticipes sociais e que desconhece toda uma história de lutas políticas dos trabalhadores em defesa da saúde e pela melhoria das condições e ambientes de trabalho em todo o mundo. (BERLINGUER, 1978 e 1983; BERMAN, 1983; DEPPE, 1981; LACAZ, 1983; RIBEIRO & LACAZ, 1985; ODDONE et al., 1986; REBOUÇAS et al. 1989; ROCHA, 1989)⁸⁸

Mais ainda, discurso que dissolve e mascara a negociação numa postura **moral** que não comportaria delongas, que se resolve mediante uma "vontade" aparentemente já dada mas que, na realidade, é sempre resultado das lutas dos trabalhadores.

A fala do representante do governo finlandês e presidente da Comissão é mais "científica", identificando o processo de participação e suas nuances com

'... mudanças ocorridas na sociedade e no comportamento dos trabalhadores (...) como mostram muitos estudos feitos com base em questionários, [em que] a qualidade de vida laboral tem alta prioridade entre os trabalhadores (...) em particular nos países da Europa

⁸⁶ FOUCAULT, *op. cit.*, 1987, p. 12.

⁸⁷ OIT, *Atas Provisórias*, 1984, p. 5.

⁸⁸ Ver: BERLINGUER *op. cit.*, 1978 e 1983, BERMAN *op. cit.*, 1983, DEPPE, Rudolf Uri Work Diseases and Occupational Medicine in Federal Republic of Germany. *Int. J Health Services*, v. 11, n. 2, p. 191-205, 1981; LACAZ *op. cit.*, 1983, RIBEIRO & LACAZ (orgs.) *op. cit.*, 1985, ODDONE et al., *op. cit.*, 1986; REBOUÇAS et al., *op. cit.*, 1989, parte II, ROCHA, Lys Esther Tenossinovite como Doença do Trabalho no Brasil: a Atuação dos Trabalhadores. Dissertação (Mestrado), Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina de São Paulo, Universidade de São Paulo, 1989. [mimeo]

Ocidental. Assim, a auto-determinação, a co-determinação e a participação são conceitos de grande atualidade no âmbito da higiene do trabalho." ⁸⁹

Conforme refere FOUCAULT (1987)

"A prática discursiva não coincide com a elaboração científica (...): o saber que ela forma não é nem o esboço (...), nem o subproduto cotidiano de uma ciência ..." ⁹⁰ (grifos nossos)

Mas que papel teriam então as práticas ideológicas - como transformação da consciência - em sua relação com as ciências, as disciplinas? Não estariam encobrendo determinantes quando apropriam conceitos já incorporados e que são construídos a partir de uma prática teórica - como construção do conhecimento - mediada pelo saber e a ação do movimento social?

Tomando por referência as discussões da 70ª Conferência, durante a 71ª Conferência Internacional do Trabalho, em 1985, reinstalam-se os trabalhos da Comissão de Serviços de Medicina do Trabalho, com a mesma composição de 1984, a qual retoma as discussões dos temas anteriores, com vistas, agora, a propor textos para a adoção de um Convênio e de uma Recomendação sobre o tema, como resultado final.

Em sua exposição inicial, o representante dos empregadores introduz alguns temas ainda não explicitados até então e que falam da

"... questão do campo de aplicação e da esfera de competência dos serviços de saúde no trabalho." ⁹¹ (o novo nome agora adotado em substituição a saúde do trabalhador) (grifos nossos)

Para ele a resposta deveria ser buscada

"... no contexto das profundas mudanças sócio-econômicas que caracterizam nossa época (...) As aspirações nacionais à industrialização nos países em desenvolvimento e o advento de novas tecnologias de produção nos países industrializados originam modificações no conteúdo, na organização e no significado do trabalho, (...) uma mobilidade constante da mão-de-obra (...) Todos estes fatores de tensão nervosa e de sobrecarga exercem inevitavelmente efeitos sobre a saúde psicossocial e o bem-estar dos trabalhadores e empregadores ... No tocante às preocupações referentes aos fatores psicossociais de tensão nervosa, aos que derivam das relações interpessoais no trabalho (...) deviam integrar-se nas atividades dos serviços de saúde no trabalho [SST] ... perturbações psico-sócio-econômicas que se originam na comunidade (...) deveriam resolver-se mediante a cooperação de toda a comunidade, por meio de instituições criadas e financiadas com o erário público ... [SSTs devem] concentrar seus esforços na prevenção de riscos (...) relacionados com o trabalho; ... recorrer à informação e à educação para que os trabalhadores protejam melhor sua saúde nos locais de trabalho e fora deles (...) assegurar um tratamento adequado aos prejuízos para a saúde devidos ao trabalho ... servir de mediadores e defender os interesses do trabalhador ou a determinados organismos, mas jamais deveriam encarregar-se de tratamentos prolongados ou ilimitados de doenças mentais." ⁹² (grifos nossos)

⁸⁹ OIT, *Informe IV ...*, 1984, p. 43/2.

⁹⁰ FOUCAULT, *op. cit.*, 1987, p. 108.

⁹¹ Ver a respeito: Organização Internacional do Trabalho Atas Provisórias. 71ª Conferência Internacional do Trabalho. Genebra, 1985. p. 28/1.

⁹² *Ibidem*, p. 28/1,2.

Trata-se de um discurso ao mesmo tempo contraditório e revelador. Mesmo detectando os fatores de tensão e sobrecarga nervosa como relacionados às mudanças na organização, conteúdo e significado do trabalho e à introdução de novas tecnologias, que trazem efeitos sobre a saúde psicossocial e o bem estar dos trabalhadores o

" ... que se manifesta através de variedade de sintomas psicossomáticos (...), e aparecem como dominantes as desordens mentais com alterações funcionais de difícil definição ... um estudo (...) em operários da indústria de automóveis nos Estados Unidos, encontra que aproximadamente 40% dos trabalhadores tinham problemas de saúde mental e que a correlação mais importante desta patologia era com a insatisfação no trabalho ... a fadiga adquire (...) significado psicossocial (...) apresenta-se como totalizante e crônica, não aliviada pelo sono, (...), e invadindo a vida do indivíduo mesmo fora da fábrica. A inutilidade e a falta de sentido do trabalho encontram-se no centro desta nova concepção, da qual se origina a proposição de realizar mudanças radicais na organização do trabalho, que permitiriam despertar o interesse do trabalhador ... Na atualidade, a inutilidade, o tédio e a falta de sentido do trabalho constituem, na grande indústria capitalista, os determinantes fundamentais da fadiga e da queda de produtividade." 93 (grifos nossos)

Dada a impotência das mudanças em produzir grandes modificações já que

"Uma das respostas à doença da inutilidade tem sido experimentar novas formas de organização do trabalho, nas quais deixa-se ao operário alguma margem de criatividade (...) porém o caráter individual da apropriação - (...) - será o limite infranqueável destas experiências capitalistas." 94 (itálico no original) (grifos nossos)

Ocorre, porém, que o representante empresarial desloca para a comunidade a origem maior dos males, recolocando como atribuição dos SST o "velho" papel disciplinador/normatizados da medicina do trabalho: prevenir riscos do trabalho, tratar, informar e educar ao trabalhador para proteger sua saúde, na medida em que o saber dos trabalhadores não lhes dá este estatuto. Os distúrbios mentais agora prevalentes e que se cronificam com certa frequência - dados os limites apontados da ação reorganizadora do trabalho - deverão ser assumidos pelo Estado de Bem-Estar, pois a racionalidade-instrumental econômica, em termos sociais ainda rege intenções, especialmente em momentos de crise. 95

Assim, admitindo as atribuições expressadas neste discurso, os serviços de saúde no trabalho reproduziriam o papel dos serviços de medicina do trabalho, apesar da realidade exigir outros enfoques.

E é disso que vai tratar a fala do representante dos trabalhadores, reforçando em sua exposição o caráter multidisciplinar dos serviços, já que

93. Para uma discussão mais detalhada da incorporação do trabalho e seus efeitos para a saúde nos estudos da medicina e as mudanças de abordagem historicamente ilustradas, ver GARCIA, Juan C. A Categoria "Trabalho" na Medicina. In: NUNES, Everardo D. (org.) *Juan César Garcia: Pensamento Social em Saúde na América Latina*. São Paulo: CORTEZ, 1989, p. 100-24. p. 108 e 115.

94. *Idem, Ibidem*, p. 118.

95. Ver a respeito, para um contra-ponto a esta questão: AVRITZER, Leonardo RACIONALIDADE, MERCADO E NORMATIVIDADE: uma crítica dos pressupostos da teoria da escolha racional. *Novos Estudos CEBRAP*, n. 44, p. 165-178, mar./ 1996.

"... a proteção à saúde e do meio ambiente de trabalho (...) constitui um problema que não concerne unicamente à medicina (...) os serviços de saúde no trabalho devem ser organizados sobre uma base multidisciplinar, principalmente com fins preventivos, sua denominação deve ser idêntica em todos os textos (...) Devem ter funções precisas e enunciar claramente (...) o papel que devem desempenhar neles os trabalhadores e seus representantes, tanto na empresa como a nível nacional (...) as novas tecnologias, quando não alienantes e não provocadoras de tensão nervosa, são bem aceitas pelos trabalhadores, pois melhoram suas possibilidades de desenvolvimento profissional. Três princípios (...) devem ser sublinhados: o posto de trabalho deve ser seguro, o meio ambiente de trabalho (...) salubre e a organização do trabalho deve colocar o trabalho a serviço do indivíduo (...) aqueles que criam os problemas têm a principal responsabilidade de solucioná-los." 96

Tal discurso é um perfeito contra-ponto ao discurso patronal e, mesmo parecendo teleológico quanto ao uso das novas tecnologias e da organização do trabalho, coloca em pauta a problemática da participação e do meio ambiente e o trabalho, situando claramente a questão da responsabilidade dos empresários no campo da saúde relacionada ao trabalho. Ao lado disso, valoriza a participação dos trabalhadores e de seus representantes dentro dos serviços, o que foi refutado pelos empresários quando da discussão da idéia de co-gestão e co-determinação. 97

De fato, a questão do caráter **multidisciplinar** e da **participação** dos trabalhadores na gestão dos serviços podem ser identificados como os dois principais elementos de descontinuidade e ruptura, ao comparar-se o discurso veiculado pela OIT na Recomendação nº. 112 de 1959 e na Recomendação nº. 171 e Convênio nº. 161 aprovados em 1985.

Ao se analisar os dois documentos de 1985, observa-se que a preocupação maior dirige-se

"... à proteção dos trabalhadores contra as doenças, sejam ou não profissionais e contra os acidentes do trabalho..." 98

Como os SMTs em sua função principalmente preventiva, os

"... 'servicios de salud en el trabajo' (services de santé au travail e occupational health services) [são] serviços investidos de funções essencialmente preventivas e encarregados de assessorar ao empregador, aos trabalhadores e a seus representantes na empresa acerca de:

i) requisitos necessários para estabelecer e conservar um meio ambiente de trabalho seguro e são, que favoreça uma saúde física e mental ótima em relação ao trabalho;

ii) adaptação do trabalho às capacidades dos trabalhadores (...) de seu estado de saúde física e mental." 99

Observa-se que, diferentemente de 1959, não se fala mais em adaptar o homem ao trabalho, apesar de persistir uma visão idealizada da saúde no trabalho e de **neutralidade da técnica**.

96. OIT, *Atas Provisórias*, 1985, p. 28/1,2.

97. *Ibidem*, 1985.

98. Organização Internacional do Trabalho *Convênio 161, Sobre Serviços de Saúde no Trabalho*, Genebra: OIT, 1985. Considerandos.

99. *Ibidem*, 1985. Parte I, Princípios de uma Política Nacional, art. 1º.

Com respeito ao estabelecimento de uma política nacional propõe-se que:

"1. Todo **membro** se compromete a estabelecer **progressivamente** serviços de saúde no trabalho para todos os trabalhadores (...) em todos os ramos de atividade econômica e em todas as empresas ..." ¹⁰⁰ (grifos nossos)

Quanto às funções específicas dos serviços, prescreve que:

"Sem prejuízo da **responsabilidade** de cada empregador em relação à saúde e segurança dos trabalhadores que empregue e levando em conta a **necessidade** de segurança no trabalho, os serviços deverão (...) exercer:

b) **vigilância** dos fatores de meio ambiente de trabalho e das práticas de trabalho que possam afetar a saúde dos trabalhadores...;

c) **assessoramento** sobre o planejamento e a **organização** do trabalho incluído o desenho dos locais de trabalho (...) a relação (...) e o estado das máquinas e equipamentos e as substâncias utilizadas no trabalho;

e) **colaboração** na difusão de informações, na formação e educação em matéria de saúde e higiene no trabalho e **ergonomia** ..." ¹⁰¹ (grifos nossos)

Ao lado então de atividades semelhantes às dos SMTs quanto aos riscos, os novos serviços incorporam também ações relacionadas à **vigilância** do meio ambiente e das práticas laborais, bem como assessorar o planejamento da **organização** do trabalho alçada então à elemento nocivo à saúde, apesar de ainda nos limites dos riscos mecânicos e químicos, não se considerando a questão do ritmo, da duração e distribuição da jornada, do conteúdo das tarefas, da hierarquia, etc..¹⁰² Questões estas de grande interesse nos anos 80 e 90, diante da novas formas de organização e gestão do trabalho.

Quanto à sua Organização, os serviços de saúde no trabalho podem estabelecer-se

"De conformidade com as práticas nacionais (...) por:

a) empresas ou grupos de empresas;

b) serviços públicos e os serviços oficiais;

c) instituições de seguridade social ..." ¹⁰³

Deixam, portanto, de ser um serviço próprio e exclusivo das empresas como previsto na Recomendação nº. 112 de 1959.

Finalmente mais dois aspectos de importância na definição de políticas nacionais, aquele que trata da

"Parte IV. Condições de Funcionamento":

1. "De conformidade com a legislação e a prática nacionais, os serviços de saúde no trabalho deveriam ser **multidisciplinares**". (artigo 10) (grifo nosso)

¹⁰⁰ *Ibidem*, 1985. Parte I, art. 3º.

¹⁰¹ *Ibidem*, 1985. Parte II, Funções, art. 5º.

¹⁰² Ver a respeito: SELIGMAN SILVA, Edith Crise Econômica, Trabalho e Saúde Mental. In: Angerami, V.A. (org.) *Crise, Trabalho e Saúde Mental no Brasil*. São Paulo: Traço, 1986, p. 54-132.

¹⁰³ OIT, *Convênio 161*, 1985. Parte III, Organização, art. 7.

2. "O pessoal que preste serviços em saúde no trabalho deverá gozar de plena independência profissional, tanto em relação ao empregador, como dos trabalhadores e seus representantes, quando existirem ..." ¹⁰⁴ (grifos nossos)

O Convênio nº. 161 consubstancia a idéia de multidisciplinaridade e para levá-la a efeito propõe uma independência dos profissionais radical, como que anunciando as críticas éticas de que os SMTs seriam alvo. ¹⁰⁵

A Recomendação nº. 171 tem o papel de melhor detalhar e regulamentar as várias atribuições e competências dos serviços, reforçando aspectos dos direitos dos trabalhadores à informação; a não serem discriminados por motivo de doença no trabalho; a participar de estudos e pesquisas e das decisões sobre sua organização e funcionamento, aqui incluídas questões

"... relativas ao emprego do pessoal e ao planejamento dos programas do serviço." ¹⁰⁶

Conforme PARMEGIANNI (1985) a revisão da Recomendação nº. 112/59, referindo-se às discussões de 1984 justificava-se

"... pelos desenvolvimentos que ocorreram no último quarto do século, não somente em questões técnicas e médicas, mas também em alguns conceitos básicos, tais como saúde e os direitos dos trabalhadores." ¹⁰⁷ (grifos nossos)

Para o mesmo autor,

"... o papel ativo dos trabalhadores em participar dos serviços (...) coloca-os numa posição de levar avante suas tarefas quando estas vão além da relação entre médicos e trabalhadores e envolvem alterações do ambiente de trabalho.

"Esta forma de olhar os serviços de saúde ocupacional (occupational health services), para a qual contribuíram principalmente os países escandinavos, constitui uma mudança mais do que radical comparada com a Recomendação 112 e um passo substancial adiante em direção à proteção e promoção da saúde dos trabalhadores, num ambiente tecnologicamente avançado, onde as doenças ocupacionais tradicionais estão desaparecendo e os trabalhadores pertencem a uma sociedade que conta com adequados serviços médicos." ¹⁰⁸ (grifos nossos)

Esta formulação de PARMEGIANNI, ex-diretor da OIT nos anos 70, que poderia ser tomada como a síntese da nova proposta, sob o ângulo da técnica e da política apresenta enfoques apenas parciais, particularmente quando avaliada à luz da realidade de países como o Brasil.

É disto que trata FOUCAULT (1987, p. 24) quando discute

"... as noções de 'mentalidade' ou de 'espírito', que permitem estabelecer entre fenômenos simultâneos ou sucessivos de uma determinada época uma comunidade de sentido ... ou que fazem surgir, como princípio de unidade e de explicação, a soberania de uma consciência

¹⁰⁴. *Ibidem*, 1985, Parte III, art. 11.

¹⁰⁵. Ver a respeito: MENDES, *op. cit.*, 1986 e 1988; REBOUÇAS, et al., *op. cit.*, 1989.

¹⁰⁶. Organização Internacional do Trabalho Recomendação 171 Sobre Serviços de Saúde no Trabalho. Genebra, 1985. Parte III. Organização, item 33.2.

¹⁰⁷. Ver a respeito PARMEGIANNI, *op. cit.*, 1988, p. 91.

¹⁰⁸. *Idem, Ibidem*, p. 92.

coletiva. É preciso por em questão (...) essas sínteses acabadas, (...) que na maioria das vezes são aceitos antes de qualquer exame, esses laços cuja validade é reconhecida desde o início, é preciso desalojar essas formas (...) pelas quais se tem o hábito de interligar os discursos dos homens (...) E ao invés de deixá-las ter valor espontaneamente, aceitar tratar apenas, por questão de cuidado com o método [arqueológico] e em primeira instância, de uma população de acontecimentos dispersos." (grifos nossos)

Mesmo considerando as influências que as proposições contidas no Convênio 161 e Recomendação 171 de 1985 tiveram nos países membros da OIT -apesar de sua ratificação pelo Brasil somente em 1991 - quando da discussão das políticas nacionais relativas aos serviços voltados para a questão saúde e trabalho nos anos 80, cujo modelo foram dos Programas de Saúde dos Trabalhadores (PSTs) na rede pública de saúde que incorporou programaticamente a participação dos trabalhadores na gestão dos serviços e o caráter multidisciplinar e multiprofissional dentro de sua prática, no que foi coadjuvada pelas formulações contemporâneas emanadas da OMS-OPAS, como ver-se-á a seguir; é necessário aqui, também levar em conta o discurso da Medicina Social Latinoamericana e suas relações, na elaboração sobre os nexos entre trabalho e saúde, no que se refere ao esforço de definir de que objeto fala-se, com que método analisa-se a realidade e quem fala.

Afinal constrói-se o arcabouço teórico-metodológico de um outro campo de saberes, a partir de outros objetos, conceitos, noções e que pretende influenciar e questionar as "verdades" consolidadas até então, adquirindo estatuto de um saber contra-hegemônico que também informa uma outra prática sanitária. Isto será analisado no item 3.5.

3.4.2. O Discurso da Organização Mundial de Saúde (OMS) e da Organização Panamericana de Saúde (OPAS).

A OMS foi fundada em 1949 e, já em 1950, participava do Comitê Misto OIT-OMS, que elaborou a definição de saúde ocupacional publicada naquele ano, o que balizou toda a formulação de políticas de serviços na área desde então.

A Assembléia Mundial de Saúde (AMS) tem contemplado questões relacionadas à saúde e trabalho em várias oportunidades, num viés que enfatiza a abordagem da higiene dentro dos serviços de saúde pública, particularmente a partir dos anos 70.

A 24ª. AMS realizada em maio de 1971 propõe através da Resolução WHA 24.17 que os países membros

*"... promulguem o estabelecimento de serviços nacionais de higiene do trabalho com a ajuda da OIT e da OMS..."*¹⁰⁹

Na mesma AMS a Resolução WHA 24.30

¹⁰⁹ . OPAS, Diretrizes para un Plan Nacional de Desarrollo de la Salud de los Trabajadores. mar./ 1992, p. 3.

"Analisa a necessidade de organizar e promover as atividades de higiene do trabalho nos países em vias de industrialização ... e a insuficiência de critérios para que as autoridades sanitárias fomentem as atividades de higiene do trabalho nos programas de saúde pública." ¹¹⁰

Na 25ª. AMS, no ano de 1972 a Resolução WHA 25.63 levanta a

"... conveniência de promover programas preventivos de medicina do trabalho em países desenvolvidos e em desenvolvimento." ¹¹¹ (grifo nosso)

Trata-se de uma proposição que reforça a postura da OIT, que já em 1959 pela Recomendação 112, propunha os Serviços de Medicina do Trabalho.

Como já foi assinalado anteriormente, no mês de junho de 1974, o Chefe do Escritório Médico de Saúde Ocupacional da OMS, EL BATAWI, publicava artigo com o título *"As Pequenas Indústrias: Os riscos de Saúde das Massas Esquecidas."* ¹¹² Neste texto o autor chamava a atenção para a importância das pequenas fábricas em termos do número de trabalhadores que empregavam no mundo todo e da falta de políticas de atenção à saúde de tais operários. Para ele

"Bem se pode chamar os trabalhadores dessas pequenas indústrias de 'massas esquecidas', pois não só é raro que os seus problemas de saúde interessem aos planejadores sanitários, como é apenas marginal a atenção que recebem de administradores do trabalho. No entanto, essas indústrias são a espinha dorsal da economia (...) de muitos países." ¹¹³ (grifos nossos)

Tanto o setor Saúde, como o setor Trabalho, nas políticas nacionais, davam muito pouca importância para os trabalhadores das indústrias menores o que era espelhado, inclusive, pela própria postura da OIT quando da proposição da Recomendação 112, que sugeria a existência de SMTs nas empresas a partir de um certo número de empregados.

A par do pragmatismo veiculado na Recomendação, que levava em conta a possibilidade financeira na montagem de tais serviços, o autor chamava a atenção para o fato de que

"... dificilmente as pequenas fábricas têm acesso às facilidades de saúde: cada unidade é individualmente (...) pequena para organizar um serviço e relativamente pobre para mantê-lo. Contudo os riscos de saúde nessas empresas podem ser muito sérios." ¹¹⁴ (grifos nossos)

O autor citava então resultados de estudos feitos em todo o mundo para assinalar os problemas de assistência médica de que padeciam e as doenças profissionais clássicas, como intoxicações, que acometiam seus trabalhadores. Associava tal situação à restrição de crédito que deteriorava paulatinamente os locais e condições de trabalho. Além disso,

"... os trabalhadores da pequena indústria dispõem de meios muito limitados para defender seu direito a uma vida melhor. (...), os sindicatos se fortalecem mais com grandes concentrações de trabalhadores do que com os da pequena indústria." ¹¹⁵ (grifos nossos)

¹¹⁰ Ibidem, 1992, p. 4.

¹¹¹ Ibidem, 1992, p. 5.

¹¹² Ver a transcrição do artigo em: *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, v. 3, n.9, p. 10-14, 1975.

¹¹³ EL BATAWI, *op. cit.*, p. 11.

¹¹⁴ Idem, *Ibidem*, p. 11.

¹¹⁵ Idem, *Ibidem*, p. 14.

Diante dessa realidade falava da possibilidade de **respostas**. Elas haviam sido esboçadas em reunião de consultores da OMS realizada em 1971, quando discutiu-se

*"... os problemas de saúde [de] pequenas indústrias na França, na Suécia, no Reino Unido e na URSS e concordaram (...) que se faziam necessários o estudo e a abordagem sistemática desses problemas, tanto nos países industrializados como nas nações em desenvolvimento ... Nos países em desenvolvimento a magnitude do problema é ainda maior, já que os serviços de saúde geral e profissional não estão inteiramente desenvolvidos."*¹¹⁶ (grifos nossos)

Diante da situação, assinalava que

*"... talvez seja inevitável a dependência dos centros de saúde pública existentes para a prestação de assistência sanitária (...) aos trabalhadores das pequenas indústrias. Será então necessário preparar pessoal especializado em saúde profissional e orientar os programas de saúde pública para atender às demandas específicas de serviços (...) nos locais de trabalho."*¹¹⁷ (grifos nossos)

Apontava que em 1975 a OMS iria definir normas para que as autoridades sanitárias pudessem organizar **serviços** apropriados às pequenas fábricas até agora relegadas, numa perspectiva sanitária.¹¹⁸

Na AMS de 1976

*"... se reafirma que a saúde ocupacional deve estar estreitamente vinculada ou integrada nos programas nacionais de saúde e de desenvolvimento industrial."*¹¹⁹

Configura-se uma preocupação que clama pela necessidade de não deixar "desamparadas" pelas políticas nacionais o grande número de trabalhadores das pequenas indústrias, numa espécie de **contra-ponto** à postura "pragmática" da OIT expressada alguns anos antes pela Recomendação 112 de 1959.

Aqui, já se prenuncia o discurso que terá como objeto a **atenção primária**, colocando em pauta o papel estratégico da rede de saúde pública na ampliação de cobertura para populações marginalizadas. Concretamente é disso que vai tratar a Conferência Internacional sobre Atenção Primária em Saúde, realizada em Alma Ata em 1978 e patrocinada pela OMS.

De fato, ao final da Conferência é divulgada a Declaração de Alma Ata que estabelecia a necessidade de ser levada a atenção à saúde o mais próximo possível do lugar onde residem e trabalham as pessoas.¹²⁰

Como resultado da reunião de Alma Ata, a saúde nos locais de trabalho é considerada um dos principais objetivos da meta "*Saúde Para Todos no Ano 2000*". (FREITAS, LACAZ e ROCHA, 1985)

¹¹⁶ . *Idem, Ibidem*, p. 14.

¹¹⁷ . *Idem, Ibidem*, p. 14.

¹¹⁸ . No período de 22-27/07/1975 a OMS realiza, em Genebra, o Encontro para Organização de Cuidados de Saúde para Pequenas Indústrias, no qual advoga-se "Utilization of existing community health centres to take on an occupational health function in addition to their list of general community health services..."(p. 20). Ver: World Health Organization, "Meeting on Organization of Health Care for Small Industries." (WHO/OCH/76.2) Geneva, 22-27 July 1975.

¹¹⁹ . Ver Organización Panamericana de la Salud-Programa Salud Ambiental/Salud Ocupacional *Mandatos Internacionales Relativos a la Salud de los Trabajadores*. Washington, D.C.: OPAS, mar./ 1992. p. 6. [mimeo]

¹²⁰ . Ver a respeito: Alma-Ata 1978: Primary Health Care. Geneva: World Health Organization, 1978.

Assim, durante os anos 80, a estratégia da OMS para a saúde ocupacional esteve intimamente ligada à sua estratégia global de saúde para todos.

Uma nova estratégia para o desenvolvimento posterior dos serviços de *saúde ocupacional* foi adotada em 1979, quando resolução da Assembléia Mundial de Saúde na perspectiva de um

*"... amplo programa de saúde dos trabalhadores, referiu-se à mais importante meta da Declaração de Alma Ata..."*¹²¹

No ano de 1979, na 32ª. Assembléia Mundial de Saúde, a Resolução WHA 32.14 ressaltava a Declaração de Alma-Ata, acrescentando que era

*"...uma necessidade urgente, maior atenção à saúde dos trabalhadores, através do desenvolvimento de programas especiais para este grupo da comunidade".*¹²² (grifos nossos)

Conforme o mesmo documento da OPAS, na 33ª. Assembléia Mundial de Saúde realizada em 1980, é aprovada diretriz no sentido de que o

"Diretor Geral da OMS desse apoio decisivo (...) para a promoção de melhoramentos das condições de vida e trabalho dos trabalhadores rurais, industriais e de mineração, principalmente em países em desenvolvimento."

"Numa busca de mecanismos para estender a cobertura de programas de saúde ocupacional a grupos de trabalhadores não suficientemente cobertos - pequenas empresas, trabalhadores agrícolas e de construção civil entre outros - uma alternativa doutrinariamente correta e operacionalmente factível é a introdução de ações de Saúde Ocupacional nos programas de rede de saúde pública..."

*"A adoção deste tipo de enfoque e a decisão política de implementar as ações correspondentes, implicará em se promover a adequação da infra-estrutura de recursos humanos e materiais para tal finalidade."*¹²³ (grifos nossos)

Ao mesmo tempo é assinalado na Resolução WHA 33.31 a necessidade de

*"... manter condições adequadas de segurança no trabalho e de proteção da saúde dos trabalhadores e integrar a higiene do trabalho com a Atenção Primária de Saúde."*¹²⁴

Aqui os ecos da Conferência de Alma-Ata ainda são claros, num discurso universalizante que vai delimitar toda a formulação da OMS nos anos posteriores.

No período de 13 a 16/04/1982 a OMS realiza em Genebra reunião que tratou dos Cuidados Primários em Saúde para Populações Trabalhadoras, sendo publicado documento no qual é assinalado que:

*"... in the first instance, is an attempt to identify the rationale for the need to provide health care to working population. Secondly, it seeks to justify the contention that the primary health care approach is most appropriate for improving the health workers."*¹²⁵

¹²¹ WHO, 1990, p. 11.

¹²² Organização Panamericana de Saúde Programa de saúde dos trabalhadores. (HPW) Ante-projeto. Washington, D.C.: OPAS, mar./ 1983. p. 5. [mimeo]

¹²³ *Ibidem*, 1983, p. 7-8.

¹²⁴ OPAS, mar./ 1992, p. 8.

¹²⁵ WHO Primary Health Care ... (WHO/OCH/82.2), p. 2.

Tais proposições continuam a nortear a orientação da OMS, figurando claramente em seu 8º. Programa Geral de Trabalho, que cobre o período 1990-95. (cf. WHO, 1990, p.12)

De certa forma o discurso da OMS-OPAS vai se desenvolver nestes anos todos, sem uma ruptura marcante, sempre balizado pela preocupação com a ampliação de cobertura das populações "desassistidas", tendo como estratégia operacional a atenção primária.

A linearidade do discurso é tal que o próprio "concepto de salud de los trabajadores" proposto pela OMS, confunde-se com o de saúde ocupacional, já que

"Debe ser entendido según lo expresado por el Comité Mixto OIT/OMS en su Primera Reunión en 1950: 'promover y mantener el más alto grado posible de bienestar físico, mental y social de los trabajadores en todas las profesiones; prevenir todo el daño causado a la salud de éstos por las condiciones de trabajo...'" 126

Ao nível dos serviços, os objetos, conceitos e enunciados que compõem seu discurso têm como ancoradouro comum a **Atenção primária** e a **ampliação de cobertura pela rede pública**, na perspectiva da "Saúde Para Todos No Ano 2000", particularmente dos desassistidos como trabalhadores rurais e das pequenas indústrias.

Nela não se explicita o trabalho conformado enquanto conjunto de relações sociais na esfera da **produção** cuja historicidade define perfis de morbi-mortalidade; a **multidisciplinaridade**; a **vigilância** acoplada à assistência e a preocupação teórico-metodológica na apreensão e análise do objeto historicamente mutante. Por conta disso surge a dubiedade dos enunciados que emanam da OMS, que ora falam de serviços de saúde ocupacional, ora de programa de saúde dos trabalhadores, como que diluindo-os, um no outro.

Assim, a proposta de incorporação das ações de saúde relacionadas aos agravos do trabalho na rede de serviços de saúde pública surge nos anos 70 e está calcada nos pressupostos da Saúde Ocupacional que, conforme já se observou

"... individualiza os problemas de saúde relacionados com o trabalho, retirando-os do âmbito das relações sociais de produção, dando-lhes uma abordagem a-histórica e operacionalmente falha..." 127

Dentre as maneiras de abordar as relações entre saúde/doença e trabalho, as quais dependem de como o trabalho é **conceituado**, na definição de Saúde Ocupacional este é visto como

"... um problema ambiental [que] expõe os trabalhadores individualmente a agentes físicos, químicos, psicológicos que os fazem sofrer acidentes e ficar doentes." 128

Disso resulta uma estratégia de intervenção que se baseia na **redução da exposição aos agentes patológicos**. Embora

"... a enorme importância desta tarefa não deva ser minimizada, a teoria e a prática daquele entendimento do trabalho reproduz a dicotomia indivíduo-ambiente, que obscurece

126 . OPAS, Mandatos ... 1992, p. 12

127 . FREITAS, LACAZ e ROCHA, *op. cit.*, 1985, p. 4.

128 . NAVARRO, *op. cit.*, 1982, p. 5.

seriamente a compreensão das relações sociais que *determinam* tanto o trabalhador, individualmente, como o próprio ambiente." ¹²⁹ (grifos nossos)

Por outro lado o trabalho tem sido conceituado como

"... fonte de recursos, ou seja, rendimento que permite ao trabalhador satisfazer suas necessidades e expectativas. Nesta visão, o trabalhador é considerado um assalariado ou consumidor com atributos como, por exemplo, renda, educação, status, todos eles definidos na esfera da troca, distribuição e consumo, mais do que no mundo da produção. O trabalho, como uma atividade e uma relação social, não aparece neste cenário teórico. Os cidadãos são definidos como consumidores mais do que trabalhadores." ¹³⁰

Como corolário, a saúde é conceituada

"... considerando a dieta, os padrões de moradia, estilo de vida, utilização de serviços de saúde, níveis de renda, parecendo que os indivíduos não trabalham, na medida em que o trabalho como determinante da saúde e da doença não é mencionado." ¹³¹

Mesmo em inquéritos e investigações sobre morbidade a ocupação é sequer cogitada.

Observe-se que tal representação dos indivíduos como meros assalariados ou consumidores, mais do que trabalhadores

"... tem consequências sobre as estratégias de intervenção social nos países capitalistas, as quais são principalmente dirigidas para a compensação monetária do dano causado. Vende-se a saúde: a morte e a doença são indenizadas." ¹³²

Frise-se que as formulações das OMS-OPAS são fortemente "contaminadas" pela visão acima criticada e, quando elaboram sobre o "marco conceitual para um plano nacional de desenvolvimento da Saúde dos Trabalhadores" (OPAS, 1992) apontam como

"...fatores que influem na saúde dos trabalhadores, [particularmente] ... os fatores de risco do ambiente... os estilos de vida ... os fatores da biologia ... os serviços de saúde..." ¹³³

Mais uma vez fica patente o deslocamento da estratégia de intervenção para o consumo, muito mais do que para a produção. E, então, para ser plenamente atingida dever-se-á incluir a própria família do trabalhador como objeto das ações para a promoção da saúde do trabalhador. ¹³⁴

Ao lado disso, percebe-se, uma mesma linha que conduz o discurso da OMS desde o início até o fim dos anos 70, no que se refere à definição de uma estratégia para a ampliação de cobertura à saúde das populações trabalhadoras, particularmente dos países em desenvolvimento. Tratava-se de dar conta de uma parcela deixada de lado pelo

¹²⁹ . *Idem, Ibidem*, p. 5.

¹³⁰ . *Idem, Ibidem*, p. 5.

¹³¹ . *Idem, Ibidem*, p. 6.

¹³² . *Idem, Ibidem*, p. 6. Saliente-se que este enfoque tem reflexos ao nível da prática sindical, particularmente quando o estágio de consciência sanitária é pouco amadurecido, como nos países da América Latina, permanecendo no "economicismo" da luta pela "monetização do risco", como aponta LACAZ, *op. cit.*, 1983.

¹³³ . OPAS, Diretrizes para un Plan ..., 1992, p. 10-11.

¹³⁴ . OPAS, Saúde Ocupacional na América Latina e Caribe ..., 1981, p. 2.

pragmatismo da OIT em 1959 ao lado de enfrentar uma conjuntura de crise sócio-econômica desencadeada pelos "choques do petróleo" de 1974 e 1978.

Mais ainda, nos anos seguintes a escalada do neoliberalismo, como receita adequada às políticas sociais, particularmente nos países de capitalismo central, prescrevia

"... corte[s] do gasto social, (...) desativação dos programas, (...) redução do papel do Estado nesse campo. ... as proposições no campo social foram basicamente aquelas que inspiraram os governos Thatcher e Reagan: as tentativas de desestabilização dos pilares do Welfare State, reduzindo a universalidade e os graus de cobertura de muitos programas sociais, 'assistencializando' - (...) - muitos dos benefícios e, quando puderam, privatizando a produção, a distribuição ou ambas as formas públicas de provisão de serviços sociais. Na base de tal 'redirecionamento' estava a vontade de quebrar a espinha dorsal dos sindicatos e dos movimentos organizados da sociedade." 135

É, pois, nesse contexto que se insere o discurso da OMS (e da OIT), contraditando a realidade sócio-econômica. De certa forma a tensão entre a teoria e a prática irá nortear a trajetória das propostas programáticas em saúde e trabalho no período o que explica uma certa dualidade das propostas emanadas das entidades internacionais, situando-as entre a inocuidade e o idealizado.

No caso dos

"[...] países latino-americanos, submetidos (ou em vias de) aos rigores dos ajustamentos macroeconômicos e à devastação social que vêm provocando, a receita neoliberal pareceria estar contida no conjunto de prescrições de reformas dos sistemas de proteção social, orientadas para a privatização, descentralização, focalização e programas (fundos) sociais de emergências ... [de] fato foram muito poucos os programas sociais efetivamente reformados, na região e alguns o foram em sentido inverso (...) já que integravam muito mais a agenda de reformas dos processos de [re]democratização (...) É verdade que muito pouco sucesso tiveram, seja pelas próprias restrições impostas pela crise, seja pelo contínuo bombardeio ideológico a que são submetidos ... " 136

É dentro desse panorama geral que vão ocorrer as propostas de políticas para a saúde do trabalhador, o que irá balizar seus limites, avanços e recuos, particularmente no caso brasileiro.

Assim, ao enunciar sobre a saúde dos trabalhadores, a OMS o faz dentro de regras de formação que são diferentes daquelas da Medicina Social Latinoamericana (MSL).

Ao nível da representação regional da OMS na América Latina, a Organização Panamericana de Saúde (OPAS), talvez até por influência da MSL, observa-se um posicionamento no início dos anos 80 que coloca as relações saúde/doença-trabalho em outro patamar, particularmente quanto à visão de ambiente e dos riscos do trabalho. Surge, então, a tendência para um

135. Ver a respeito: DRAIBE, Sonia Maria *As Políticas Sociais e o Neoliberalismo*. Cadernos de Formação n.1. Fundação Nativo da Natividade. São Paulo: Linhasgerais, 1995. p. 18.

136. *Idem, Ibidem*, p. 18-19.

"... enfoque global do 'macroambiente', com seus componentes culturais, sociais, econômicos e também físicos (...) a situação de trabalho seria expressão da estrutura social e econômica muito mais que expressão de 'microambientes' e guardaria estreitas relações com a 'posição' que o trabalho tenha adquirido na estrutura de cada sociedade concreta. ... a denominação tradicional 'Saúde Ocupacional' tende a ser substituída agora pelo conceito de saúde do trabalhador ... " 137

Apesar da proposição de se substituir a Saúde Ocupacional pelo **conceito** de Saúde do Trabalhador, o que faria pensar numa proximidade da proposta com as formulações da Medicina Social Latinoamericana, confirma-se que mais uma vez,

"... o que pode ser dito' [parte] de um **lugar** social historicamente determinado. Um mesmo texto pode aparecer em formações discursivas diferentes, acarretando, (...), variações de sentido." 138

Assim, quando a OPAS toma a iniciativa de considerar o ano de 1992 como o "Ano da Saúde dos Trabalhadores", e propõe as "Diretrizes para um Plano Nacional de Desenvolvimento da Saúde dos Trabalhadores" (1992) 139 **impõe-se** com vigor um discurso **já visto** mas ao mesmo tempo emergencial, no qual a preocupação é ainda

"... a extensão progressiva de cobertura de Saúde dos Trabalhadores até que chegue a ser um direito universal ... [em] que não somente se contemplem os aspectos curativos, de reabilitação e de indenização (...), senão que se deve dar prioridade aos aspectos de promoção e manutenção da saúde e de prevenção no trabalho." (OPAS, 1992)

Além disso, assumindo **conceitualmente** a saúde do trabalhador como **sinônimo** de saúde ocupacional! 140

3.5. A Medicina Social Latinoamericana (MSL) e a Abordagem das Relações entre Saúde/Doença e Trabalho.

Conforme aponta NORIEGA (1989) é consenso que a saúde no trabalho ou saúde do trabalhador constituem um campo de conhecimento e de prática ainda não delimitado. Apesar disso, **diferencia-se** com clareza de disciplinas como a saúde ocupacional e a medicina do trabalho.

Uma primeira diferença refere-se ao **objeto** de estudo que no caso da saúde ocupacional-medicina do trabalho são os fatores de risco relacionados ao trabalho, mas **reduzidos** aos agentes físicos, químicos, biológicos, psicológicos, mecânicos do ambiente de trabalho e as doenças profissionais clássicas e os acidentes do trabalho. Foi justamente

137. Organização Panamericana de Saúde *Saúde ocupacional na América Latina e Caribe ...*, Caracas, 1981. p. 1-2. [mimeo]

138. BRANDÃO, Helena H. Nagamine *Introdução à Análise do Discurso*. Campinas, SP: Editora da Unicamp, 1994. 3a. ed. p. 90.

139. Consultar: Organização Panamericana de Saúde-Programa de Saúde Ambiental/Saúde Ocupacional *Diretrizes Para Un Plan Nacional De Desarrollo De La Salud De Los Trabajadores*. Washington, D.C.: OPAS, mar./ 1992. [mimeo]

140. *Ibidem*, p. 12, sub-ítem 2.4.

este discurso "ambientalista" que informou a proposta da Recomendação OIT 112/59 para criação dos Serviços de Medicina do Trabalho.

Quando, porém, trata-se da Recomendação 171 e do Convênio 161 de 1985, há uma descontinuidade com o discurso anterior, mas não se apreende claramente de que objeto está se falando. Mais ainda, que disciplinas vão compor a estrutura multidisciplinar tão enfatizada agora que não aquelas já incorporadas como a higiene industrial, a ergonomia e a psicologia do trabalho?

De que metodologia utilizar-se-á para a abordagem das relações mais complexas entre trabalho-saúde/dano que supere a visão do "triângulo-epidemiológico"?¹⁴¹

Que papel terão os trabalhadores quando se fala de participação, que não de meros coadjuvantes, cujo saber não é explicitamente considerado?

Trata-se, então, de apreender nesses discursos a

*"... superfície (...) de sua emergência: mostrar onde podem surgir, para que possam, em seguida, ser designadas e analisadas (...) diferenças (...) segundo os graus de racionalização, os códigos conceituais e os tipos de teoria ... Essas superfícies de emergência não são as mesmas nas diferentes sociedades, em diferentes épocas e nas diferentes formas de discurso."*¹⁴²

No caso da OIT e da OMS, pode-se considerar que a superfície de emergência do discurso da saúde do trabalhador tem como horizonte de "visibilidade" os serviços de saúde, a partir de uma influência marcada dos países europeus escandinavos PARMEGIANNI (1985), cuja realidade sócio-político-sanitária difere enormemente da vivida nos países da América Latina. Sua universalização carece de um arcabouço teórico-metodológico e de noções melhor estabelecidas como a própria idéia de saúde, de trabalho e da sua relação.

Como assinala FOUCAULT (1987, p. 51) o objeto do discurso

"... existe sob as condições positivas de um feixe complexo de relações [que] são estabelecidas entre instituições, processos econômicos e sociais, formas de comportamento, sistemas de normas, técnicas (...) modos de caracterização."

Que "feixe de relações" constituiria a saúde do trabalhador-saúde no trabalho? Pelos menos algumas podem ser já identificadas: relações políticas que englobariam o "extra-discursivo" como a situação dos indicadores sanitários dos agravos à saúde no trabalho; a capacidade de organização dos trabalhadores; as políticas no campo da saúde e trabalho; o grau de desenvolvimento sócio-econômico de uma dada sociedade e a apropriação de seus frutos; as formas predominantes de gestão do trabalho e a própria produção de conhecimento no campo.

Postula-se, então, que as formulações emanadas de organismos internacionais tri-partites, dada sua generalidade e aparente neutralidade, muitas vezes têm pouca aderência às condições sócio-históricas concretas de vida e trabalho das populações dos países periféricos.

¹⁴¹ . Para uma análise mais detalhada da discussão da abordagem da tríade "ambiente-agente-hospedeiro", ver MENDES (org.), *op. cit.*, 1980, capítulo 2.

¹⁴² . FOUCAULT, *op. cit.*, 1987, p. 47.

Os principais fatores que teriam levado às recentes modificações na **saúde ocupacional**, seriam, dentre outros, conforme PARMEGIANNI (1988)

"... o aperfeiçoamento da educação (...) o aumento da participação [dos trabalhadores] (...) diminuição das lesões graves e fatais, aumento das doenças relacionadas ao trabalho (...) aumento da poluição ambiental (...) proteção da maioria dos trabalhadores (...) avaliação social dos riscos profissionais (...) custo da atenção médica." 143

Está claro que o autor fala de um mundo diferente daquele vivenciado pelos trabalhadores latinoamericanos que **não** têm acesso à educação, cuja participação quase sempre é vedada pelo patronato quanto à organização a partir dos locais de trabalho LAURELL & MARQUES, 1983, REBOUÇAS et al. (1989), que sofrem um "duplo perfil" epidemiológico também no que se refere às doenças e acidentes do trabalho, situação em que convivem com doenças profissionais clássicas, acidentes graves e fatais, agravos psicossociais e cuja proteção e promoção da saúde está longe de atingir a maioria da população. Não é pois, em consequência de uma evolução da capacidade técnica e dos direitos dos cidadãos-trabalhadores que a questão da saúde e trabalho atinge uma dimensão tão candente para os países latinoamericanos.

Aqui, mais uma vez deve ser frisado que o tema da saúde e trabalho-saúde do trabalhador é identificado

"... como hipótese central, (...) com o surgimento de um novo sujeito social e político, resultado da transformação vivida pelas sociedades latinoamericanas (...) 'a emergência da classe operária industrial', que em sua constituição como classe enfrenta os problemas e contradições do desenvolvimento industrial tardio e sua confluência com outra força social, os intelectuais (...) das universidades latinoamericanas, [que] participam destes problemas." 144 (grifos nossos)

NORIEGA ao analisar as relações entre saúde e trabalho centradas na categoria **processo de trabalho**, ratifica a preocupação final, ao identificar os problemas mais candentes a serem enfrentados, ou seja:

"1. Problemas teóricos (...): a extensão do campo de conhecimento, as características do objeto de estudo, o manejo de categorias e a articulação entre elas..."

"2. Problemas metodológicos que vão desde a relação da teoria e do objeto de estudo com o método, passando pela interpretação do que se entende por metodologia e sua diferença com os procedimentos e as técnicas, até a relação teoria-prática e as características e dificuldades metodológicas da pesquisa-participante." 145 (grifos nossos)

Estão, pois, os autores da MSL buscando aprofundar conhecimentos no campo da saúde e trabalho-saúde do trabalhador, dando-lhe um caráter que permita a produção de novos saberes e práticas e que não o identifique apenas como movimento ideológico, isto é,

"... como um corpo coerente de idéias, articulado em um duplo aspecto (...) crítica da ideologia que procura substituir (...) demonstrando sua ineficiência e (...) [afirmando] sua própria

143. PARMEGIANNI, *op. cit.*, 1988, p. 8.

144. OUTÓN, M. (Resenhas Bibliográficas) Ciencias Sociales y Salud en America Latina. *Salud Problema*, n. 14, p. 59-61, primavera de 1988, p. 60.

145. NORIEGA, *op. cit.*, 1989, p. 10.

eficácia na solução dos problemas apresentados, mostrando a abertura de novas perspectivas não alcançadas pelo movimento anterior." 146 (grifos nossos)

Mas, mais do que isso, com um corpo teórico-metodológico e conceitual que lhe confira um estatuto científico, cuja metodologia ao se voltar para a validação, a normatividade, a quantificação, permita surgir a palavra do agente dos processos de trabalho. Daí o paradigma do **Modelo Operário Italiano** interessar tão de perto a esta corrente inclusive em sua adaptação, como propôs o grupo da Universidade Autônoma do México-Xochimilco - LAURELL et al. (Ver Quadro 3)

Trata-se, pois, de privilegiar o processo saúde-doença relacionado ao trabalho em sua dimensão sócio-política, já que

"... o objeto de estudo é a relação entre o processo de reprodução (...) e suas consequências para a saúde dos trabalhadores. Desta maneira o objeto se conforma basicamente por processos sociais ... o estudo do homem desde uma perspectiva coletiva (e inclusive individual) é principalmente social. O homem (...) se rege, se determina e se reproduz como ser social..." 147

É sob esta base de reflexão que se dá a maior crítica à SO-MT que abstraem o homem do social ao naturalizarem sua relação com o "meio ambiente", o que leva a uma abordagem da relação trabalho-saúde pela ótica das ciências naturais e o biológico-individual é a forma mais adequada de análise.

Para NORIEGA deste confronto de posições surgem duas questões fundamentais:

"... a econômico-política que se traduz numa visão de mundo, numa visão da sociedade diferente e às vezes antagônicas entre umas postura e outras (...) a epistemológica, porque da postura teórico-metodológica que se adote dependerá a forma de abordar o objeto de estudo." 148

Trata-se, então, de um momento em que ainda se gesta um novo conhecimento sobre as relações trabalho-saúde, mas que no qual as formulações anteriores, ainda hegemônicas,

"... não podem ser aproveitadas como ensinamento para o avanço do conhecimento, visto que baseiam-se em visões ideológicas contraditórias, impondo-se uma nova ideologia." 149

Tal fato, porém,

"... não exclui [sua] cientificidade. Poucos discursos deram tanto lugar à ideologia quanto o (...) clínico ou o da economia política: não é uma razão para apontar erro, contradição, ausência de objetividade no conjunto de seus enunciados... o papel da ideologia não diminui a medida que cresce o rigor e que se dissipa a falsidade." 150

Poder-se-ia considerar então que a Saúde do Trabalhador como campo do conhecimento ainda não se constituiu num campo científico e que o método que privilegia,

146. AROUCA, *op. cit.*, 1975, p. 9.

147. NORIEGA, *op. cit.*, 1989, p. 10.

148. *Idem Ibidem*, p. 10.

149. MACHADO, Roberto *Ciência e Saber: a trajetória da arqueologia de Michel Foucault*. Rio de Janeiro: Graal, 1988, 2ª edição. p. 20.

150. FOUCAULT, *op. cit.*, 1987, p. 210-211.

Quadro 3 - MODELOS PARA CONHECIMENTO DA SAÚDE NO TRABALHO

(Adaptado de BREIHL, Jaime - *Nuevos Conceptos y Técnicas de Investigación - Guía pedagógica para un taller de Metodología (Epidemiología del Trabajo)*. Quito: CEAS, 1994, 359 pp. - Série "Epidemiología Crítica", n. 3)

Modelo Operário Italiano

Modelo UAM-XOCHIMILCO

Princípios

- | | |
|---|--|
| - Demanda Operária com apoio de técnicos militantes | - Visão contra-hegemônica no apoio técnico aos trabalhadores |
| - Empirismo Operário Radical | - Materialismo dialético |

Objeto e Métodos de Estudo

- | | |
|---|---|
| - Ambiente de trabalho a partir de grupos homogêneos, experiência operária coletiva, validação consensual e a não delegação | - Análise histórico-epidemiológica do perfil produtivo |
| - Riscos segundo 4 grupos de fatores nocivos. Mapas de Risco | - Estratégias de geração de valor |
| - Propostas de Contratação Coletiva com o Capital | - Processo de Produção / Processo de Trabalho (base técnica, organização do trabalho) |
| | - Cargas de trabalho e padrões de desgaste |

Propósitos

- | | |
|--|---|
| - Enfrentamento da organização capitalista do trabalho | - Transformação da produção capitalista |
| - Conhecer para transformar | - Humanização do trabalho |

Finalidade Principal

- | | |
|--|---|
| - Papel de sujeito do trabalhador considerando o seu conhecimento e suas propostas de soluções | - Construção de perfis epidemiológicos por processo produtivo |
| - Instrumentalização da subjetividade do trabalhador para o estudo: Mapa de Risco | - Integração da experiência operária à produção científica |
| - Procura de integração da ciência e do saber popular | |

Principal Influência

- | | |
|--------------------------|--|
| - Sociologia, Psicologia | - Economia-Política, Sociologia, Epidemiologia |
|--------------------------|--|

baseado no "modelo operário italiano" cuja fonte fundamental de conhecimento

"... é a subjetividade operária ou a experiência operária coletiva - o saber operário - [que] padece de uma falha teórico-metodológica importante ... o caráter do conhecimento gerado (...) impossibilita o processo de extração do geral no particular que caracteriza a ciência e, portanto, salta o nexos fundamental da dialética entre teoria e prática." ¹⁵¹ Isto torna-o insuficiente para mudar a realidade de trabalho?

Para responder a tal questão, é necessário avaliar a participação dos trabalhadores com a introdução do "modelo operário" entre nós, o que implica numa redefinição de papéis entre sujeito e objeto, ou seja,

"...uma discussão sobre o papel dos sujeitos sociais e um problema da relação teoria-prática, entendida a prática em dois sentidos: (...) como 'trabalho de campo' (...) e (...) como a capacidade de **organização e mobilização** dos trabalhadores para a transformação das condições de trabalho e saúde ... a experiência e a participação dos trabalhadores na investigação (...) **questionam** as posturas que sustentam como **verdadeiro** somente o saber produzido sob certos princípios e procedimentos pré-determinados como válidos." ¹⁵² (grifos nossos)

É com essa contribuição que a MSL tensiona a discussão do papel dos trabalhadores, o que poderá ser avaliado a partir de seu envolvimento nas práticas sanitárias dos serviços públicos e de sua gestão, o que é motivo de análise nos próximos capítulos.

3.6. Os Anos 80: consolidação do movimento sindical como ator social e interlocutor do Estado nas Políticas Sociais em Saúde e Trabalho.

Conforme pontuam alguns autores, o tema principal dentro da discussão sobre a

"... década de 70 foi a crescente concentração de renda. A deterioração das condições de vida, a queda do salário real, a rotatividade no emprego, o trabalho inseguro, a favelização das cidades e os altos índices de mortalidade infantil contrastavam com os resultados obtidos no campo do crescimento da riqueza, medidos em termos de PIB ou de rentabilidade empresarial." ¹⁵³ (grifos nossos)

A explosão das greves no final dos anos 70, mais especificamente em 1978, mostra que existia um trabalho de organização dos operários, resistente, surdo, subterrâneo, na perspectiva do desempenho de um papel ativo na sociedade, nos anos seguintes. (cf. BARELLI, 1995) Além disso, expressava

¹⁵¹ LAURELL, *op. cit.*, 1984, p. 69.

¹⁵² NORIEGA, *op. cit.*, 1989, p. 12.

¹⁵³ BARELLI, Walter Trabalhadores Influenciam nas Decisões. *BRASIL EM ARTIGOS* (Coletânea de textos publicados na revista *São Paulo em Perspectiva*) Coleção SEADE-BOLSO, 1995, pp. 157-69. Artigo publicado originalmente em *São Paulo em Perspectiva*, v. 4, n. 1, p. 6-10, 1990. p. 157. São Paulo, Fundação Seade.

"... a luta por novos direitos no espaço da produção, assim como a busca da cidadania na esfera política. (...) esse era o sentido do movimento trabalhista e do sindicalismo no Brasil em 1978." ¹⁵⁴

Assim, nos anos 80, o

"... sindicato passa a ser interlocutor dos demais setores da sociedade, influenciando cada vez mais nas decisões ...

"Esta ascensão do sindicato, (...) da resistência aos centros de decisão social, deu-se em curto espaço de tempo. Construída, dia-a-dia, nos conflitos (...) do processo de trabalho, modificou o comportamento da sociedade brasileira, do governo, da imprensa, do empresariado e também da própria organização dos trabalhadores." ¹⁵⁵

"Em consonância com o processo de democratização (...) setores ponderáveis do sindicalismo da CUT começavam a vislumbrar a possibilidade das classes trabalhadoras influírem mais decididamente na esfera política, deixando de dizer apenas não, para também indicarem soluções para os problemas sociais, políticos e econômicos vividos pelo país." ¹⁵⁶

De certa forma, o uso do sindicato como braço-auxiliar do Estado ajudando a exercer o controle sobre os operários, foi superado

"... com a greve de 41 dias dos metalúrgicos de São Bernardo e Diadema ... e a liberdade de gerir os sindicatos passa a ser a norma das novas direções. A greve de 1980 é o marco da mudança. Não só pelo apoio generalizado da população (...), pela mediação de deputados e senadores, pela repercussão internacional e pela firmeza dos grevistas e suas famílias. Mas também pela tentativa desesperada do governo e dos empresários de imporem uma derrota exemplar aos trabalhadores." ¹⁵⁷

As grandes greves de São Bernardo do Campo eram um indicador da

"... existência de um outro ator, até aquele momento excluído do cenário político, mas que queria participar. Esse foi, sem dúvida, o sentido mais geral da emergência dos trabalhadores a partir de 1978 (...): as classes trabalhadoras queriam ter uma participação mais significativa nas novas regras do jogo que estavam sendo gestadas no Brasil. Oriundo dos setores industriais mais modernos da economia (...), esse movimento social, que (...) se transformou em movimento político, representou, naquele momento, uma novidade na cena política brasileira." ¹⁵⁸

Aqui se explicita claramente a emergência da classe operária industrial como ator social, o que, conforme já assinalado era a **condição de possibilidade** para que também emergisse um discurso voltado para suas condições de trabalho e saúde, numa aliança com setores intelectuais médios, em geral vindos da Academia, fenômeno observado no Brasil e em toda a América Latina. (cf. LAURELL, 1985)

Assim, no início dos anos 80, os trabalhadores defendem uma estrutura sindical **autônoma** em relação ao Estado e ao empresariado. (cf. BARELLI, 1995)

¹⁵⁴ RODRIGUES, *op. cit.*, 1995, p. 116-117.

¹⁵⁵ BARELLI, *op. cit.*, 1995, p. 158.

¹⁵⁶ RODRIGUES, *op. cit.*, p. 120-121.

¹⁵⁷ BARELLI, *op. cit.*, p. 158-159.

¹⁵⁸ RODRIGUES, *op. cit.*, p. 118.

Surgindo revigoradas após os anos de chumbo da ditadura militar, as classes trabalhadoras passam a se articular em termos nacionais no sentido de recompor suas entidades e, após o rompimento, com as greves, da estrutura sindical herdada do fascismo, logo a seguir, em agosto de 1981, dá-se a realização da Conferência Nacional da Classe Trabalhadora (CONCLAT)¹⁵⁹ ocasião em que se propõe a organização de "uma central de trabalhadores." (BARELLI, 1995, p. 159) Tratava-se, então, de um organismo de cunho nacional, que passasse por fora da estrutura sindical oficial.

Após a tentativa de criação de uma central sindical, o caleidoscópio de correntes político-ideológicas presentes no movimento sindical impõe o surgimento de vários órgãos nacionais de representação. Assim, em 1983 é criada a Central Única dos Trabalhadores (CUT) e, mais tarde, em 1986 a Central Geral dos Trabalhadores (CGT).¹⁶⁰

No início dos 80 as principais reivindicações mostravam um caráter que extrapolava os limites das relações de trabalho, tocando em pontos que atingiam aspectos marcantes da vida política da sociedade civil durante toda a década e até a atualidade. Dentre elas, destacavam-se a

"... estabilidade no emprego, a redução da jornada de trabalho sem perdas salariais, a reforma da CLT, o direito de greve, (...), a liberdade e autonomia sindical, o fim das leis de exceção, a Assembléia Nacional Constituinte, a reforma agrária..." ¹⁶¹ (grifos nossos)

Tais bandeiras de luta passaram a ser incorporadas em graus variados pelas entidades nacionais que foram a partir de então criadas. Como observa BARELLI (1995)

"... a divisão entre centrais não causou impedimento para grandes campanhas unificadas, que redundaram na decretação de três greves gerais nacionais. (...) em momentos em que medidas governamentais impunham grandes perdas para os trabalhadores, através de políticas salariais restritivas ... Ainda na ditadura (...) em meio a uma intensa crise econômica, com aceleração da inflação, o governo adotou políticas restritivas, que provocaram desemprego e (...) limitações ao reajuste de salários. Uma grande mobilização popular induziu o Congresso à revogação de diversos e sucessivos decretos-leis. Dentro desse movimento, é decretada a primeira greve geral ... Com a Nova República (...) A segunda greve geral foi feita em decorrência das medidas do Cruzado II, e a terceira logo após o Plano Bresser." ¹⁶²

Além da defesa salarial e do emprego que motivaram as grandes greves, o movimento sindical também se articula em outro marcante e grande momento que foi a preparação das reivindicações à Assembléia Nacional Constituinte. Apesar do esvaziamento da discussão de grandes temas constitucionais na campanha eleitoral, o que impediu um aprofundamento de questões fundamentais, a Saúde e a Saúde dos

¹⁵⁹ Da Conclat participaram 5.036 representantes de 1.091 entidades, como sindicatos, associações, federações e confederações.

¹⁶⁰ É interessante observar que houve uma série de eventos preparatórios antes da criação da CUT e da CGT. Após as grandes greves do final dos 70, em 1980, ocorreu o Encontro Nacional dos Trabalhadores das Oposições Sindicais (Enos), seguido do I Encontro Nacional de Trabalhadores em Oposição à Estrutura Sindical (Entoes). No mesmo ano, formou-se a Articulação Nacional do Movimento Sindical e Popular (Anampos), que exerceu importante atuação na organização da Conclat. Posteriormente, um "racha" dentro da Central Geral dos Trabalhadores, que excluiu os comunistas, levou a criação por parte de Rogério Magri e Luis Antonio Medeiros da *Confederação Geral dos Trabalhadores*. Ver: RODRIGUES, Leôncio Martins, *op. cit.*, 1995.

¹⁶¹ RODRIGUES, Leôncio M., *op. cit.*, 1995, p. 132.

¹⁶² BARELLI, *op. cit.*, p. 160.

Trabalhadores tiveram como espaço privilegiado de discussão a VIII Conferência Nacional de Saúde, em março de 1986 e a I Conferência Nacional de Saúde dos Trabalhadores, realizada em dezembro de 1986.

Como preparação,

"... vários sindicatos participaram dos Plenários Populares pró-Constituinte e do movimento de apresentação das emendas populares à Assembléia Nacional. Foi no trabalho das Comissões Temáticas que mais se manifestou a presença do movimento sindical. O capítulo dos Direitos Sociais teve sua redação negociada com as lideranças dos trabalhadores." ¹⁶³

E, aqui, inclui-se a questão da Saúde e do Sistema Único, em que finalmente foi inscrito, a Saúde do Trabalhador, agora como atribuição clara do **Setor Saúde**, após cerca de 50 anos de omissão, dando margem a que se coroasse todo um movimento que desde meados dos 80, ao nível dos estados e municípios foi acumulando experiências em termos programáticos dentro dos Programas de Saúde do Trabalhador, alguns criados a partir de uma demanda oriunda dos próprios sindicatos de trabalhadores junto ao Aparelho de Estado, particularmente do setor Saúde, como será discutido no capítulo 5. ¹⁶⁴

Ainda nos anos 80 as transformações pelas quais passou o movimento sindical, acompanharam as mudanças ocorridas no processo produtivo. É nas indústrias mais dinâmicas que surge um sindicalismo cuja preocupação **ultrapassa** a resolução de meros "conflitos individuais", preocupando-se com a busca da

"... superação do arrocho salarial, que impede a repartição de renda e com as condições de trabalho que impõem ritmos e regulamentos draconianos, sem nenhum controle operário." ¹⁶⁵ (grifos nossos)

Aqui trata-se da insurgência contra a **bio-política**, conforme propõe FOUCAULT ao abordar o poder disciplinar em sua **genealogia** período de seus escritos que vai de 1973 a 1977.

Ao discutir a análise do poder em FOUCAULT, assim se refere MAIA (1995):

*"É em termos de confronto e de combate com suas táticas e estratégias (...) que melhor podemos compreender o modo pelo qual se desdobra e articula a extensa rede de poder que atravessa o **corpo social**. A base das relações de poder seria o confronto belicoso das forças sociais em antagonismo constante, já que tais relações implicam (...) uma **rebeldia** e **insurgência** constantes por parte daqueles que estão submetidos às relações de poder."* ¹⁶⁶ (grifos nossos)

Como característica também importante desse "novo" sindicalismo, que irá explicar a preocupação com questões até então alheias à pauta comum de demandas,

¹⁶³. *Idem Ibidem*, p. 160.

¹⁶⁴. Exemplo de interlocução do movimento sindical, nos anos 80, em São Paulo, com o Aparelho de Estado, foram os Programas de Saúde do Trabalhador criados pela Secretaria de Estado da Saúde no ABC e em Campinas e por algumas Prefeituras Municipais como a de Salto e Bauru. Expressão também dessa "aproximação" foram as demandas dirigidas ao setor de **fiscalização** de higiene e segurança do trabalho da Secretaria de Estado de Relações do Trabalho (SERT) durante os anos de 1983-86.

¹⁶⁵. BARELLI, *op. cit.*, 1995, p. 161.

¹⁶⁶. MAIA, Antonio C. Sobre a analítica do poder de Foucault. *Tempo Social*; Rev. Sociol. USP, S. Paulo, v. 7, ns. 1-2, p. 83-103, out./ 1995.

com a saúde no trabalho, situa-se a estratégia de enfrentar os problemas do dia-a-dia do trabalho fabril e

"A atuação se dava através do enfrentamento de problemas que surgiam no cotidiano do trabalhador, desde a comida no restaurante a um acidente na produção. A soma de pequenas vitórias permitia constituir comissões de fábrica, reconhecidas ou não, e seus membros passavam a atuar na vida sindical." 167 (grifos nossos)

Na sua busca por maior reconhecimento na sociedade o movimento sindical nos anos 80 procura interlocução com o Estado, em seus vários níveis, com o empresariado. Dentro do aparelho de Estado, o Ministério do Trabalho, anteriormente um organismo de controle do movimento sindical, com o avanço das negociações coletivas, perde sua "vocação" original, passando a mediar conflitos trabalhistas. (cf. BARELLI, 1995) Este fato poderia ser uma das explicações para a maior expressão do setor Saúde a partir de meados dos 80 como interlocutor do movimento sindical nas políticas sociais de saúde e trabalho. Tal tendência pode ser observada também nos estados e municípios.

"A vitória de partidos identificados com a oposição possibilitou algumas experiências novas, principalmente no que se refere à participação de trabalhadores na gestão de empresas estatais." 168

Esta gestão participativa também ocorre em colegiados gestores na área da saúde, tendo sido consagrada no texto legal da Constituição de 1988 e nas leis que regulamentaram a participação popular na gestão da "coisa pública", tendo avançado mais ou menos, na dependência do jogo de forças políticas vigente.¹⁶⁹

Mesmo sem um detalhamento do assunto por ora, dentre as questões políticas de fundo que continuaram sem um encaminhamento definido ao longo da década de 80 e que têm reflexos até os dias de hoje, com desdobramentos na luta específica por saúde no trabalho, duas merecem registro:

1. a temática da

"Convenção 87 da OIT, cuja aplicação, (...), poderia levar à pluralidade sindical e, conseqüentemente, tenderia a minar uma das colunas de sustentação do sindicalismo corporativo, que é a instituição do sindicato único." 170

2. e a questão que a esta relacionada relativa à

"... organização (...) não mais por categoria profissional, mas por grandes ramos de produção, a formação de organizações sindicais de base (...) por local de trabalho ... " 171

Conforme refere ainda RODRIGUES (1995)

"Essa resolução, que fazia tábula rasa da estrutura existente, não saiu do papel." 172

167. BARELLI, *op. cit.*, 1995, p. 162.

168. *Idem, Ibidem*, p. 167.

169. Leis fundamentais que tratam da questão são a Lei 8.214/91 da gestão dos órgãos da Previdência Social e a Lei 8080/90 que regulamenta o Sistema Único de Saúde.

170. RODRIGUES, Leôncio M., *op. cit.*, 1995, p. 134.

171. *Idem, Ibidem*, p. 135.

172. *Idem, Ibidem*, p. 135.

A propósito, a Constituição de 1988 tratou dessa questão quando procurou introduzir mudanças no modelo consolidado pela CLT e, dentre outros pontos, por exemplo, prevê o

*"... direito de formação de comissões de local de trabalho em empresas com mais de 200 empregados ... Porém, deve-se notar que algumas das vantagens concedidas acabaram ficando letra morta (...) Assim, o artigo que permite a criação de comissões de local de trabalho nas empresas com mais de 200 empregados, (...), ainda não foi regulamentado."*¹⁷³

E, de fato, não se observou um grande empenho do movimento sindical em fazer valer esta prerrogativa, lutando pela sua regulamentação.

Observa-se que, apesar do avanço da luta sindical por fazer-se interlocutor do Estado e das políticas públicas em seus diversos níveis; em procurar representar os trabalhadores a partir de reivindicações da base; em superar a estrutura e as demandas corporativas, o que num

*"... balanço da atuação do sindicalismo brasileiro nos anos 80 indica resultados (...) que acabaram por fazer, (...), um ator politicamente importante na sociedade e no sistema político do país. Os pontos fracos continuam a residir numa baixa taxa de sindicalização, na fraca implantação dos sindicatos nos locais de trabalho, na fragmentação do movimento sindical e na excessiva 'ideologização' que, (...), é a contrapartida de um excesso de peleguismo."*¹⁷⁴ (grifos nossos)

Mais ainda, nos anos 90, observa-se, num movimento pendular que estaria afastando os sindicatos do cotidiano dos trabalhadores, colocando os limites para uma possível superação de uma "apatia" que hoje domina o sindicalismo na luta pela saúde no trabalho. Existe, hoje, uma postura mais pragmática relativamente

*"... à estrutura sindical, optando-se por uma adaptação à estrutura na tentativa de transformá-la por dentro. [com] ... um paradoxo fundamental para o novo sindicalismo: ao mesmo tempo em que tem uma forte incidência sobre o processo político, não consegue ter, com essa influência - (...) -, uma presença mais efetiva nos locais de trabalho. Assim, se o sindicalismo (...) não conseguir se organizar amplamente no interior das empresas, seus organismos mais gerais de representação, os sindicatos e a Central terão muito pouca força, pois serão entidades distanciadas da prática cotidiana dos trabalhadores."*¹⁷⁵ (grifos nossos)

Particularmente, esta reduzida taxa de sindicalização e a baixa inserção nos locais de trabalho constituem-se em entraves estruturais sérios ao enraizamento e constância das lutas pela defesa da saúde e melhoria das condições de trabalho, óbices já apontados por LACAZ (1983) para a perspectiva da consolidação da saúde no trabalho, inclusive naquilo que se relaciona à interlocução com os órgãos do Estado, a partir das demandas colocadas pelas bases num eco do cotidiano dos locais de trabalho. Por isso, esta discussão será retomada nos capítulos 6 e 7.

¹⁷³ . *Idem, Ibidem*, p. 155.

¹⁷⁴ . *Idem, Ibidem*, p. 155.

¹⁷⁵ . RODRIGUES, Iram J., *op. cit.*, 1995, p. 122-123.

Capítulo IV

**SAÚDE, TRABALHO E A ACADEMIA:
ENTRE A PROXIMIDADE E O ESTRANHAMENTO.
UMA TRAJETÓRIA DOS ANOS 70 AOS 90.**

4.1. Introdução.

O envolvimento da Academia com a questão das relações saúde/doença e trabalho pode ser analisado, particularmente no que interessa a este estudo, sob três aspectos fundamentais: o ensino, a pesquisa e os serviços.

Durante as últimas décadas do século XIX e início do século XX, pouca informação existe sobre a influência dessas relações no ensino e na pesquisa, a não ser por algumas teses desenvolvidas nas Faculdades de Medicina de Salvador e Rio de Janeiro, entre 1850 e 1910, relativas às doenças dos trabalhadores, particularmente as intoxicações por chumbo, o trabalho do menor e acidentes do trabalho.¹

O ensino sistemático sobre questões relativas à saúde e trabalho data de 1925, no Rio de Janeiro e de 1934, em São Paulo, quando passam a ser ministrados conteúdos de **Higiene do Trabalho** para médicos sanitaristas, conforme os cursos criados por João de Barros Barreto no Rio de Janeiro e Benjamin Alves Ribeiro em São Paulo, após terem frequentado cursos de Saúde Pública nos EEUU, em Harvard e na Universidade Johns Hopkins, através de intercâmbio patrocinado pela Fundação W. K. Kellogg.²

À época, no que se refere a **serviços** de atendimento dirigidos aos agravos provocados pelo trabalho, não havia qualquer preocupação da Academia neste sentido, existindo apenas iniciativas de empresas nacionais de maior porte e das estrangeiras, situação que persiste até os anos 50, quando é criado o ambulatório de doenças profissionais do Serviço Social da Indústria (SESI) de São Paulo, com consultoria de acadêmicos, empreitada que, contudo, não envolveu qualquer vínculo **institucional** com a Universidade.

No final dos anos 40, Geraldo de Paula Souza, professor emérito do Instituto de Higiene de São Paulo, depois Faculdade de Higiene e Saúde Pública da Universidade de São Paulo era assessor da Divisão de Saúde do SESI, tendo analisado e aprovado plano de trabalho que seria posteriormente desenvolvido por esse Serviço e relacionado à avaliação e estudo da

“...questão das doenças profissionais em São Paulo (...) e [d]a questão da organização dos serviços médicos de empresa.”³

Este plano seria a semente primeira que, alguns anos depois, daria origem à Subdivisão de Higiene e Segurança Industrial do SESI (Divisão Regional de São Paulo), cuja expressão maior foi o Ambulatório de doenças profissionais criado no início dos anos

1. Ver a respeito MENDES (org.) 1980 e 1995. Nestes estudos o autor levanta as várias teses realizadas nas Faculdades de Medicina da Bahia e do Rio de Janeiro, a partir de 1850, que tratavam em geral de doenças profissionais clássicas como o saturnismo, ou das “emanações” das fábricas da época para o meio ambiente e seus possíveis efeitos sanitários. Alguns anos depois, já no século XX, a preocupação é com os acidentes de trabalho e o trabalho dos menores.

2. Conforme MENDES (org.) *op. cit.*, 1980 e 1995.

3. Conforme entrevista gravada concedida ao autor em 31/05/1994 por A, médico, ex-assessor de entidade técnica empresarial.

50, o qual teve importante papel nessa área até o início dos anos 80, quando se iniciam as experiências de serviços na rede pública de saúde, particularmente da Secretaria de Estado da Saúde, como será visto adiante. Assim, dadas as carências,

*"O ambulatório [do SESI] nasceu porque a Previdência Social não queria saber deste "negócio" e a gente nestes contatos todos foi vendo que era uma demanda que, no momento, não encontrava nenhuma resposta em parte alguma ... A própria Previdência Social (...) queria, já na época, dizer que não tem nada a ver com o trabalho ..."*⁴

Frise-se que é partir do SESI que vão ser realizados vários estudos sobre as condições de higiene e de segurança nas indústrias e das doenças profissionais em São Paulo, os quais forneceram as primeiras informações sistemáticas sobre esta realidade.⁵

4.2. Os anos 50-60 e o ensino da temática no Estado de São Paulo.

A questão do ensino da temática Saúde e Trabalho em São Paulo será aqui discutida levando em consideração as atividades das Faculdades de Medicina de São Paulo e Ribeirão Preto, da Usp; da Faculdade de Ciências Médicas de Campinas, da Unicamp e da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, bem como da Faculdade de Saúde Pública, da Usp.

4.2.1. As Escolas de Medicina.

De início é mister ressaltar que os anos 50 marcam, ainda, o momento de definição de

*"... algumas das resoluções que se tornaram básicas no ensino da Medicina do Trabalho, em âmbito internacional ... Referimo-nos às considerações feitas em 1950, na 1ª. Reunião da Comissão Mista da OIT-OMS de Medicina do Trabalho, ocasião em que se definiu e delimitou o campo da Medicina do Trabalho, e as conclusões da 3ª. reunião dessa mesma Comissão em 1957. ⁶ As preocupações da 3ª. Reunião foram no sentido de definir o lugar a ser ocupado pela Medicina do Trabalho na formação do médico..."*⁷ (grifos nossos)

4. Conforme entrevista gravada concedida ao autor em 31/05/1994 por A, médico, ex-assessor de entidade técnica empresarial: "O ambulatório nasceu porque a Previdência Social não queria saber deste "negócio" e a gente nestes contatos todos foi vendo que era uma demanda que, no momento, não encontrava nenhuma resposta em parte alguma ... A própria Previdência Social (...) queria, já na época, dizer que não tem nada a ver com o trabalho..." O ambulatório instalou-se então, nos anos 50 em um prédio construído pelo SESI no Brás, bairro operário da cidade de São Paulo à época.

5. A título de exemplo, pode-se lembrar o já citado Inquérito preliminar de Higiene Industrial no Município de São Paulo. Serviço de Higiene e Segurança Industrial, Serviço Social da Indústria. Apresentado ao III Congresso Americano de Medicina do Trabalho, Caracas, 1954.

6. A definição de Medicina do Trabalho adotada foi: "A Medicina do Trabalho tem por fim promover e manter o mais alto grau de bem-estar físico, mental e social dos trabalhadores em todas as profissões; prevenir todo dano causado à sua saúde pelas condições do próprio trabalho, protegê-los no seu emprego contra os riscos decorrentes da presença de agentes prejudiciais à sua saúde; colocar e manter o trabalhador no emprego mais compatível com as suas aptidões fisiológicas e psicológicas, em suma adaptar o trabalho ao homem e cada homem ao seu trabalho." Observar a total semelhança deste conceito com o de Saúde Ocupacional referido no capítulo 1, a propósito das relações estreitas entre MT e SO. Na verdade a denominação Medicina do Trabalho foi cunhada em 1929, num "Congresso realizado em Lion [França], (...) [e] se difundiu entre os profissionais de línguas de origem latina ... a preocupação inicial com as doenças profissionais progrediu para considerar o aspecto global da saúde e suas relações com todos os aspectos de trabalho. (...), dentro de um conceito amplo, foi adotada uma nova denominação para essas atividades:- Saúde Ocupacional." (grifos nossos) Cf. BEDRIKOW, Bernardo, JUNQUEIRA, Joaquim Augusto e NOGUEIRA, Diogo

Tais proposições lançadas a nível internacional nos 50 começariam a ter reflexos no Brasil na década de 60 - época em que se consolida a industrialização e urbanização do país - o que se expressa através de Resoluções do Conselho Federal de Educação, sendo que a primeira delas a de nº. 216, datada de 1962, falava da **obrigatoriedade** do ensino da Medicina do Trabalho, a partir da Medicina Preventiva e Social.

Conforme referem ainda COSTA & NUNES (1980), citando CESARINO JR., (1964) data dessa época a criação efetiva dos primeiros cursos de **graduação em Medicina do Trabalho nas Faculdades de Medicina**. Segundo ele:

*"Quando se criou em São Paulo a Escola de Medicina de Ribeirão Preto foi criada a cadeira de Medicina do Trabalho, que não teve lá grande desenvolvimento. Na de Sorocaba temos a cadeira de Medicina Social e Medicina do Trabalho, funcionando há cerca de dois anos."*⁸ (grifos nossos)

Assim, dá-se início ao ensino da Medicina do Trabalho em cursos de medicina ministrados no Rio de Janeiro e em Sorocaba, São Paulo, no ano de 1962.⁹

No Estado de São Paulo, além da Faculdade de Medicina da Pontifícia Universidade Católica (PUC) de Sorocaba, em 1962, no ano de 1965 iniciam-se as atividades do Departamento de Medicina Social (DMS) da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, que teria destacado papel na formação em Medicina do Trabalho. E, conforme os pressupostos que balizaram sua constituição, calcados na proposta da Medicina Preventiva, o DMS considerava que a medicina era ao mesmo tempo Preventiva e Social.¹⁰

E, de acordo com o "ideário" esposado pelo Departamento, é **preventiva a Medicina que além do**

"... tratamento da doença [visa] a promoção da saúde; a prevenção de doenças; a recuperação (...) dos doentes; a reabilitação ... Encara o homem como ser bio-psico-social ..." (itálico no original)

Por outro lado, é **social a Medicina que estuda**

"... a dinâmica do processo saúde-doença nas populações, visando descobrir as múltiplas causas determinantes de sua distribuição ... e a estrutura de atenção médica no sistema social global, procurando obter (...) o máximo grau possível de saúde e bem-estar para a população. De conformidade com essa filosofia de Medicina Preventiva e Social, a Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa procura formar profissionais:

a) com sólida formação técnica geral...;

Pupo Medicina do Trabalho, Serviços Médicos de Empresa In: HOYLER, Siegfried (org. e coord.) *Manual de Relações Industriais*. São Paulo: Pioneira, 1977. 2o. volume. p. 201-284. p. 220. (Biblioteca Pioneira de administração e negócios)

7. Ver a respeito, COSTA, J.L.R. & NUNES, E.D. A situação do ensino da Medicina do Trabalho nos cursos médicos do Brasil. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v.4, n. 3, p. 63-73, 1980. p. 64.

8. CESARINO JUNIOR *apud* COSTA & NUNES, *op. cit.*, 1980, p. 65.

9. No Rio de Janeiro o professor pioneiro desses cursos foi o médico Zey BUENO, um dos primeiros "médicos de inspeção" da Inspeção de Higiene e Segurança do Trabalho, do Departamento Nacional do Trabalho, do Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio, criado em 1934. [cf. MENDES (org.), 1980: 17] CESARINO JR., advogado e médico, também seria professor de Medicina do Trabalho na Faculdade de Medicina da PUC de Sorocaba nos anos 60, após destacada atuação nos anos 40, no processo de estruturação do Ministério do Trabalho, sob VARGAS. (cf. GOMES, 1994)

10. Ver a respeito O Departamento de Medicina Social e o Ensino de Medicina do Trabalho na Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, v. 1, n. 2, p.33-44, 1975. p. 33.

b) com capacidade de **compreender** a atender seus pacientes em seus aspectos biológicos, psicológicos e sociais;

c) com capacidade para dispensar atendimento **integral** ao indivíduo, à família e à comunidade..."

¹¹ (grifos nossos)

Para atingir tais metas o DMS deveria ter dentre seus objetivos, propiciar

"... aos alunos a aquisição dos seguintes conhecimentos:

a) aplicação do método científico ao estudo de problemas biológicos;

b) aplicação do método científico ao estudo dos problemas e organizações de saúde...;

c) os fatores **ambientais, econômicos e sócio-culturais** que interferem no processo saúde-doença;

d) os determinantes da **conduta humana** na saúde e na doença;

e) mecanismos e técnicas para: **promoção de saúde, prevenção da doença, diagnóstico precoce, limitação da incapacidade e reabilitação**;

f) sistemas de atenção médica individual e coletiva;

g) situação sanitária do país e sua **relação** com o sistema de atenção médica (...) e o desenvolvimento sócio-cultural e econômico.

Criar condições que possibilitem aos alunos incorporarem em sua maneira de pensar e agir os seguintes valores e **atitudes**:

a) atitude preventiva;

b) **atitude social**;

c) **atitude educativa e de trabalho em equipe** ...;

d) **atitude epidemiológica**;" ¹² (grifos nossos)

Aqui a Medicina Social **confunde-se** com a Medicina Preventiva em sua busca pela mudança de comportamento do médico clínico (e liberal), que agora deveria lançar seu olhar sobre a família e a comunidade, conforme observa AROUCA (1975).

E, como Metodologia para atingir seus objetivos o DMS segue um

"... enfoque epidemiológico e um **mesmo modelo**, o de História Natural da Doença, de Leavell & Clark..." ¹³ (grifo nosso)

Assim, é dentro do DMS que se desenvolve o ensino da Medicina do Trabalho, a partir de 1969, compreendendo **Medicina, Higiene e Segurança** do Trabalho, programa que é ministrado para alunos do 4º. ano de medicina. Para o DMS da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, apoiando-se na definição de Medicina do Trabalho-Saúde Ocupacional formulada pelo Comitê Misto OIT-OMS em 1950, ¹⁴

"O curso de medicina do trabalho tem por objetivo dar aos alunos os conhecimentos básicos indispensáveis a:

11 . *Idem, Ibidem*, p. 33.

12 . *Idem, Ibidem*, p. 33.

13 . *Idem, Ibidem*, p. 34.

14 . Comité Mixta O.I.T.-O.M.S. de Medicina del Trabajo. Primera Reunion. *Seguridad & Hig. Trab.* v. 3, p. 142-152, 1953.

- a) proteger os trabalhadores contra **qualquer risco** à sua saúde que possa decorrer do seu trabalho ou das condições em que é realizado;
- b) contribuir para o **ajustamento físico e mental** do trabalhador, obtido pela **adaptação** do trabalho aos trabalhadores e a colocação destes em atividades para as quais tenham aptidões;
- c) contribuir para o estabelecimento do **mais alto grau possível de bem-estar físico e mental dos trabalhadores.**" ¹⁵ (grifos nossos)

No ano de 1969, o Conselho Federal de Educação emite o Parecer nº. 506/69 que se refere ao Currículo Mínimo dos Cursos de Graduação, o qual é regulamentado pela Resolução nº. 8 de 08/10/1969 que fixava os currículos mínimos e a duração do curso de Medicina. Deles

"... consta: '*Estudos da Saúde Coletiva*', que inclui *Epidemiologia, Medidas de Profilaxia (Saneamento do Meio, Saúde Ocupacional), Administração de Serviços de Saúde Pública...*" ¹⁶ (grifos nossos)

Depreende-se, assim, que a Medicina do Trabalho e a Saúde Ocupacional estão inseridas dentro da estratégia da prevenção, o que já é explicitado

"... no Parecer de 1962, sendo que no de 1969 há somente uma **mudança na denominação** pois o conteúdo da disciplina '*Estudos de Saúde Coletiva*' já vinha sendo ensinado ou havia sido proposto pelos Departamentos de Medicina Preventiva e Social ... No Brasil, em 1954, cria-se o primeiro Departamento de Medicina Preventiva, em Ribeirão Preto; em 1959, Belo Horizonte cria o seu Departamento, incluindo entre as disciplinas, a Medicina do Trabalho..." ¹⁷

Estará, então, o ensino da Medicina do Trabalho nos cursos de medicina a partir dos anos 60, contido no interior do discurso **preventivista** formulado pelo

"... movimento **ideológico** em torno da Medicina Preventiva, (...). Após as Reuniões internacionais de Viña del Mar [1955] e Tehuacan [1956], a sua adoção nas Escolas Latinoamericanas vai ser extensa." ¹⁸ (grifo nosso)

Tal discurso também circunscreve a **higiene** do trabalho e industrial, instalando-se num *locus* que são os Departamentos de Medicina Preventiva, (e/ou Social). Assim, o ensino da Medicina do Trabalho insere-se nesse movimento e ela

"... seria uma das **inúmeras disciplinas** que comporiam o elenco das matérias a serem ministradas aos estudantes de medicina. Estas teriam como finalidade dar-lhes uma **nova atitude** (diferente daquela essencialmente curativa) **juntamente com certas habilidades e conhecimentos.**" ¹⁹ (grifos nossos)

Que explicitação mais acabada haveria destas diretrizes, senão aquela acima transcrita e relativa aos objetivos do Departamento de Medicina Social da Faculdade Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, um dos pioneiros no ensino da Medicina do Trabalho na graduação médica, a partir de 1966, empreitada que acaba concretizando-se, através da incorporação, em seu quadro, de professores oriundos da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo?

15 . *Idem, Ibidem*, p.36.

16 . COSTA & NUNES, *op. cit.*, p. 65.

17 . *Idem, Ibidem*, p. 65.

18 . *Idem, Ibidem*, p. 65. Observe-se que ambas reuniões foram promovidas sob o patrocínio da OPAS.

19 . *idem, Ibidem*, p. 69.

Acompanhando esta tendência, em novembro de 1968 especialistas reunidos em Washington, sob o patrocínio da OMS/OPAS, recomendam que no ensino da Medicina Preventiva e Social na América Latina, pelos Departamentos de Medicina Preventiva, inscreva-se o

"... tema 'Controle do ambiente' (...) a *Higiene do Trabalho*, (...) o tema sobre 'Prevenção Primária' (...) inclui (...): f) *Medicina Ocupacional e higiene industrial*; g) *Prevenção de acidentes*..."²⁰ (grifo no original)

No Brasil, levantamento sobre a situação do ensino da Medicina do Trabalho nas Escolas de Medicina teve como primeiro momento um estudo de Zey BUENO²¹ (1964) no qual o autor

"defendia uma posição da não criação de cátedra ou disciplina isolada de Medicina do Trabalho, pois, além de seus conhecimentos *incluem-se 'naturalmente na Higiene e na Medicina Preventiva de que são um prolongamento e uma especificação'*, o currículo de formação já estava sobrecarregado de matérias."²² (grifos nossos)

Já nos anos 70, NEVES et al. (1975) - à época alunos da Faculdade de Medicina da Usp de São Paulo - apresentaram um trabalho no XIV CONPAT, que relata estudo sobre a situação do ensino da Medicina do Trabalho na graduação médica, no Estado de São Paulo, no qual verificaram que ao lado de serem ministrados em geral pelos Departamento de Medicina Preventiva e Social,

"Nota-se a tendência crescente de enfatizar os aspectos preventivos da Saúde Ocupacional, vinculando-a às matérias de Saúde Pública, Medicina Social e Preventiva..."²³

A exceção era a Faculdade de Medicina de São Paulo da Usp, em que os conteúdos de

"... *Medicina do Trabalho*, (...) *faz [m] parte do curso de Medicina Legal*²⁴, juntamente com *Deontologia Médica* ... O curso resume-se às exposições teóricas (...) em duas tardes de aulas. Não há parte prática ... Na Escola Paulista de Medicina o Curso é ligado ao Departamento de Medicina Preventiva, com carga horária de 40 horas ... Há aulas teóricas sobre histórico, legislação e Medicina do Trabalho no Brasil, aspectos de Segurança e Higiene do Trabalho (...) Há seminários sobre doenças profissionais, agentes químicos, físicos e biológicos das doenças profissionais. O curso é ministrado pela Fundacentro, por pessoal especializado, sendo que este pessoal encontra certas dificuldades de adequação dos horários, pelo fato de estarem desvinculados da faculdade."²⁵ (grifos nossos)

Pela análise desses autores, os programas dos cursos

"... aproximam-se bastante do mínimo preconizado pela Comissão Mista da OIT-OMS. Apesar disso, nas escolas federais (com exceção da Paulista de Medicina), os cursos são optativos e ministrados por poucas pessoas."²⁶

20. *Idem. Ibidem*, p. 65.

21. Ver referência n.6.

22. *Idem. Ibidem*, p. 66.

23. Ver a respeito NEVES, Edlamar Guimarães, FERREIRA, Leda Leal e CANTERAS, Newton Sabino. Alguns aspectos do ensino da Medicina Ocupacional em nível de graduação. In: Congresso Nacional de Prevenção de Acidentes do Trabalho, 14º, Rio de Janeiro, 1975. *Anais*. p. 227-240. p. 233.

24. Como foi apontado no capítulo 1, a Medicina Legal através da Infortunística, foi um discurso que sob a ótica da fatalidade, da má sorte, da naturalização do risco, também tratou dos danos à saúde relacionados com o trabalho, particularmente nos anos 30-40.

25. NEVES et al., *op. cit.*, p. 236.

26. *Idem. Ibidem*, p. 239.

Frise-se que nesse estudo, realizado na época da plena consolidação da industrialização no país, tendo o Estado de São Paulo como sua principal expressão, os autores ao lado de já advogarem o envolvimento de trabalhadores através das CIPAs e sindicatos no controle dos acidentes do trabalho, dos empresários na contratação de pessoal especializado e do governo na elaboração de planos de combate aos acidentes seja em nível federal, estadual ou municipal, faziam um balanço **pessimista** do ensino nas escolas médicas, alertando para a sua heterogeneidade e a **pouca ênfase** na

*"... Saúde Ocupacional, embora as escolas se situem em áreas industriais, e [haja] pequeno número de professores especializados..."*²⁷ (grifos nossos)

Se, de um lado, o DMS da FCM da Santa Casa de São Paulo incorpora o ensino da Medicina do Trabalho ainda nos anos 60, dentro dos cânones da Medicina Preventiva norte-americana, **sem conflitos** e com a efetiva participação de decanos da Medicina do Trabalho; ao nível dos Departamentos de Medicina Preventiva tal incorporação **não** ocorre, em consequência de uma certa polarização político-ideológica presente na conjuntura. Assim, no DMP da Faculdade de Medicina da Usp-SP dá-se um impasse, conforme segue:

*"... quando eu volto em 1979 (...) vou tentar introduzir alguma coisa dentro do Departamento (...) E a coisa que eu achava que era viável, (...), era não só ver como que eu posso introduzir isso no curso de Graduação, mas também no Curso de Residência, porque nós tínhamos Residência em Medicina Preventiva (...) A Faculdade de Medicina já tem uma história que talvez quando o DMP, o [professor], em 1968, ele assumiu (...) tinha uma possibilidade de que uma disciplina que se chama Medicina do Trabalho fosse pro DMP. Mas, (...) não foi porque havia (...) uma idéia de que a Medicina do Trabalho era uma coisa tradicional, (...) de uma visão bastante conservadora, ideologicamente ... muito mais aproximada aos interesses empresariais do que dos trabalhadores. Então, não tinha interesse nessa disciplina e essa disciplina foi para a Medicina Legal (...) E tinha um currículo, um currículo mínimo em relação à Medicina do Trabalho, então tinha na Graduação a parte da Medicina Legal e nós começamos a implementar na Medicina Preventiva (...) através de blocos ... de epidemiologia, (...) doença mental, de saúde do trabalhador ..."*²⁸

Frise-se que tal posicionamento não era restrito ao DMP da FM de São Paulo. Assim, a introdução da Medicina do Trabalho-Saúde Ocupacional como disciplina de ensino e apoiada pelos serviços nos DMPs, foi questão polêmica e que envolveu uma polarização no embate travado por certa visão maniqueísta e "sectária" de setores da "esquerda" acadêmica - não atentos para as condições de possibilidade da emergência desse discurso - talvez influenciada pela intensa **revisão crítica** vivida, então, pelo movimento preventivista. Um momento histórico importante dessa polêmica pode ser apreendido através do depoimento abaixo:²⁹

"... em 1976 eu me transferei para Campinas (...) minha tarefa era reestruturar o DMP, (...) fazendo algumas atualizações ... que eu achava que era muito importante, (...) criar um Departamento com a disciplina Medicina do Trabalho, era assim que ia chamar naquela época ... as atividades de ensino na área eram desenvolvidas fora da Universidade, (...) pela Fundacentro (...) eu achei que a Universidade deveria entrar nessa área com muita ênfase (...) e se envolvendo (...) nesse

²⁷. Ver COSTA & NUNES, *op. cit.*, 1980, p. 66.

²⁸. Conforme entrevista gravada concedida ao autor em 08/11/1994 por C, médica e professora universitária.

²⁹. Conforme entrevista gravada concedida ao autor em 22/02/1995 por D, médico e professor universitário.

assunto. (...) eu enfrentei barreiras muito sérias, aqui na Unicamp e fora daqui ...naquela época havia as reuniões anuais dos DMPs do Estado de São Paulo (...) quando eu estava falando de criar a área de Saúde Ocupacional ou de Medicina do Trabalho aqui em Campinas em um DMP, houve uma reunião dos DMPs (...) em Ribeirão Preto e um dos temas foi (...) a inserção da Medicina do Trabalho e Medicina Preventiva e eu como estava lançando essa idéia (...), fui extremamente questionado lá. O que se dizia era que a área de Saúde Ocupacional, de Medicina do Trabalho, era uma área que interessava muito às indústrias, onde não se fazia Medicina Preventiva, não estava vinculada ao corpo filosófico, (...) e prático da MP e que trazer esse manancial de coisas para dentro do corpo da MP, era macular (...) a MP (...) [que] deveria ser preservada dessa mácula de desenvolver Medicina do Trabalho e (...) eu achava que os problemas de saúde do trabalhador que estão aí fora, (...) também são problemas que têm que ser tratados pela Universidade ... eu acho que nós deveríamos entrar na Medicina do Trabalho e purificá-la, se ela estava ruim, certo? ... reinstitucionalizar dentro da Universidade a Medicina do Trabalho (...) vinculada aos problemas da comunidade e tentar modificar aquilo que estavam dizendo que estava ruim lá fora (...) eu estava tão convencido disso que eu criei a disciplina de Medicina do Trabalho dentro do DMP da Unicamp (...) em 1977...[mas] a postura de todos (...) era de não aceitar (...) que a Medicina do Trabalho fosse inserida no Departamento de Medicina Preventiva, (...) da Usp de São Paulo, de Ribeirão Preto ... do Rio de Janeiro (...) algumas pessoas (...) que tinham uma oposição muito clara ... e eu naquela época disse para o pessoal o seguinte: 'tudo bem, eu respeitava o argumento deles, mas não me convencia (...), eu ia criar a área de Saúde Ocupacional no DMP de Campinas ... E eu tenho a impressão que foi bom ter criado ... o prof. René Mendes decidiu aceitar, a área foi criada no (...), começo de 78 ... eu arrumei espaço no Curso médico, para dar aula, eu arrumei espaço físico, (...) uma das primeiras coisas que a gente fez, foi um Seminário, aqui em Campinas, [e] foi feito um levantamento de como estava o ensino de Medicina do Trabalho nas Escolas de Medicina do Brasil (...) aquele Seminário mostrou que realmente as Faculdades de Medicina do Brasil nem sequer tocavam na expressão Medicina do Trabalho ...³⁰ então nós usamos este espaço do 5º ano, para introduzir a disciplina de Medicina do Trabalho, (...), hoje ela se chama Saúde Ocupacional (...), eu acho que foi (...) progredindo, logo começaram a produzir trabalhos, começaram as pessoas a se interessar, (...) a fazer tese de doutoramento nessa área aqui em Campinas, mestrado ... e a área (...) aumentou ..."

Este estranhamento - de certa forma injustificado pela realidade social em que se inseriam - dos Departamentos de Medicina Preventiva e/ou Social do Estado de São Paulo da questão Saúde e Trabalho expressa-se também pelo "atraso" em incluir esta temática na sua pauta de estudos e pesquisas. Reflexo disso, é a assunção da temática enquanto objeto claro de investigação acadêmica somente anos depois e em outra conjuntura, o que pode ser identificado pelo próprio retardo histórico com que o objeto das relações trabalho-saúde passou a ser tema de dissertações e teses nesses Departamentos, o que pode ser mostrado pela data em que as primeiras dissertações e teses elaboradas em tais Departamentos aparecem, conforme será discutido em sub-ítem do presente capítulo.

No estudo de COSTA & NUNES (1980) acima referido, em que se obteve informação do ensino da Medicina do Trabalho de 31 das 75 escolas médicas brasileiras

30. O Seminário de que fala o entrevistado, na verdade foi o Encontro Nacional sobre Ensino da Medicina do Trabalho nos Cursos Médicos, realizado em Campinas de 10-12/07/1980. A situação de "descaso" com o ensino da Medicina do Trabalho mostrada em trabalho apresentado no Encontro de autoria de COSTA & NUNES (1980) e já referido anteriormente, corrobora a polêmica existente à época e que envolvia uma postura questionável dos DMPs, na medida em que o Parecer n. 506 de 1969, relativo ao Currículo Mínimo dos Cursos de Graduação, já colocava como matéria profissionais: "Estudos da Saúde Coletiva", o que incluía "Epidemiologia, Medidas de Profilaxia (saneamento do meio, saúde ocupacional) ..." (COSTA & NUNES, op. cit., 1980, p. 65).

existentes à época e no qual **todas** foram consultadas, os autores concluem que o conteúdo do que é ensinado **não** tem um plano de estudo, sofrendo adaptações constantes que dificultam uma definição de objetivos e de uma programação, o que também contribuiria para a dificuldade de **integração** do ensino da Medicina do Trabalho. Mais ainda,

"... os aspectos sociais, econômicos e políticos relacionados ao trabalho, como análise da divisão social do trabalho, os problemas das sociedades industriais e de mão-de-obra, assim como da organização sindical, não têm merecido a adequada atenção." ³¹ (grifos nossos)

Não estaria aqui sendo exigido da MT-SO um envolvimento que é **interditado** do seu discurso pela sua vontade de saber?

De fato, tal "desatenção" viria a ser superada num outro contexto discursivo que se inscreve no campo da Saúde e Trabalho-Saúde do Trabalhador, com a incorporação das Ciências Sociais e da categoria trabalho considerada em sua **centralidade** no estudo da determinação social do processo saúde/doença, no final dos anos 70, conforme as proposições da MSL e da Epidemiologia Social. ³²

Contudo, **não** há uma homogeneidade de abordagens e, ao nível da graduação, o ensino das relações entre trabalho e saúde dá-se seja mediante a abordagem da Medicina do Trabalho, através de seus conteúdos clássicos como os riscos químicos, físicos, doenças profissionais e de visitas a ambientes de trabalho, acoplado à noções de Saúde Ambiental, numa visão mais pragamática, como ocorre no Setor de Saúde Ocupacional do DMPS da FCM de Campinas; seja através da incorporação de questões importantes da discussão da MSL, particularmente quanto à categoria trabalho e sua importância na determinação social do processo saúde/doença, como ocorre no DMS da FM de Ribeirão Preto.

Quanto ao ensino pós-graduado *sensu lato* data do final dos anos 70 e início dos anos 80 a criação, dentro da Residência Médica em Medicina Preventiva da "área de concentração" em Medicina do Trabalho-Saúde Ocupacional e, depois, de Saúde do Trabalhador, apesar das resistências e do ecletismo terminológico. No DMP da FM de São Paulo,

"... tive que começar uma luta porque como o Departamento de Medicina Preventiva tinha uma Residência dirigida à questão de atendimento de primeira linha ... foi uma luta, (...) para que abrisse um espaço para que os indivíduos ficassem um período de quatro meses na área de Saúde do Trabalhador. A gente chama na Faculdade de Saúde Ocupacional ... deve ter sido em 80. Eram montados de maneira que tinha uma parte de discussão, mas tinha uma parte de ... estágios (...) na COSIPA, (...) na Volkswagen ... Então esses foram os primeiros passos na direção da Residência." ³³

Posteriormente, já no final dos 80, a Pós-graduação "senso lato" no DMP da FM de São Paulo passou a ter caráter **multi-profissional**, de certa forma atendendo a

31. *Idem, Ibidem*, p. 69-70.

32. Ver a respeito: AROUCA TAMBELLINI, 1978; LAURELL, 1981. Conforme advogado pelo marxismo, matriz discursiva da MSL, "O trabalho implica um processo de reprodução social, com dois momentos, produção e consumo, que conformam uma unidade. No entanto, embora ambos apareçam (...) como momentos determinantes desta unidade, a produção é o verdadeiro ponto de partida e por isso também o momento predominante da relação." Ver FACCHINI, L.A. Per que a doença? A Inferência Causal e os marcos teóricos de análise. In: ROCHA, L.E.; RIGOTTO, R.M. & BUSCHINELLI, J.T.P. (orgs.) *Isto é Trabalho de Gente? Vida, Doença e Trabalho no Brasil*. Petrópolis: VOZES, 1994, cap. 3.

33. Conforme entrevista gravada concedida ao autor em 08/10/1994 por C, médica e professora universitária.

tendência das atividades de trabalho em equipes dentro dos PSTs, mediante o Programa de Aprimoramento em Saúde Ocupacional, com conteúdos híbridos de Saúde Coletiva e Ocupacional.

No DMPS da FCM da Unicamp a partir de 1978 cria-se a disciplina de Medicina do Trabalho,

"... que depois evoluiu e hoje o nome dela é Área de Saúde Ocupacional, mas com programa de ensino na graduação, (...) na atividade de Residência de Medicina do Trabalho. Já desde o início os Residentes do Departamento optaram (...) pela atividade de Medicina do Trabalho e muitos deles (...) [que] hoje são médicos do trabalho (...) faziam treinamento, inclusive na Clínica, faziam visitas em empresas, dentro do Programa de Residência ... Logo no começo já tinha (...) atividades na graduação, atividades de ensino na pós-graduação, em três ou quatro disciplinas que nós oferecemos (...), atividades na Residência ..." ³⁴

Além da formação de médicos que procuraram a especialização em Medicina do Trabalho para a atuação em empresas o Programa de Residência do DMPS tem também formado profissionais que ocupam funções no PST de Campinas. Já nos anos 90, constatando-se a "multidisciplinaridade" da área de Saúde Ocupacional e as novas tendências no campo, propõe-se na Residência de Saúde Ocupacional, um treinamento de caráter clínico geral e em especialidades afins à área: em higiene industrial e toxicologia e nas "disciplinas" que dão suporte a abordagens coletivas e à organização de serviços como a epidemiologia ocupacional, a administração e planejamento e as ciências sociais aplicadas à saúde.³⁵

Por outro lado, na Faculdade de Medicina da Usp de Ribeirão Preto a Residência Médica no DMS tem no 2º. ano a "Área de Concentração em Saúde do Trabalhador", com uma programação em que são claras as influências da MSL e da realidade recente vivida pelo campo, com conteúdos teórico-práticos sobre: Processo de Trabalho e Processo Saúde-Enfermidade (Processo de Desgaste-Reprodução); Aspectos Clínico-Epidemiológicos em Saúde Trabalho; Medicina do Trabalho; Toxicologia; Organização e Administração de Serviços de Saúde do Trabalhador e Legislação Brasileira em Saúde-Trabalho.³⁶

Quanto à Pós-graduação "senso estrito" são oferecidas disciplinas em Cursos de mestrado e doutorado com conteúdos que transitam entre a Medicina do Trabalho, a Saúde Ocupacional e as contribuições das Ciências Sociais e da MSL para a abordagem das relações entre Saúde e Trabalho.

De certa forma, o avanço das formulações teórico-metodológicas do campo dentro da Saúde Coletiva influenciam na construção dessa realidade ainda heterogênea dentro das Escolas Médicas, mas com potencial bastante rico quanto a saberes e práticas. Como afirma MINAYO (1992, p. 80):

"... no âmbito da Saúde Coletiva, o subsistema que maior ênfase tem merecido, na abordagem histórico-estrutural, é a Saúde do Trabalhador, utilizando a categoria 'processo de

³⁴. Conforme entrevista gravada concedida ao autor em 22/02/1995 por D. médico e professor universitário.

³⁵. Conforme Residência Médica em Saúde Ocupacional. Área de Saúde Ocupacional do DMPS/FCM/UNICAMP, agosto de 1990. [mimeo]

³⁶. Conforme Departamento de Medicina Social, Residência Médica, Área de Concentração em Saúde do Trabalhador, Programa de Disciplinas, 1993 e 1994. [mimeo]

trabalho', visto a partir das unidades de produção e numa perspectiva histórica, como o determinante central do desgaste e do quadro de morbidade dos trabalhadores." ³⁷ (grifos nossos)

E, é justamente a partir da entidade que passa a articular os debates e a construir o espaço da Saúde Coletiva no país que emana a reflexão para um reordenamento e ruptura ao nível do ensino, da pesquisa e dos serviços em Saúde e Trabalho.

4.2.2. A Reunião da ABRASCO de 1983: uma transição no discurso sobre as relações Saúde e Trabalho.

No início dos anos 80, isto é, em 1983, a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), de certa forma resgata as discussões do Encontro de Campinas patrocinado pela ABEM e o DMPS da FCM Unicamp em 1980 ao realizar a I Reunião Nacional sobre Ensino e Pesquisa em Saúde Ocupacional, em Campos de Jordão, São Paulo, com apoio do CNPq e FINEP, a qual contou com a presença de cerca de 60 participantes dentre eles professores, sindicalistas, médicos residentes e técnicos.

Como documento preliminar para as discussões do Encontro é elaborado por uma Comissão composta pelos professores Anamaria T. Tambellini (ENSP), Elisabeth Dias Lauer (UFMG), José Luis Riani Costa (Unicamp) e Luis Carlos Morrone (Sta. Casa/SP) o texto "*Situação Atual do Ensino e da Pesquisa da Saúde Ocupacional na Pós-Graduação em Saúde Coletiva*", atualizando a discussão do Encontro de Campinas, de 1980, apontando diretrizes e metas para a área.

Note-se que se introduz a temática pela denominação "Saúde Ocupacional" - agora "ocupando o espaço" da Medicina do Trabalho - dentro da Saúde Coletiva, mas aqui já incorporando questões que seriam logo depois recuperadas e recolocadas, ao se configurar a ruptura trazida pelo discurso da Saúde e Trabalho-Saúde do Trabalhador, como será analisado adiante.

De início é importante salientar os resultados da Reunião, conforme expressou o Relatório final do encontro:

"O evento se revestiu de especial importância, refletindo a ênfase com que o tema Saúde x Trabalho tem sido discutido no âmbito da Saúde Pública e em outros setores da sociedade." ³⁸ (grifos nossos)

Para a ABRASCO, tratava-se de avaliar e desenhar

37. Ver a respeito MINAYO, Maria Cecília de Souza *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: HICIT/C-ABRASCO, 1992.

38. Ver a respeito Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva *Ensino da Saúde Pública, Medicina Preventiva e Social no Brasil* v. 3, Rio de Janeiro: ABRASCO, junho de 1984, p. 207-227. p. 209.

Do Encontro participaram docentes e técnicos de Departamento de Epidemiologia da ENSP; do DMPS da FCM de Unicamp; do DMS da FCM da Santa Casa de São Paulo; do DMP da FM de São Paulo da Usp e do DMS da FM de Ribeirão Preto da Usp; do DMPS da FM de UFMG; FM da UFPb, Faculdade de Saúde Pública da Usp; FM da UFPE; DMP da FM de Marília-SP; DMP da EPM; FM da UFRJ, FCM da UERJ, DSP da FM de Botucatu-S e Fundacentro.

"[...] estratégias de ensino e pesquisa nas áreas do conhecimento que integram o chamado campo do conhecimento e das práticas de saúde coletiva: - administração e planejamento em saúde, epidemiologia, ciências sociais, saúde ocupacional e saúde ambiental." 39

Na abertura do Encontro foi ressaltado que dele participavam

"... representantes de todas as instituições que estão desenvolvendo trabalhos nessa área, no país, a nível de ensino de graduação e pós-graduação (...), de pesquisa e de serviços..." 40

Frise-se que naquela oportunidade, ainda conviviam enunciados e denominações tensionados pelo apelo explícito por maior rigorismo terminológico o que, em conseqüência do amadurecimento e aprofundamento teórico-conceitual levou, posteriormente, à constituição de campos, assume-se, aqui - com a contribuição da MSL - claramente delimitados quanto à identidade de seus objetos, conceitos e métodos, o que denota as condições de possibilidade e a historicidade dos discursos. (cf. FOUCAULT, 1987) É ilustrativo dessa questão o parágrafo a seguir transcrito que espelha as inquietações colocadas já na discussão de abertura da Reunião:

"Durante os debates, foi ressaltado que o processo de florescimento de iniciativas na área de saúde ocupacional, a partir dos últimos anos da década de 70, está referenciado ao contexto político de redemocratização do país e a articulação do movimento sindical em iniciativas de defesa da saúde dos trabalhadores que se refletem no interesse de setores acadêmicos para o estudo da questão saúde e trabalho."

"Foi discutida a necessidade de delimitar melhor o campo de estudo dessa área, que tem assumido várias denominações, como por exemplo, Saúde e Trabalho, Medicina do Trabalho, Saúde Ocupacional, e definir, de maneira mais precisa, estes conceitos e as fronteiras entre Saúde Ocupacional e a Saúde Pública." 41 (grifos nossos)

Saliente-se que a Reunião, como estratégia para atingir um de seus objetivos, ou seja, a busca da aproximação Academia-Movimento Social-Estado procurava colocar frente a frente as posições das entidades oficiais e de trabalhadores, relativas a sua atividades, necessidades e pontos de identidade com a Academia.⁴²

Para isso, inicialmente promoveu-se à mesa-redonda "Atuação e Perspectivas Institucionais Frente aos Problemas de Saúde Relacionados ao Trabalho", colocando em debate as posições do Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde e dos Ambientes de Trabalho (DIESAT), do Ministério da Saúde (MS), do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) e da Fundacentro/MTb. Nas colocações dos expositores ficou patente a divergência de posição do representante do movimento sindical, que questionou o

"desempenho profissional de (...) técnicos ligados à área de segurança e medicina do trabalho ... [e]

"(...) o trabalho desenvolvido pela FUNDACENTRO e pela comunidade acadêmica em suas relações com os sindicatos, (...) pela dificuldade de acesso a relatórios e teses de avaliação em ambientes e condições de trabalho..." 43 (grifo nosso)

39 . Idem, *Ibidem*, p. 210.

40 . Idem, *Ibidem*, p. 210.

41 . Idem, *Ibidem*, p. 210.

42 . Idem, *Ibidem*, p. 210.

43 . Idem, *Ibidem*, p. 211.

Foi retrucado pelo representante do MS que defendeu o Governo Federal e os profissionais de higiene e segurança do trabalho das acusações e críticas. ⁴⁴

Reproduz-se aqui um conflito que vai marcar a trajetória do movimento sindical - após sua retomada da cena política com as grandes greves do final dos 70 - na sua relação com os órgãos federais do Aparelho de Estado, apesar de toda a política desenvolvida pelo governo em sua ânsia por legitimidade nos anos de chumbo da década de 70.

No tocante aos Cursos de Medicina do Trabalho, foi considerado que a Academia deveria ser o espaço de formação privilegiado, parecendo haver se dissipado a polarização dos anos 70, sendo considerada

"... uma etapa superada os dez anos em que a FUNDACENTRO monopolizou a formação de especialistas na área, (...) esta deve ser assumida pelo sistema formal de ensino, sendo imprescindível a formulação de uma política de (...) recursos humanos para a área ...[que] Deverá contemplar, ainda, outras áreas profissionais, além da medicina, enfermagem e engenharia, que têm expressiva contribuição a oferecer para o desenvolvimento de melhores condições de saúde para os trabalhadores." ⁴⁵ (grifos nossos)

Assim, era assumida a postura de que à Universidade caberia nuclear e coordenar a formação no campo, de caráter multiprofissional, em contraposição à hegemonia até então exercida pelo MTb através da Fundacentro desde os anos 70, em cumprimento às exigências legais de constituição dos Serviços de Segurança e Medicina do Trabalho, com viés diferente daquele da Saúde Pública e Coletiva.

Frise-se, como já foi apontado acima, que a partir de início dos anos 80 as Faculdades de Medicina passam a ser o espaço de formação de profissionais na área, inclusive através dos Programas de Saúde Ocupacional, disciplina agora obrigatória nas Residências em Medicina Preventiva e Social ou em Saúde Coletiva, assunto também discutido na Reunião. Mais ainda, a perspectiva de formação de áreas profissionais que não a de medicina e engenharia iria ser fundamental, anos depois, com a implantação dos Programas de Saúde do Trabalhador de caráter multiprofissional e interdisciplinar. Tal obrigatoriedade seria

"... já, o resultado concreto de uma luta em que se empenharam grupos de profissionais de saúde para ampliar e ocupar uma área que se via esvaziada diante de uma política de formação de recursos humanos para a saúde, definida pelas autoridades governamentais." ⁴⁶ (grifo nosso)

Tratava-se de mais uma constatação, amadurecida pela história, que colocava um ponto final na polêmica existente nos anos 70 particularmente nos DMPs, conforme procurou-se evidenciar acima.

44 . *Idem, Ibidem*, p. 211.

45 . *Idem, Ibidem*, p. 214.

46 . Ver a respeito TAMBELLINI, Anamaria Testa et al. Situação Atual do Ensino e da Pesquisa da Saúde Ocupacional na Pós-graduação em Saúde Coletiva. (Documento Preliminar à I Reunião Nacional sobre Ensino e Pesquisa em Saúde Ocupacional) In: *Ensino da Saúde Pública, Medicina Preventiva e Social no Brasil*, v. 3, ABRASCO: Rio de Janeiro, junho de 1984, pp. 59-72. p. 64.

4.2.3. A Faculdade de Saúde Pública de São Paulo: pioneirismo e tradição.

Como já foi referido, o Instituto de Higiene de São Paulo, posteriormente Faculdade de Higiene e Saúde Pública, inicia o ensino da **Higiene do Trabalho** em 1934 - dentro do Curso de Higiene e Saúde Pública para médicos - através da Cadeira de Higiene do Trabalho, sob a reponsabilidade do médico sanitarista Benjamin Alves Ribeiro, que fizera cursos nas Universidades de Johns Hopkins e Harvard, nos EEUU no início dos anos 30 e que também visitara vários Institutos de Higiene do Trabalho europeus.⁴⁷ Tratava-se de uma nova especialidade e o curso abordava

"... aspectos de medicina, engenharia, psicologia, fisiologia, química e física (...) A Higiene do Trabalho foi lecionada em 1934 a 1945, como uma disciplina nos diferentes cursos da Faculdade, tendo a partir desta data se constituído em uma Cadeira independente. O ensino (...) estruturou-se (...) guardando até hoje estas diretrizes:

a) um núcleo básico e fundamental , constituído dos pontos básicos da Higiene do Trabalho, entendida, (...), num sentido amplo e que hoje se confundiria com a própria definição de saúde ocupacional, termo na época não utilizado;

b) disciplinas especiais, relacionadas com aspectos práticos do exercício profissional como:

- Ventilação e Calor Industrial

- Aspectos médicos da Higiene do Trabalho

- Radiações Ionizantes." 48 (grifos nossos)

Assim, a superfície de emergência do discurso que embasa o ensino e o estudo das relações entre saúde/doença e trabalho neste espaço institucional, dá-se através da Higiene, cuja importância dentro da Saúde Pública à época era marcante, com sua proposta normativa-educativa dirigida inicialmente às famílias, escolares, doentes, detentos, soldados.

Voltava-se, agora, de maneira científica, para o ambiente fabril, para o corpo produtor, com o objetivo de analisá-lo em seus vários tipos de riscos e quanto à saúde dos operários que aí operavam, para traçar normas de conduta e perfis de seleção e acompanhamento desses trabalhadores que constituíam a força-de-trabalho da nascente indústria paulista, no segundo ciclo de industrialização, a partir dos anos 30. A higiene do trabalho é, então, a disciplina que ao nível da Saúde Pública vai capacitar aos sanitaristas, com formações profissionais diversas como: médicos, engenheiros, dentistas, veterinários, etc..

De fato, conforme refere E, decano da Medicina do Trabalho em São Paulo e ex-professor da Faculdade de Saúde Pública da Usp, instituição sucedânea do 'Laboratório de Higiene', criado em 1918 pelo convênio entre o Governo do Estado de São Paulo e a 'International Health Board', da Fundação Rockefeller,⁴⁹ a Faculdade

47. Conforme MENDES (org.) *op. cit.*, 1980.

48. Ver a respeito O Ensino da Saúde Ocupacional na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, v. 2, n.5, p. 55-59, 1974. p.55

49. *Idem. Ibidem.* p. 56.

Quando ele voltou o prof. Paula Souza colocou-o, criando o Departamento de Higiene do Trabalho."
50

O entrevistado, por volta de 1964 passa a colaborar com o prof. Ribeiro no curso de Higiene do Trabalho, que era ministrado para médicos e engenheiros na época, o qual

"[...] abrangia também alguns aspectos psicológicos, (...) convidava pessoas de fora para vir expor sobre testes psicológicos. Então era um curso bem estruturado ... [como os] cursos livres sobre Medicina do Trabalho, Higiene do Trabalho, ventilação industrial. Ai veio gente de fora (...) gente que vinha aqui prá aprender nesses cursos. Esses cursos morreram quando veio a [Portaria] em 72, criou-se aí ... e o primeiro curso que foi dado no Brasil foi aqui prá médicos e engenheiros ... Hoje os cursos são mais curtos (...) dá-se muito mais ênfase aos aspectos de saúde do trabalhador do que de higiene e medicina do trabalho, porque o foco é muito em cima de saúde do trabalhador como um todo." 51

Conforme ainda assinala o entrevistado, conceitualmente a

"... saúde do trabalhador (...) engloba, obviamente, a medicina do trabalho, a higiene do trabalho e (...) agora engloba outra coisa... porque a saúde ocupacional diz respeito (...) às coisas que estão no ambiente de trabalho ... Mas depois que a OMS levantou (...) que a saúde ocupacional não deve ficar aqui sozinha, ela deve ir também para a rede pública; (...) torna-se diferente, porque agora ela vê não só os problemas relacionados ao ambiente de trabalho, mas aqueles que são peri-ambiente de trabalho. Moradia, salário, tudo isso que tem uma influência muito grande ... a visão agora é muito mais extensa, é verificar os vários aspectos do trabalho que influenciam o trabalhador sem que sejam necessariamente ambientais... São fatores de ordem social, (...) econômica (...) que interferem na saúde do trabalhador. A Saúde do Trabalhador não existe ainda ... e você levantou uma questão que agora eu tô pensando ... É a questão que não existe ainda um curso dessa natureza (...) dever-se-ia ter cursos em que se estudasse cada fator, por exemplo, a questão de distância da moradia, (...) de condições da moradia." 52

Observe-se que aqui, a Saúde do Trabalhador, tendo por base a formulação da OMS, é novamente deslocada para o âmbito do consumo, num movimento que a retira de onde o discurso da Medicina Social Latinoamericana (MSL) a colocara, ou seja, no âmbito da produção. Novamente, a causação multi-fatorial e a fragmentação da realidade é chamada a intervir e a politização do campo se esvai numa explicação que se satisfaz com os estilos de vida assumidos fora do trabalho.

50. Conforme entrevista gravada concedida ao autor em 13/06/1994 por E, médico e professor universitário aposentado.

51. Conforme entrevista gravada concedida ao autor em 13/06/1994 por E, médico e professor universitário aposentado.

52. Conforme entrevista gravada concedida ao autor em 13/06/1994 por E, médico e professor universitário aposentado. Neste trecho E refere-se ao primeiro curso de Especialização em Medicina do Trabalho e em Engenharia de Segurança ministrado no Brasil no ano de 1973, para atender às exigências da Portaria no. 3237 de 27/07/72 do Ministério do Trabalho e Previdência Social que obrigava empresas a manterem os Serviços Especializados em Segurança, Higiene e Medicina do Trabalho, a partir de 1975. A FSP-Usp, através do Departamento de Saúde Ambiental, sob a responsabilidade do prof. NOGUEIRA foi a instância da Academia que assumiu em convênio com a Fundacentro a formação dos profissionais, inclusive a elaboração de todo o material instrucional para médicos e engenheiros, que viriam a compor o "staff" de tais serviços, segundo a meta IV do Plano Nacional de Valorização do Trabalhador, já comentado no capítulo 3. De certa forma a experiência acumulada pela FSP-Usp com os "cursos livres" de higiene do trabalho, credenciou-a junto ao governo federal para assumir esta empreitada.

realidade é chamada a intervir e a **politização** do campo se esvai numa explicação que se satisfaz com os *estilos de vida* assumidos fora do trabalho.

Um dos "representantes" da MSL, aparentemente concordando com o que foi apontado acima, afirma que:

"O estudo da saúde no trabalho refere-se a um extenso campo de conhecimento que até o momento não está claramente delimitado. Sem dúvida, apesar disto, diferencia-se (...) de disciplinas tais como a medicina do trabalho, a engenharia (...) ou a psicologia industrial. Não obstante, criou-se uma grande confusão, favorecida pela posição dominante, da semelhança destas áreas, já que em aparência, todas estão relacionadas com a saúde (...) não é demais dizer que as diferenças são notáveis entre o que chamamos saúde no trabalho ou saúde dos trabalhadores e aquelas disciplinas que têm como objeto de estudo os fatores de risco e os acidentes e doenças legalmente considerados do trabalho ... aspectos de ordem econômica, política e legal que se situam em meio a interesses profundamente contraditórios e a forma de nomear a esta área ilustra sua intencionalidade. (...) o nome geralmente delimita 'cientificamente' seus alcances, ou seja, coloca estudos e soluções que não o ultrapassam." ⁵³ (grifos nossos)

Assim, diante destas observações constata-se que: as regras de formação discursiva podem nomear enunciados da mesma maneira, mas que se diferenciam em função de partirem de superfícies de emergência e condições de possibilidade diferentes. Ou seja:

"A formação discursiva determina 'o que pode e deve ser dito' a partir de um lugar social historicamente determinado. Um mesmo texto pode aparecer em formações discursivas diferentes, acarretando, com isso, variações de sentido." ⁵⁴ (grifos nossos)

A par da digressão acima, é importante frisar neste momento, que nos anos 70, a FSP-Usp adere ao projeto do Governo Federal e assume o importante papel de comando da formação de quadros para a constituição dos Serviços Especializados em Higiene, Segurança e Medicina do Trabalho (SEHSMETs), "pontas-de-lança" da política do Regime Militar, dentro da meta IV do Programa Nacional de Valorização do Trabalhador (PNVT), questão central das políticas públicas nesta área, durante o período do Regime Militar, como já foi apontado no capítulo anterior.

4.2.3.1. Os anos 70 e a Faculdade de Saúde Pública: extensão do ensino Pós-graduado de Especialização.

Nos anos 70, a partir da Campanha capitaneada pelo Governo Militar, investe-se, em todo país, de maneira intensiva na formação de quadros técnico-profissionais através dos Cursos de Especialização, visando a meta de implantação de SEHSMETs em todas as empresas com mais de 100 trabalhadores.

No período de janeiro de 1973 a dezembro de 1974, somente em São Paulo, são formados 1.186 médicos do trabalho em 23 cursos e 600 engenheiros de segurança

53 . Ver a respeito NORIEGA, *op. cit.*, 1989, p. 9.

54 . Ver a respeito BRANDÃO, Helena H. Nagamine *Introdução à Análise do Discurso*. Campinas: São Paulo, Editora da UNICAMP, 1994. 96 p. 3a. edição. p. 90.

do trabalho em 14 cursos. A previsão de formação de médicos do trabalho para o país no período era de 1.050! Até 31/12/1975, data em que os Serviços deveriam efetivamente ser implantados, conforme prescrevia a Portaria do Ministério do Trabalho nº. 3442 de 26/12/1974, formaram-se, em São Paulo, 2.712 médicos do trabalho, de uma necessidade estimada em 2.310 e, 2.895 engenheiros de segurança do trabalho, de uma necessidade estimada em 2.310! Observa-se que,

*“Embora encerrado o período previsto pela meta IV do Programa Nacional de Valorização do Trabalhador (1973/74) para a formação acelerada de profissionais especializados em Saúde Ocupacional foi dada continuidade ao programa durante o ano de 1975, tendo em vista a carência existente desse pessoal técnico para atender à demanda das empresas.”*⁵⁵ (grifos nossos)

Assim, como já foi referido, uma outra “lacuna” que esta empreitada vinha a preencher era a necessidade de oferecer perspectiva de mercado de trabalho para um verdadeiro “exército” de médicos que estavam sendo formados no país naquela época, após o “boom” de criação de Escolas Médicas do final dos anos 60.

No ano de 1974, estimava-se a existência de 60 a 70 mil médicos no país e,

*“... vem se caracterizando o consenso de que a formação de médicos (...) se processa em ritmo superior às nossas (...) necessidades. De fato, o número de profissionais em atividade, segundo estimativas da AMB, já ultrapassa a casa dos 72 mil.”*⁵⁶ (grifos nossos)

De fato, atendendo ao chamamento feito pelo Ministério do Trabalho em 1972, a Faculdade, em convênio com a Fundacentro assume (adere) (a) o projeto de formação de médicos do trabalho e engenheiros de segurança do trabalho, a partir de currículo que já vinha adotando em cursos de Saúde Pública. Embrião dessa experiência foram os “cursos livres” de higiene e medicina do trabalho ministrados desde meados dos anos 60 pelo Departamento de Higiene do Trabalho, sob a responsabilidade do Prof. Benjamin Alves Ribeiro e que contavam com a colaboração do médico Diogo Pupo Nogueira e do engenheiro Silas Redondo, oriundo do SESI.⁵⁷

Assim, a Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo realiza juntamente com a Fundacentro, os primeiros cursos no Brasil com estatuto de especialização em Medicina do Trabalho e Engenharia de Segurança no ano de 1973, sendo que seu corpo docente também é responsável pela elaboração do material instrucional - as apostilas - que serão adotadas nos cursos em todo o país. Para o de Medicina do Trabalho compreendem seis exemplares, com mais de 1.500 páginas, editadas pela Fundacentro. Englobam conteúdos que transitam da Segurança, Higiene e Medicina do Trabalho, passando pela Saúde Ocupacional; Noções de Epidemiologia; História Natural das Doenças Profissionais; Bioestatística, Serviços de Segurança e Medicina do Trabalho; Saneamento do Meio; Legislação sobre Higiene e Segurança do Trabalho; Doenças causadas por agentes químicos e físicos; Ergonomia; Reconhecimento, Avaliação e Controle dos Riscos do Ambiente; Acidentes do Trabalho; Problemas de Saúde Ocupacional na Agricultura; Noções de Toxicologia; Limites de Tolerância; Controle

55. Ver a respeito, Tema Oficial III: Formação e Treinamento em Higiene, Segurança e Medicina do Trabalho. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, v. 3, n. 12, p. 21-28, 1975, p. 22. Trata-se de um dos temas oficiais discutidos por ocasião do XIV Congresso Nacional de Prevenção de Acidentes, patrocinado pelo MTB no ano de 1975.

56. Ver SOUTO, D. F. Perspectivas da assistência médica no Brasil. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, v. 4, n. 13, p. 56-69, 1976. p. 59.

57. Conforme entrevista gravada concedida ao autor em 13/06/1994 por E, médico e professor universitário aposentado.

Médico dos Trabalhadores, até chegar à Organização de Serviços de Higiene e Medicina do Trabalho na Empresa; Exames Pré-Admissionais, Periódicos e Serviços Médicos de Empresa em Outros Países.⁵⁸

Trata-se de uma abrangência de disciplinas, temas e especialidades que procura dar conta de todas as interfaces existentes na "dispersão" dos discursos da Medicina do Trabalho, Saúde Ocupacional, Epidemiologia, Toxicologia, Ergonomia, Higiene, Higiene do Trabalho e da Organização de Serviços. Tal empreitada hegemonizou todo o território nacional e onde quer que se ministrasse cursos de Medicina do Trabalho no país, lá estava a "mensagem" da Faculdade de Saúde Pública. A empreitada de ministrar seus próprios cursos foi até o final dos anos 70, após o que passaram a ser de responsabilidade da Fundacentro e entidades por ela credenciadas.

De fato houve a delimitação e o disciplinamento de um discurso que interdita outros pela sua autoria, doutrinário, caráter de verdade e que ao invés de permitir uma ampliação de temáticas restringe-as. (cf. FOUCAULT, 1996)⁵⁹

4.3. As pesquisas no campo das relações Saúde e Trabalho.

Inicialmente é mister observar que qualquer tentativa de classificação e sistematização tem um grau de arbítrio que pode trazer questionamentos. Assim, aqui serão utilizados critérios que procuraram agrupar os estudos conforme a forma de abordagem do objeto e a disciplina ou área do conhecimento que orientou os estudos; as variáveis abordadas e seu enquadramento na MT-SO ou MSL-STr sendo muito provável que poderia adotar-se outras maneiras de fazê-lo, mas esta pareceu melhor adequar-se aos objetivos colocados neste estudo.

Assim, aqui serão analisadas as dissertações e teses produzidas no Estado de São Paulo, no período de 1967 a 1995, por seu local de origem, procurando apreender em que área/campo situam-se (MT-SO; ST-STr) e as possíveis rupturas que trazem para o conhecimento dessas relações.

Dado que a maior produção é originada do Departamento de Saúde Ambiental (até 1970 denominado Departamento de Higiene do Trabalho) da Faculdade de Saúde Pública da Usp, é por ela que será iniciada a análise, sendo posteriormente analisada a produção do Departamento de Medicina Social (outrora denominado Departamento de Higiene e Medicina Preventiva) da FM de Ribeirão Preto; a do Departamento de Medicina Preventiva da FM de São Paulo e do Departamento de Medicina Preventiva e Social da FCM da Unicamp. .

Tal ordenamento não implica em nenhum juízo de valor, levando em conta apenas a cronologia da produção e o volume de pesquisas e investigações realizado ao longo destes 30 anos.

58. Ver a respeito: Brasil, Ministério do Trabalho, Fundacentro *Curso de medicina do trabalho*. São Paulo, Fundacentro, 1979. 6v. ilus.

59. Ver a respeito FOUCAULT, Michel *A Ordem do Discurso*. (Aula Inaugural no Collège de France, pronunciada em 2 de dezembro de 1970) Tradução por Laura Fraga de Almeida Sampaio. São Paulo: Edições Loyola, 1996. 79 p. Tradução de *L'ordre du discours. Leçon inaugurale au Collège de France prononcée le 2 décembre 1970*.

4.3.1. A produção da Faculdade de Saúde Pública de São Paulo.

Considerando o recorte imprimido até aqui, é particularmente sob a égide da compreensão de como são abordadas as relações entre trabalho e saúde/doença, que serão analisados os estudos e pesquisas desenvolvidos pela Academia.

Inicialmente, a produção da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, vai abranger um período 29 anos, a partir do ano de apresentação da primeira tese, isto é, 1967.

Numa primeira aproximação panorâmica, as 38 dissertações e teses analisadas transitam dos estudos de higiene do trabalho e/ou industrial (8) e epidemiológicos (15); passando pela ergonomia (5); toxicologia clínica (2); chegando, no que se refere às práticas, à enfermagem do trabalho (3) serviços medicina do trabalho (3) e o que aqui chamou-se políticas de nível empresarial e nacional (2).

Ao longo do tempo distribuem-se entre os anos de 1967 a 1995, sendo que três (3) foram apresentadas nos anos 60; onze (11) nos anos 70; dez (10) nos anos 80 e quatorze (14) nos 90 até 1995.

4.3.1.1. Estudos de Higiene do Trabalho.

Considerando que a primeira e principal influência que surge no Brasil, nos anos 20-30, no que se refere à abordagem das relações entre trabalho e saúde é oriunda da Higiene do Trabalho, que em São Paulo tem como seu espaço privilegiado de difusão o antigo Instituto de Higiene, posteriormente transformado na Faculdade de Higiene e Saúde Pública, hoje Faculdade de Saúde Pública, não é de estranhar-se que as teses e dissertações produzidas no período de 1969 a 1980, tenham seus desenhos metodológicos influenciados pela Higiene (e Medicina) do Trabalho e/ou Industrial.

Os trabalhos representativos dessa vertente foram realizados entre os anos de 1969 a 1994, concentrando-se nos anos 70 e 80, sendo que no início dos 90, ou seja em 1991, é apresentado um estudo teórico, baseado numa exaustiva revisão bibliográfica, que marcaria uma ruptura com tal abordagem. Este estudo, em seu diálogo interdisciplinar envolve a higiene, a ergonomia e a toxicologia-experimental. O último deles apresentado, em 1994, procura articular a abordagem da inspeção do trabalho, adotada pelo Ministério do Trabalho/DRT com uma intervenção nas condições e ambientes de trabalho baseada numa proposta de interlocução que leva em conta uma possível capacidade de negociação dos conflitos/contradições entre trabalhadores e empresários.⁶⁰

60. São representativos dessa vertente os estudos realizados no Departamento de Higiene do Trabalho, posteriormente Departamento de Saúde Ambiental da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo: 1. GOMES, Jorge da Rocha *Determinação Semi-Quantitativa de Coproporfirina urinária: sua validade em função de medidas de higiene e segurança em fábricas de acumuladores elétricos*. Dissertação

De início, é importante frisar que uma marca característica da maioria destes estudos é seu **empirismo**, carecendo de formulação teórica, já que provêm da experiência e percepção dos próprios autores, as quais desenvolvem-se a partir de suas atividades profissionais como técnicos ligados a indústrias ou a órgãos públicos de fiscalização dos ambientes de trabalho. Tratam na maioria das vezes de aspectos particulares do "risco" de determinadas doenças e intoxicações profissionais e suas "causas" **externas** que se relacionam com agentes químicos tomados **isoladamente**, em operações/atividades na indústria, ou a questões mais gerais como certos processos produtivos.

De certa forma tais estudos acabam atendendo a questões postas pelo acelerado processo de industrialização vivido no Estado de São Paulo e que se consolida nos anos 60 e 70, particularmente em função das necessidades da indústria automobilística.⁶¹

Os estudos dos anos 60, 70 até meados dos 80 apresentam uma tendência em que a abordagem é linear, variando apenas o **objeto** da investigação, o qual pode ser o estudo de um determinado "agente" químico como **causa** e seus efeitos ou indicadores de exposição, considerando variáveis como sexo, idade, tempo de exposição, hábitos de higiene, como no caso do chumbo em atividades na indústria de baterias elétricas e do cromo em operações de galvanoplastia; ou a proposição de métodos de análise da exposição e provável intoxicação ocupacional devido a vapores de mercúrio ou a "fumos metálicos" em atividade de soldagem; ou ainda a análise das condições de higiene do trabalho em estações de tratamento de esgotos ou nas indústrias de carne. Frise-se que em tais situações **conclui-se**, com frequência, pela "culpabilização da vítima", dada sua origem rural, conseqüente ignorância e não-uso de proteção individual, como "explicação" para a ocorrência de doenças ou acidentes, à qual junta-se, em alguns casos, a inoperância dos Serviços de Segurança e Medicina do Trabalho.

Assim, no que se refere às medidas de prevenção,

*"Os próprios operadores têm adotado um tipo de comportamento contrário à segurança."*⁶² (grifo nosso)

Quanto à atuação dos SESMETs das empresas estudadas:

*"... muito ainda resta fazer, para um mínimo de obediência a (...) legislação existente."*⁶³ (grifo nosso)

*"Programas específicos de segurança do trabalho não existiam."*⁶⁴

Quanto à importância dos Limites de Tolerância, um dos pilares da Higiene do Trabalho:

(Mestrado em Saúde Pública), 1969; 2. GOMES, Édgar Raoul *Condições de Higiene do Trabalho e Incidência de Cromoergopatias em Trabalhadores de Galvanoplastias Sindicalizadas de São Paulo*. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública), 1970; 3. COLACIOPPO, Sergio *Avaliação do Risco de Intoxicação Profissional por Vapores de Mercúrio*. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública), 1976; 4. LOUREIRO, Reginaldo Vello *Higiene e Segurança em Estações de Tratamento de Esgotos*. Tese (Doutoramento em Saúde Pública), 1982; 5. CALLI, Ricardo Moreira *Inquérito Preliminar de Higiene Industrial na Indústria de Carnes Bovina e Suína da Grande São Paulo*. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública), 1984; 6. COLACIOPPO, Sergio *Avaliação de Exposição Profissional a Fumos Metálicos em Operações de Solda*. Tese (Doutoramento em Saúde Pública), 1984; 7. LIEBER, Renato Rocha *Trabalho em Turnos e Riscos Químicos: o Horário de Trabalho com Fator Interveniente no Efeito Tóxico*. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública), 1991; 8. ZAVARIZ, Cecília *Avaliação da Utilização Industrial do Mercúrio Metálico no Estado de São Paulo e Aplicação de Metodologia de Intervenção nas Condições de Trabalho*. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública), 1994.

61. Observe-se que as intoxicações por chumbo e cromo motivo dos estudos de GOMES, Jorge da Rocha (1969) e GOMES, Édgar Raoul (1970) referem-se a subsidiárias da indústria automobilística, isto é, as improvisadas fábricas de baterias e de peças cromadas/galvanizadas para veículos, existentes em São Paulo e no ABC.

62. LOUREIRO, *op. cit.*, 1984, p. 125.

63. CALLI, *op. cit.*, 1984, RESUMO.

"Há necessidade de estabelecimento legal de Limites de Tolerância para as condições brasileiras, (...) além de uma definição clara dos métodos e processos para uma avaliação ambiental."⁶⁵ (grifos nossos)

Para ilustrar a importância dos Limites de Tolerância, sua origem como referencial e base de sustentação das práticas em Higiene (e Medicina) do Trabalho, em sua fragmentação do real, é pedagógica, na medida em que contém o seu próprio questionamento, a afirmação que se segue:

"... eu procuro ver aquilo que é resultado direto do trabalho sobre a saúde, prá poder realmente corrigir este pedaço do trabalho sem necessariamente me envolver com as questões do salário, com as questões das relações de trabalho ... tem chumbo na fábrica, eu quero tirar o chumbo (...) porque isto vai corrigir ... Então é uma visão assim, (...) de agente, como consequência do agente, quer dizer muito Leavell e Clark (...) de corrigir o agente (...) e a gente sentia que ia (...) perdendo esta individualidade (...) uma certa perda do próprio prestígio de atuação mais técnica, (...) por exemplo, a perda da identificação da doença profissional como uma coisa bem caracterizada, porque qualquer coisa pode ter e tem relação com o trabalho (...) Limites de Tolerância vão deixando de servir prá critérios porque quando não mede ... Então eu e outros (...) fomos assistindo (...) que a gente deixaria de poder agir, (...) estaria perdendo a possibilidade de atuar (...) dentro daquilo que era o nosso campo (...) : nós perdemos o nosso campo!"⁶⁶

Nos anos 90 esta trajetória, calcada na abordagem clássica da higiene do trabalho sofre uma inflexão, o que se explica também pela dinâmica do conhecimento acumulado na área.

A propósito, algumas críticas recentes relativas à abordagem limitada da Higiene do Trabalho são feitas por VASCONCELOS (1995) e BERLINGUER et al. (1990), que apontam para seu diacronismo em relação às inovações introduzidas nos processos de trabalho e à intervenção mediante uso de tecnologias corretivas. Os autores procuram sistematizar a intervenção de conformidade com quatro modelos cujo poder de eficácia é variável.⁶⁷

É nesse contexto, quando já se atingiu um acúmulo teórico-metodológico baseado em estudos e pesquisas e, também, quando a crítica ao papel da Higiene e Segurança do Trabalho toma-se mais refinada, que um estudo de revisão bibliográfica coloca em discussão a validade de um instrumento basilar da Medicina do Trabalho, da Higiene e da Saúde Ocupacional, isto é, o **Limite de Tolerância** quanto à sua utilização na interpretação dos efeitos tóxicos de substâncias químicas em trabalho sob turnos alternados.

Trata-se da dissertação de mestrado apresentada por LIEBER (1991), que aponta para uma ruptura nesta área do conhecimento - reconhecidamente influenciada

65. COLACIOPPO, *op. cit.*, 1984, p. 82.

66. Conforme entrevista gravada concedida ao autor em 31/05/1994 por A, médico e ex-assessor de entidade técnica empresarial.

67. Ver a respeito VASCONCELOS, Fernando D. Uma Visão Crítica do Uso de Padrões de Exposição na Vigilância da Saúde no Trabalho. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 11, n. 4, p. 588-599, out/dez 1995. p. 590. Conforme BERLINGUER, Giovanni, CONTI, P. & SMARGIASSE, A. Modelli PREVENTIVI nell' Igiene del Lavoro. 53º Congresso Nazionale della Società Di Medicina Del Lavoro e Igiene Industriale, Stressa, 10-13 ottobre 1990 [mimeo] apud VASCONCELOS, *op. cit.*, 1995. Para estes autores, a Higiene e segurança do trabalho atua conforme 4 modelos, propondo a "Substituição do trabalhador" e o "benefício monetário" àquele acometido de doença após a introdução da inovação nociva no processo produtivo; a "Inovação Tardia" consequente de pesquisas e normas introduzidas pos-facto; a "Prevenção Secundária" semelhante ao procedimento anterior, mas mais ágil no tempo e, finalmente, a "Prevenção Programada" que consta de experimentos que antecedem à inovação, a qual só é implantada com o conhecimento do impacto nas populações e no ambiente e depois de normatização específica. Havendo dano adota-se a "Prevenção Secundária".

por posturas positivistas - em que se questiona particularmente a utilização de parâmetros de exposição ocupacional que atestariam a salubridade dos ambientes e condições de trabalho a pretexto da **adaptação** do trabalho ao homem, quando na verdade estaria ocorrendo um fenômeno inverso, isto é, gerenciar o ambiente e o processo de trabalho sem transformá-lo em sua essência, conforme refere VASCONCELOS (1995).⁶⁸

Isto posto, que elementos fazem com que o estudo de LIEBER (1991) constitua-se numa ruptura com o discurso da Higiene do Trabalho?

Tomando como objeto este conceito basilar da Higiene, o autor questiona-o mediante uma abordagem teórica, histórica e filosófico-epistemológica, baseando-se em extenso levantamento bibliográfico, o qual abarcou estudos experimentais de toxicologia e epidemiológicos dos últimos 20 anos. Ademais, autor não se furta a propor medidas de controle.

Buscando na formação histórica alemã de Bismarck as origens da preocupação com a intervenção nos ambientes de trabalho, bem como com a indenização dos seus efeitos para a saúde, é na atuação do Estado calcada na apreensão da natureza, agora passível de interpretação e conhecimento, conforme a filosofia "hegeliana", que autor percebe as bases sobre as quais fundam-se os pressupostos para a **definição e introdução dos Limites de Tolerância**.⁶⁹ Assim, ao objetivar-se a natureza, inaugura-se uma abordagem em que a natureza é passível de explicação e conhecimento:⁷⁰

*"... [a visão] de progresso segundo a qual a história tem uma direção e um sentido caminhando [para o] triunfo da razão e do espírito - foi chamada por Hegel de 'saber absoluto'. No plano científico, o idealismo de Hegel (...) estimula a abstração pela necessidade do conceito, [da] experimentação, ao assumir a Natureza como conceito tornado objeto ..."*⁷¹ (grifos nossos)

Ao lado disso, autor ratifica, em certa medida, a observação de BERLINGUER et al., quando aponta o surgimento do Limite de Exposição na "Alemanha prussiana" no século XIX,

*"... como resultado da reinterpretação de dois princípios básicos nas relações de trabalho: o (...) da [indenização] e o princípio da **intervenção** ... ao trabalhador prejudicado (...) ficaria assegurado o **direito de auxílio** (mas não salário), através de uma 'caixa de apoio'. O enfoque paternalista, decorrente da interpretação hegeliana do papel histórico do poder, não admitiria, no caso, uma **confrontação jurídica** ..."*

*"A **necessidade de preservação de recursos das caixas**. (...) justificará as **intervensões no ambiente insalubre**. (...) na medida em que as intervenções se inviabilizam pela disponibilidade de tecnologias ou pelos custos, torna-se conveniente a **transferência dos encargos a um terceiro**, com capacidade de rateio num universo de riscos mais amplos. Em consonância com o pensamento de Hegel, este é o **papel do Estado**, o qual, (...) percebe a oportunidade de consolidar-se diante das ameaças **socialistas**, através de medidas de caráter social."*⁷² (grifos nossos)

68. Ver a respeito VASCONCELOS, *op. cit.*, 1995, p. 590.

69. Se na Alemanha a intervenção do Estado é facilitada pela busca da unificação no Estado nacional, nos EUA o liberalismo retarda esta intervenção e "o setor privado soube adequadamente contemporizar os conflitos emergentes, crescendo o individualismo. [rompe-se com] a tradição científica alemã [e a proteção] dada pela intervenção [é reservada] 'aos mais capazes biologicamente' (o homem médio dos Limites de Tolerância)." (LIEBER, *op. cit.*, 1991, p. 147)

70. Para uma discussão aprofundada do desenvolvimento científico e da racionalidade das concepções sobre o mundo e a natureza na modernidade, consultar LÜZ, Madel Therezinha *Natural, racional, social: razão médica e racionalidade científica moderna*. Rio de Janeiro: Campus, 1988. 152 p.

71. LIEBER, *op. cit.*, 1991, p. 132.

72. *Idem, ibidem*, p. 133.

Dessa forma, a partir de Hegel e de seu idealismo derivam o caminho de soluções para as contradições geradas pelo liberalismo de Adam Smith

"O pensamento de Hegel legitimou a intervenção nas relações trabalho-capital e possibilitou a abstração na interpretação da natureza. (...), um padrão de exposição corresponde exatamente a este princípio de intervenção e decorre desta mesma interpretação abstrata." ⁷³ (grifos nossos)

O estudo chama a atenção, particularmente, para o fato de que em situações nas quais o organismo humano encontra-se sob o "ataque" de vários fatores intervenientes relacionados com a organização do trabalho (trabalho em turnos), há necessidade de romper-se com a absolutização do uso dos Limites de Tolerância (LT) para produtos químicos quando não se leva em consideração a real condição em que o trabalho é executado. Assim, o efeito tóxico estaria relacionado ao momento da exposição e teria causalidade multifatorial associada aos ritmos circadianos. ⁷⁴

Tal assertiva é que abala um dos pilares da Higiene e Medicina do Trabalho. E, ao questionar a absolutização do LT, LIEBER propõe estratégia que não figura nos cânones da Higiene, já que autor dirige-se à organização do trabalho, ou seja, à **redução** do número de jornadas noturnas, com aumento das folgas. Com isso, ressalta a **atualidade** da abordagem de aspectos relativos à organização do trabalho em turnos, hoje cada vez mais frequente e, no limite, advoga a **interrupção** da jornada. ⁷⁵

A atualidade do tema é patente, na medida em que toca diretamente em questões de ética e trabalho advindas do avanço do conhecimento na área, daí surgindo uma discussão, que perdura até hoje, sobre os riscos de ingerência das empresas no estabelecimento dos Limites de Exposição Ocupacional. ⁷⁶

Autor chama a atenção de que é somente a partir de 1970, que a

"... institucionalização da intervenção do Estado nos EUA evidencia um novo posicionamento ético ... firma-se o conceito de Limite de Exposição Ocupacional [LEO] - critério saúde - em oposição ao Limite de Tolerância Ocupacional - higiene - uma orientação prática, compatibilizada com outros interesses e não necessariamente de proteção à saúde." ⁷⁷ (grifos nossos)

Ocorre que é também nos anos 70, com desdobramentos nos 80 que, com apoio da opinião pública e de comunidades da sociedade civil na ação, se expressam nos EUA as condições de possibilidade, de um movimento empreendido por importantes setores sindicais como os petroquímicos, químicos e metalúrgicos da indústria automobilística pelo "Right to Know" (Direito de Saber) em conjunto com técnicos e ativistas que embasou a postura de recusa ao trabalho que fosse nocivo à saúde,

73. *Idem, Ibidem*, p. 147.

74. *Idem, Ibidem*, cf p. 23. Os ritmos circadianos ocorrem com certa periodicidade de tempo ao longo das 24 horas do dia e assinalam a ocorrência de atividades bio-psíquicas que têm relação com a produção hormonal, atuação das defesas orgânicas, ritmo de sono-vigília, etc.. Seu estudo teve grande impulso a partir da cronobiologia, especialmente nos anos 70-80.

75. Conforme o autor, no ano de 1989 foi estimado que cerca de 3 milhões de trabalhadores estavam operando em regimes de turno nas indústrias químicas nos países industrializados. No Brasil haveria cerca de 200 mil trabalhadores em turno na indústria química e petroquímica.

76. A este respeito consultar CASTLEMAN, Barry I. & ZIEM, G.E. Corporate influence on threshold limit values. *American Journal of Industrial Medicine*, n. 13, p. 531-539, 1988, ZIEM, G.E. & CASTLEMAN, Barry I. Threshold Limit Values: historical perspectives and current practice. *Journal of Occupational Medicine*, n. 31, p. 910-918, 1989 e RAPPAPORT, S.M. Threshold limit value, permissible exposure limits and feasibility: the bases for exposure limits in the United States. *American J Ind Medicine*. n. 23, p. 683-694, 1993.

77. LIEBER, op. cit., p. 148.

automobilística pelo "Right to Know" (Direito de Saber) em conjunto com técnicos e ativistas que embasou a postura de recusa ao trabalho que fosse nocivo à saúde, colocando em cena o campo da política como espaço de luta pela saúde no trabalho, questão de certa forma desconsiderada pelo autor.⁷⁸

Assim, num mundo de produção cada vez mais globalizada, em que o mercado passa a reger as relações sociais e o consumo assume um papel normativo fundamental, a ética ganha destaque. E, os parâmetros adotados nos países desenvolvidos, como a Holanda, para o estabelecimento dos limites de exposição preconizam princípios que jogam por terra toda a argumentação até então aceita e calcada no conhecimento científico instrumental, na medida em que apontam para

*"... a falácia da existência do 'homem médio' ... a insuficiência científica; a necessidade de participação política e a superação da racionalidade instrumental, ao afirmarem que as decisões 'não podem se restringir aos números. Neste sentido (...) [valorizam o] emocional afetivo ao reconhecerem que o risco pode ser (...) pequeno ao trabalhador, mas não se aceita viver com riscos impostos pelos outros.' [valorizam ainda] as variações circadianas [pela] sua importância para o trabalho em turnos e nas extensões de jornadas ... a questão ética é fundamental (...), na busca de uma sociedade mais justa, diante do conhecimento científico limitado, cujo crescimento, paradoxalmente passa a constituir ameaça aos direitos do homem ... supera-se o racionalismo instrumental e a ética da responsabilidade fica inexoravelmente ameaçada pela ética da convicção."*⁷⁹ (grifos nossos)

E, quando se avalia a origem das informações que embasam a definição dos LEOs nos EUA, sua validade começa a ruir pois além da influência financeira das grandes corporações na sua determinação, questões ético-políticas são postas e sérias críticas existem quanto à sua atualidade, profundidade de abrangência e legitimidade, já que devido ao

*"... reduzido apoio público à pesquisa, as informações toxicológicas fornecidas pelas empresas para os novos produtos têm sido (...) os únicos indicadores disponíveis ... os LEO-empresa não permitem a participação dos trabalhadores na discussão do 'risco aceitável' ... a co-participação dos trabalhadores no processo decisório dos LEOs defendida em diferentes oportunidades não ocorre na prática, quer em termos coletivos, quer (...) individuais [e] ... sua atualidade científica [desconsidera] os aspectos neurocomportamentais de muitos efeitos."*⁸⁰ (grifos nossos)

Ao colocar em juízo um dos conceitos básicos da Higiene e Medicina do Trabalho, desloca-se o foco do olhar e autor avança rumo a uma alternativa estratégica que leve em consideração o domínio das individualidades dentro do coletivo, das partes na

78. Para uma análise histórico-social desse período de lutas do sindicalismo nos EUA, consultar BERMAN, Daniel M. *Death on the job. Occupational health and safety struggles in the United States*. New York: Monthly Review Press, 1978. Ver também: BINGHAM, Eula. The 'Right-to-Know' Movement. (Commentary) *American J Publ Health*, v. 13, n. 11, p. 1302, 1983, BARAM, Michael S. The Right to Know and the Duty to Disclose Hazard Information (Public Health and Law) *American J Publ Health*, v. 74, n. 4, p. 385-390, 1984, LEVENSTEIN, Charles, BODEN, Leslie I. e WEGAN, David H. COSH: A Grass-Roots Health Movement *American J Publ Health*, v. 74, n. 9, p. 964-965, 1984.

79. LIEBER, *op. cit.*, p. 142 e 148. Para uma discussão mais detalhada desta "redíviva" temática das relações entre conhecimento científico e bioética, consultar BERLINGUER, Giovanni. A Relação entre Saúde e Trabalho do ponto de vista bioético. *Saúde e Sociedade*, v. 2, n. 2, p. 101-134, 1993.

80. LIEBER, *op. cit.*, p. 157-158. A propósito da discussão do "risco aceitável" entre nós, foi somente no ano de 1995 que Centrais Sindicais do Brasil, como a Central Única dos Trabalhadores e a Força Sindical, bem como a Confederação Nacional dos Trabalhadores na Indústria (CNTI) e entidades patronais como o Sindicato das Indústrias de Produtos Químicos (SINPROQUIM), Associação Brasileira das Indústrias Químicas (ABIQUIM) e Instituto Brasileiro de Suderurgia (IBS) acordaram a definição de um Valor de Referência Técnico (VRT) para o benzeno "que não representa isenção de risco" mas o Limite de referência hoje técnica e politicamente aceitável - já que abolição do seu uso, por ser cancerígeno ainda é inviável - e que deverá ser revisto periodicamente, mediante práticas de negociação entre as partes.

constituição do todo e das subjetividades nos modos de compreender a vida, numa formação discursiva que vislumbra o espaço metodológico a ser explorado pela Saúde do Trabalhador, em contraposição às abordagens tão a gosto de hegemônica proposta medicalizante.

Tal formulação pode ser vista como uma ruptura com o discurso normativo da Higiene, quando busca na filosofia "hegeliana" e na história as explicações para o surgimento do conceito de Limite de Tolerância, (des)naturalizando tal noção, um dos pontos de sustentação do edifício da Higiene e Medicina do Trabalho, apontando para a influência de 'episteme' na prática teórica que se constrói explicações sobre a realidade do trabalho. Desta forma, aproximando-se do campo da Saúde e Trabalho autor advoga que

*"... cada vez mais, os estudos na saúde do trabalhador estarão voltados ao indivíduo e à preservação da sua individualidade. Nivelar (...) todos os trabalhadores, todas as suas necessidades e, (...) considerar as manifestações próprias de reação (...) com 'desvios' de um sistema homogêneo, reflete uma concepção do reducionismo mecanicista. Perceber o organismo humano [como] 'máquina ajustada' cujo funcionamento se traduz meramente por ações e reações (visão carteziana) [traz] maior conhecimento das partes, mas não permite [conhecer] o (...) todo."*⁸¹ (grifos nossos)

Aqui, pontua-se a discussão, complexa e não resolvida, da compreensão da realidade a partir dos seus constituintes, que uma vez apreendidos conformariam o conhecimento do todo, questão que recoloca a viabilidade de se poder pensar relações entre o todo e as partes e as combinações que engendram, no campo dos "saberes e práticas" da Saúde do Trabalhador, de caráter eminentemente (trans) interdisciplinar. Tal problemática remete à possibilidade de se apreender o real articulando vários olhares que devem ter sempre como referencial o "mundo da vida", onde se insere, a partir das contradições, interesses e conquistas dos grupos sociais.

4.3.1.2. Estudos Epidemiológicos.

Os primeiros estudos epidemiológicos datam de meados dos anos 70 e tratam de temas clássicos da Medicina do Trabalho-Saúde Ocupacional, ou seja, dos acidentes do trabalho, das doenças profissionais e de tema também caro a tais disciplinas mas sob outro enfoque: o absenteísmo-doença. Nos anos 90 avançam para abordagens do tipo quali-quantitativas e qualitativas, com forte influência dos pressupostos teórico-metodológicos da Medicina Social Latinoamericana (MSL) ou da Epidemiologia Social.⁸²

81. LIEBER, *op. cit.*, p. 207.

82. Ver: 1. SILVA, Edgar Pereira da *Condições de Saúde Ocupacional dos Lixeiros de São Paulo*. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) Departamento de Saúde Ambiental, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 1973. 2. MENDES, René *Importância das Pequenas Empresas Industriais no Problema de Acidentes do Trabalho em São Paulo*. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) Departamento de Saúde Ambiental, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 1975. 3. WAKAMATSU, Celina T. *Contribuição ao Estudo da Exposição Profissional ao Benzeno em Trabalhadores de Indústrias de Calçados, São Paulo*. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) Departamento de Saúde Ambiental, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 1976. 4. PEREIRA, Carlos Alberto *Surdez Profissional em Trabalhadores Metalúrgicos: Estudo Epidemiológico em uma Indústria da Grande São Paulo*. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) Departamento de Saúde Ambiental, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 1978. 5. MENDES, René *Epidemiologia da Silicose na Região Sudeste*. Tese (Doutorado em Saúde Pública) Departamento de Saúde Ambiental, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 1979. 6. NOGUEIRA, Diogo Pupo *Absenteísmo-Doença: Aspectos Epidemiológicos*. Tese (Livre

A temática dos acidentes do trabalho (ATs) impunha-se, já que na década de 70 estava em plena efervescência, particularmente em função da política oficial de controle, baseada na criação obrigatória dos Serviços de Higiene, Medicina e Segurança do Trabalho nas empresas com mais de 99 empregados, conforme Portaria do então Ministério do Trabalho e Previdência Social de julho de 1972. Por outro lado, as clássicas doenças profissionais como intoxicações químicas, danos por agentes físicos e as pneumoconioses também eram motivo de interesse dados sua maior prevalência nas irrelevantes estatísticas oficiais computadas pela Previdência Social.

Assim, tendo como marco teórico comum a História Natural da Doença (HND) e o triângulo epidemiológico formado pela tríade agente-hospedeiro-ambiente, adaptado para os agravos do trabalho, desenvolvem-se várias pesquisas. No primeiro período, entre os anos de 1975 e 1978, são realizadas investigações sobre a ocorrência dos acidentes do trabalho-tipo na Grande São Paulo; da intoxicação por benzeno em indústrias de calçados de Franca e São Paulo; da surdez ocupacional em grande indústria metalúrgica de São Paulo e da silicose na Região Sudeste do país.

Ocorre que, antes disso, em 1973 é apresentado um estudo empírico sobre condições de trabalho e saúde de uma determinada categoria, os lixeiros. Trata-se de estudo epidemiológico descritivo, no qual abordou-se dados de morbidade dos lixeiros da cidade de São Paulo através do acompanhamento de uma "coorte", que trabalhou de 1966 a 1970, comparada a "grupo controle" de varredores, dada a escassez de estudos nessa categoria e experiência anterior do próprio autor.

Foram então calculados os clássicos coeficientes de frequência, gravidade, previstos em Portaria de 1968 do Ministério do Trabalho (MTb), e de mortalidade para ATs utilizados pela Medicina do Trabalho-Saúde Ocupacional, bem como coeficientes de incidência das doenças mais prevalentes, a esperança de vida útil média e o absentismo geral. Trabalhou-se com dados secundários colhidos de registros do Departamento de Pessoal e de prontuários médicos de Hospital do Servidor Público Municipal, onde passavam pelo exame pré-admissional, que envolvia triagem neuro-psiquiátrica, oftalmológica e ortopédica, o que demonstra o controle normativo da medicina, mesmo em categorias de trabalhadores "não diretamente produtivos". Dentre as doenças, além das afecções de pele e olho, chamou atenção a ocorrência de problemas "neuro-psiquiátricos" (3º. lugar), "explicados" pelo baixo nível sócio-econômico, sendo aqui incluído o alcoolismo. Os "outros" diagnósticos, são um espelho fiel da baixa qualidade de vida

Automobilísticas. Tese (Doutorado em Saúde Pública) Departamento de Saúde Ambiental, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 1984. 9. ALGRANTI, Eduardo *Doenças Respiratórias Associadas à Mineração de Carvão - Estudo de Coorte de 5 Anos*. Tese (Doutorado em Saúde Pública) Departamento de Saúde Ambiental, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 1991. 10. BAEZ-GARCIA Miguel Angel *Sub-notificação de Acidentes do Trabalho em Pacientes Atendidos no Hospital Universitário Antonio Pedro - Niterói, Rio de Janeiro*. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) Departamento de Saúde Pública, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 1991. 11. BUSCHINELLI, José Tarcisio Penteado *Epidemiologia das Doenças Profissionais Registradas no Brasil na Década de 80*. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) Departamento de Saúde Ambiental, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 1993. 12. SCHUMACHER, Lourdes Cunha de Pontes *Análise dos Atendimentos Realizados pelo Serviço Médico de uma Empresa Siderúrgica da Região Sudeste do Brasil, no período de abril de 1986 a dezembro de 1990*. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) Departamento de Saúde Ambiental, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 1993. 13. CORREA FILHO, Heleno Rodrigues *Percepção de Riscos na Ocupação Precedendo Lesões do Trabalho - um Estudo no Município de Campinas, São Paulo*. Tese (Doutorado em Saúde Pública) Departamento de Saúde Ambiental, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 1994. 14. GRECO, Rosângela *Cargas de Trabalho dos Técnicos Operacionais da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) Departamento de Saúde Ambiental, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 1994. 15. SILVA, Luiz Felipe *Acidentes do Trabalho com máquinas: Estudo a partir do Sistema de Vigilância do Programa de Saúde dos Trabalhadores da Zona Norte de São Paulo, em 1991*. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) Departamento de Saúde Ambiental, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 1995.

dessa população excluída, já que despontavam: anemia, verminose, Mal de Chagas, "desânimo ou desinteresse"! ⁸³

Coforme explica o autor, não se tratava de falha do aparato médico na seleção, mas de contratação que pelas circunstâncias da emergência, obrigou a um exame admissional sumário, quando então foi dado o diagnóstico de "apto condicional".

Até mesmo a neutralidade dos números dá uma demonstração cabal do "modo de andar a vida" dessa categoria, questão que não interessou ao autor, apesar dos dados que observou nas duas populações estudadas, fato mais gritante quando comparou-se com a população geral do município de São Paulo:

"O coeficiente de mortalidade para varredores e lixeiros (...) de 18 a 55 anos foi de 62,0 para os varredores e de 129,6 para os lixeiros. Para a cidade de São Paulo, o coeficiente de mortalidade bruto (...) foi de 8,77 no período de 1967 a 1969". ⁸⁴

Se nos estudos seguintes a empirismo cede lugar a uma teoria, a HND que também embasa a abordagem da Medicina Preventiva nos anos 50-60, o que chama a atenção no período 1975-78 é que somente o primeiro estudo, MENDES (1975) inova ao adotar uma análise multicausal na explicação da ocorrência dos Ats, mostrando a maior prevalência e gravidade nas pequenas fábricas, quando comparadas com as médias e grandes. ⁸⁵

Ao discutir a causalidade desses agravos autor questiona a explicação unicausal, na medida em que a

"... a causa única, [ignora] importantes fatores desencadeadores ou agravantes, que merecidamente, devem ser vistos sob uma abordagem multicausal." ⁸⁶ (grifado no original)

Adota, então, o modelo de multicausalidade que era proposto pela Epidemiologia clássica, de conformidade com a História Natural da Doença de Leavell & Clark e o "triângulo epidemiológico" construído pelas interações que entre "agente-hospedeiro-meio", se estabelecem no decurso do 'processo-doença', rompendo com a explicação dicotômica e linear de HEINRICH para explicar a ocorrência dos acidentes do trabalho, calcada no ato/condição insegura, considerada pelo autor como frágil ao delegar ao "bom senso" dos técnicos a escolha da causa fundamental dos acidentes. ⁸⁷

Das preocupações levantadas pelo autor, duas questões importantes ressaltam, do ponto de vista teórico-metodológico. A primeira refere-se à pertinente crítica ao modelo de Heinrich - largamente utilizado pela Higiene e Segurança do Trabalho - na explicação da ocorrência dos acidentes do trabalho como uma cadeia linear de eventos, de caráter unicausal, assim esquematizada:

*características inatas ou adquiridas —> falhas humanas —> atos ou condições inseguras -
—> acidente lesão,*

83. SILVA, *op. cit.*, 1973, p. 58.

84. SILVA, *op. cit.*, 1973, p. 66-67.

85. MENDES, *op. cit.*, 1975 analisa 6.310 Ats ocorridos na Grande São Paulo, de 1969 a 1974 na indústria de transformação, considerados graves pelo INPS. Estratifica sua distribuição e demonstra que concentravam-se nas pequenas fábricas (até 99 trabalhadores), as quais tinham 'risco' 3,77 vezes maior do que as grandes (500 trabalhadores e mais) e 1,96 vezes do que médias (100 a 499 trabalhadores).

86. *Idem*, *Ibidem*, p. 41.

87. Conforme HEINRICH, H.W. *Industrial accident prevention a scientific approach*. New York: Mc Graw-Hill, 1959, 480 p. 4th ed.

na qual os "atos inseguros" assumem a posição de agentes causais **diretos** dos acidentes, permitindo a culpabilização da vítima.

A segunda diz respeito à explicação encontrada na multicausalidade do modelo da História Natural da Doença, que mostra-se uma abordagem também limitada, já que não percebe nas **mediações** entre as "causas" dos acidentes e os fatores identificados como o "agente", o "hospedeiro" (trabalhador suscetível) e o "meio" (físico e sócio-cultural) e o social é **externo** à saúde/doença (acidente-lesão).

Ocorre, porém, que trata-se de tentativa que problematizar a explicação mais aceita, apontando para uma explicação que advoga o envolvimento de uma rede de relações na qual como "agente" é também considerada a tecnologia, devido ao perigo e à obsolescência das máquinas e equipamentos desprovidos de dispositivos de segurança. E, quando se trata do "hospedeiro"

"... muito mais do que aspectos puramente biológicos, geralmente familiares aos profissionais da Medicina, estão envolvidos fatores outros, nem sempre do conhecimento habitual dos médicos." ⁸⁸ (grifos nossos)

Assim, é dado peso explicativo importante à tríade da formação histórica do operariado urbano industrial: origem rural/baixa qualificação/ baixa escolaridade, o que ocasionaria um problema de **adaptação** ao ambiente industrial e de **capacitação**. Para MENDES, tais questões, de caráter multidisciplinar, seriam mais

"... pertinentes às searas das Ciências Sociais, da Pedagogia e talvez das Ciências Políticas, mas inseparáveis, quando se pretende uma abordagem multicausal, própria de profissionais da Saúde Pública." ⁸⁹ (grifos nossos)

Finalmente, quanto ao "meio-ambiente" são destacadas as precárias condições dos locais de trabalho, particularmente nas pequenas empresas, quanto ao "meio físico" com suas instalações em galpões e porões improvisados, mal-iluminados, acanhados, barulhentos, sujos. Quanto ao "meio-sócio cultural" assumem importância as origens histórico-sociais da classe empresarial paulista, suas limitações técnico-educacionais, a administração de caráter familiar, que se liga à própria industrialização capitalista do Brasil. Isto refletiria na

"... precariedade geral e [n]a ausência de atividade de segurança, faze[ndo] com que as 'condições inseguras' assumam papel de destacada relevância." ⁹⁰ (grifado no original)

Para o autor tal situação ocorreria na maioria das pequenas indústrias mais do que nas médias empresas e nelas as "condições inseguras" seriam "agentes" dos acidentes do trabalho de forma

"... não desprezível, trazendo como conclusão prática, a necessidade de essas empresas receberem a atenção de programas de assistência técnica dirigida à eliminação ou minimização das 'condições inseguras', com retaguarda financeira." ⁹¹ (grifo nosso)

Tais fatos relacionados ao "meio" e ao "hospedeiro" influenciariam também a Segurança e Higiene e Medicina do Trabalho. ⁹²

88 . MENDES, *op. cit.*, 1975, p. 50.

89 . *Idem, Ibidem*, p. 50-51.

90 . *Idem, Ibidem*, p. 46.

91 . *Idem, Ibidem*, p. 46.

92 . *Idem, Ibidem*, p. 59.

adotar uma visão articulada com outros campos, própria da "Saúde Pública" consubstanciada no diálogo com textos sociológicos de autores brasileiros clássicos como PEREIRA, CARDOSO, DUHRAM, bem como histórico-econômicos: DEAN, HOBBSBAWN, FURTADO.⁹³ Isto permite inclusive ao autor fazer críticas à política oficial que havia sido recém-adotada, anunciando sua pouca eficácia, ao exigir a obrigatoriedade de Serviços de Segurança, Higiene e Medicina do Trabalho apenas nas empresas que tivessem mais de 100 trabalhadores, abolindo a possibilidade de serviços que atendessem um "pool" de pequenas e médias empresas, desonerando seu custo de investimento em matéria de prevenção dos acidentes graves que nelas ocorriam com maior 'risco' de frequência.

Por outro lado, do ponto de vista epistemológico, o modelo teórico-metodológico adotado, isto é, a História Natural da Doença, implica num esforço que não dá conta da realidade sob estudo, comportando-se como

*"A doutrina [que] liga os indivíduos a certos tipos de enunciação e lhes proíbe, (...), todos os outros; mas [que] serve, em contrapartida, de certos tipos de enunciação para ligar indivíduos entre si e diferenciá-los, (...), de todos os outros."*⁹⁴

Assim, a explicação para os fenômenos que estuda o autor, os acidentes de trabalho, é

*"Um discurso [que] se anula, (...) em sua realidade, inscrevendo-se na ordem do significante."*⁹⁵ (grifo nosso)

De fato, do ponto de vista da abordagem epidemiológica, o estudo, ao diluir uma rede de efeitos, isto é, as determinações dos acidentes do trabalho, na fluidez das características relacionadas ao "agente-hospedeiro-meio" também descortinaria

*"... a premência de uma revisão conceitual sobre o fenômeno que incluiria uma crítica à própria metodologia epidemiológica, no sentido de possibilitar a emergência do social, em sua especificidade, na gênese do acontecimento em questão."*⁹⁶ (grifos nossos)

Como já referido, o traço comum dos dois estudos subsequentes é a abordagem mediante a História Natural da Doença (HND), com o objetivo da apreensão do diagnóstico precoce de doenças profissionais clássicas, isto é, do benzenismo e da surdez profissional.

O primeiro estudo mescla a utilização da metodologia clássica de Higiene Industrial, ao proceder inquérito preliminar de higiene do trabalho em fábricas de calçados e análise das colas utilizadas; com a da toxicologia-clínica em que avalia parâmetros de exposição ao benzeno por meio de metabólitos urinários e de efeito.

A autora, baseando-se em Leavell & Clark, afirma que o estudo da

93. Trata-se das obras de CARDOSO, Fernando Henrique *Empresário industrial e desenvolvimento econômico no Brasil*. São Paulo: Ed. Nacional, 1972. 2. ed. 248 p.; PEREIRA, Luiz *Trabalho e desenvolvimento no Brasil*. São Paulo: DIFEL, 1965. 302 p.; DURHAM, Eunice *Migração, Trabalho e Família*. Tese (Doutoramento) Faculdade de Filosofia Ciências Humanas e Letras, Universidade de São Paulo, 1966; DEAN, Warren *A industrialização de São Paulo*. São Paulo: DIFEL, 1971. 269 p.; HOBBSBAWN, Eric J. *The British Standard of Living, 1870-1950*. *Econ. Hist. Rev.*, v. 10, n. 1, p. 46-51, 1957; FURTADO, Celso *Formação Econômica do Brasil*. São Paulo: Ed. Nacional, 1972. 3. ed. 248 p.

94. FOUCAULT, *op. cit.*, 1996, p. 43.

95. *Idem*, *Ibidem*, p. 49.

96. AROUCA TAMBELLINI, *op. cit.*, p. 110.

"... *presença de benzeno nas colas, a manipulação destas colas (...) e a análise do fenol urinário [é] suficiente para caracterizar pelo menos o período pré-patogênico da História Natural da intoxicação crônica pelo benzeno.*" ⁹⁷ (grifos nossos)

Trata-se de uma afirmação que **naturaliza** e "absolve" as condições de trabalho que, vistas numa perspectiva **histórica sincrônica**, quando comparada com outros países, apontaria a inadmissibilidade da presença e da manipulação de benzeno em colas e, mesmo **diacrônica**, na medida em que no Brasil, no início dos 80, foi **proibida** a presença de benzeno em colas, em concentração acima de 1%, dado seu comprovado efeito **cancerígeno**, sobejamente conhecido há muitos anos. ⁹⁸

Dado que as condições de trabalho são consideradas **imutáveis** conforme apontado nos inquéritos de higiene do trabalho, nas quais os trabalhadores estavam expostos **continuamente** ao benzeno e **intermitentemente** nos domicílios, com exposição também de seus familiares, parece **não** haver novidade nas conclusões da pesquisa, em que os expostos tinham indicadores urinários de exposição que diferiam **significativamente** da média do grupo não-exposto, situando-se

"... *no período pré-patogênico da História Natural da Intoxicação Profissional pelo benzeno, segundo a linguagem de LEAVELL & CLARK.*" ⁹⁹ (grifo nosso)

Ou seja, tanto os indicadores clínicos como toxicológicos são apenas a demonstração **biológica** do que acontecia ao nível das relações sociais de trabalho nas empresas de calçados analisadas, representando o incômodo registro do eticamente questionável controle biológico da exposição, em que os trabalhadores são verdadeiras cobaias humanas.

Quando avalia o significado das alterações hematológicas encontradas na população estudada e consideradas paradoxais, autora refere que

"*Suspeita-se que tal comportamento deve-se à alta prevalência de endemias parasitárias, mascarando-se ou superpondo-se assim, aos efeitos (...) da exposição ao benzeno. Apesar disso, foram encontrados alguns 'casos de alerta' de intoxicação por benzeno.*" ¹⁰⁰ (grifos nossos)

Não estaria esta suspeição do parasitismo, que de resto poderia ter sido cabalmente descartada mediante realização de singelos exames clínico-laboratoriais, exercendo o **mesmo** papel que anos depois, em vista da verdadeira epidemia de benzenismo em trabalhadores na Siderúrgica COSIPA, ocorrida a partir de 1982, procurou-se imputar à cor da pele negra de muitos dos trabalhadores acometidos pelas mesmas alterações hematológicas, numa tentativa de descaracterizar o nexos ocupacional da doença? ¹⁰¹

É também de uma investigação epidemiológica de corte **transversal** aquela que vai abordar a epidemiologia da surdez profissional, em uma grande indústria metalúrgica, utilizando-se do viés da História Natural da Doença, para levantar as

97 . *Idem, Ibidem*, p. 29.

98 . Conforme WAKAMATSU, em relação às colas analisadas, quanto à concentração de benzeno em sua composição "... 35.5% (...) continham mais de 1%, das quais 9,7% continham mais de 5% ... as chamadas 'colas-benzina', vulgarmente conhecidas por 'cola fraca.'" (op. cit., p. 38) (grifos nossos)

99 . WAKAMATSU, *op. cit.*, p. 71.

100 . *Idem, Ibidem*, p. 72.

101 . Ver a respeito REBOUÇAS et al., *op. cit.*, parte II, 1989.

"... perdas auditivas de 838 trabalhadores de uma indústria da Grande São Paulo, expostos *profissionalmente* a (...) ruídos excessivos ... Comprovou-se *estatisticamente a associação* entre perdas auditivas dos empregados e exposição profissional a ruído excessivo, ao nível de *significância* de 0,1% ... 19,9% é o *risco atribuível* à exposição profissional a ruído excessivo, ou seja, é o *risco de Surdez Profissional*." ¹⁰² (grifos nossos)

A par de um discurso tautológico, aqui transparece a pretensa **comprovação** estatístico-probabilística do dano, o que expressa o conceito de risco (probabilístico), em condições **sabidamente** geradoras de perdas auditivas, já que havia presença de ruído **excessivo**.

Conforme aponta BREILH (1994)

"Existen efectivamente riesgos en un centro laboral, pero no cubren la totalidad de los procesos determinantes. La *organización y división del trabajo* que se cumple en una fábrica automotriz con línea de montaje, por ejemplo, *no es cubierta adecuadamente* por el concepto de *riesgo* porque constituye un proceso determinante de carácter *necesario y permanente* y *no un simple peligro contingente o probable* ..., el uso de la palabra *riesgo* en el contexto convencional está fuertemente asociado a una *noción restrictiva y estática* de los elementos nocivos del trabajo." ¹⁰³ (grifos nossos)

A aceitação da imutabilidade e de reprodução das condições de trabalho nas outras empresas metalúrgicas do Estado de São Paulo, permite inclusive ao autor **estimar**

"... em 39.625 o número de casos de Surdez Profissional nos 556.200 trabalhadores metalúrgicos do Estado de São Paulo, no ano de 1973, dos quais 6.969 apresentariam deficiência para a comunicação oral." ¹⁰⁴

Assim, aplicando a História Natural da Doença para o estudo de seu objeto, o autor também transita pelas características do "agente" ruído; do "hospedeiro" trabalhador e do "meio-ambiente" local de trabalho, constatando que as fases da doença partem inicialmente de uma situação idealizada, na medida em que descarta dos efeitos não auditivos do ruído. Assim, há

"... um equilíbrio entre o ruído e o trabalhador... Eles coexistem e o estímulo é insuficiente para desencadear alterações auditivas ... [no] período de patogênese ... observa-se a *ruptura do equilíbrio*, (...), os estímulos desencadeiam distúrbios (...) que se traduzem por perda da audição." ¹⁰⁵

DEJOURS (1986) refere que a saúde não é um estado, existindo sempre uma dinâmica "disputa" para restabelecê-la entre fatores nocivos, fatores saudáveis e defesas do organismo, visando um outro patamar de saúde e de vida (ou não). ¹⁰⁶

Esta visão implica na historicidade que, por referência às lesões provocadas pelo trabalho tem que considerar a dinâmica das forças produtivas, o que está interdito pelo discurso contido na abordagem da HND. Daí porque aplicar-se as medidas preventivas de conformidade com as fases evolutivas da HND cabendo, assim, medidas de prevenção mesmo após a detecção da doença ou lesão. Tal estratégia seria

102. PEREIRA, *op.cit.*, p. X.

103. BREILH, *op. cit.*, 1994, p. 98.

104. *Idem, Ibidem*, p. X.

105. *Idem, Ibidem*, p. 21.

106. Ver a respeito DEJOURS, Christophe Por um novo conceito de saúde. *Rev. Bras. saúde ocup.*, v. 14, n. 54, p. 7-11, 1986.

inaceitável, particularmente quando se trata de problemas de saúde ocupacional classicamente conhecidos e cujas medidas de controle são perfeitamente aplicáveis e eficazes. Por isso, parecerem inquietantes os objetivos específicos do estudo, isto é,

"Desenvolver um método de avaliação dos audiogramas, que seja simples, prático e atenda às necessidades de um programa de proteção auditiva.

"Determinar parâmetros de prevalência e estimativas de risco profissional na empresa estudada, projetando-os para os metalúrgicos de São Paulo." 107

A inquietação exacerba-se na medida em que, conforme aponta o autor, médico do trabalho da própria indústria sob estudo à época, chamava a atenção a presença de ruído intenso na fábrica. 108

Dá ser perfeitamente previsível o resultado e mesmo dispensáveis os testes estatísticos realizados que revelaram, "naturalmente", a confirmação estatística da hipótese pela qual a exposição a ruído excessivo era associada à Perda Auditiva Induzida por Ruído (PAIR) na população estudada. 109

Como resultado, propõe-se um método simples para a detecção das PAIRs, o que seria estratégico para a atuação normativa e controladora da MT, já que é

"... aplicável à maioria das grandes empresas, desde que disponham de audiometria na admissão e nos exames periódicos. Isto viabiliza (...) estudos epidemiológicos mais amplos ... [em] muitas empresas do ramo metalúrgico da Grande São Paulo ... [o] acompanhamento de trabalhadores expostos a ruído excessivo, bem como para detecção de perdas auditivas (...), em estágios precoces de Surdez Profissional, (...) antes [das] deficiências para a comunicação oral ... " 110 (grifos nossos)

Os achados do estudo, "naturalmente" esperados de perdas auditivas na maioria dos trabalhadores da produção dessa grande metalúrgica de São Paulo são acompanhados da propositura de realização de audiometrias nos exames admissionais, periódicos e da definição de critérios de classificação dos graus de perda. Na prática isto representou um mecanismo de controle e marginalização da força-de-trabalho, já que pela HND da Surdez Profissional, o reconhecimento da fase irreversível da lesão auditiva passou a funcionar como critério não de acompanhamento, mas de seleção dos mais hígidos e de dispensa dos acometidos. 111

Data de 1979 apresentação de pesquisa epidemiológica relativa à prevalência no Brasil de uma das doenças profissionais mais antigas e conhecidas: a silicose. Sua apreensão dá-se com o auxílio do depoimento dos doentes de tuberculose pulmonar e internados em hospitais de fisiologia de São Paulo, Minas Gerais e Rio de Janeiro, entre os quais identificou-se prováveis casos de silicose e casos confirmados,

107 . PEREIRA, *op. cit.*, p. 32.

108 . *Idem, Ibidem*, p. 34.

109 . *Idem, Ibidem*, p. 83.

110 . *Idem, Ibidem*, p. 86 e 89.

111 . Ver a respeito AZEVEDO, Alice Penna de, OKAMOTO, Vilma Akemi e BERNARDI, Renata Cristina. Considerações sobre ruído: riscos, patologia e prevenção. In: COSTA, Danilo Fernandes et al. *Programa de Saúde dos Trabalhadores - A Experiência da Zona Norte: uma alternativa em Saúde Pública*. São Paulo: HICITEC, 1989. p. 83-155 e KUCINSKI, Bernardo, CARDOSO, Fátima Cristina e TONI, Graciliano. Outras Histórias de Morte Lenta - Volkswagen A Luta Contra o Ruído. In: REBOUÇAS et al. *Insalubridade-Morte Lenta no Trabalho*. São Paulo: DIESAT/OBORÉ, 1989. p.203-206.

quando então estima-se em 20.000 o número de silicóticos na Região Sudeste e 30.000 no Brasil.¹¹²

Autor chama a atenção, pelos dados coletados, que a silicose deve ser considerada como

"... 'problema de *Saúde Pública*' de elevada relevância, e (...) merece receber dos órgãos responsáveis pela *Saúde Ocupacional* em nosso país atenção prioritária que conduza à prevenção efetiva de sua ocorrência."¹¹³ (grifos nossos)

Aqui cabe uma digressão para ratificar e destacar o que foi apontado em capítulos anteriores, isto é, o fato de no Brasil os órgãos oficiais de Saúde Ocupacional - fiscalização, normatização e atendimento a trabalhadores - estarem fora do Setor Saúde. Assim, haveria um divórcio entre as questões consideradas de Saúde Pública relacionadas com o trabalho e os órgãos responsáveis pela Saúde Ocupacional, vinculados ao Setor Trabalho e Previdência Social. Daí resultar que mesmo a comprovação "científica" de problemas de saúde que acometem trabalhadores em função de seu trabalho, configurando-os como "de Saúde Pública", pouco contribuem em termos de políticas sanitárias eficazes de controle.

Isto posto, é importante frisar que o flagelo da silicose somente se transformou em questão com maior visibilidade social, a partir do momento em que sindicatos de trabalhadores passaram a denunciar seu impacto morbigênico e altamente incapacitante em categorias como ceramistas, vidreiros, mineiros e metalúrgicos no final dos anos 70. A realização da I Semana de Saúde do Trabalhador (I SEMSAT), em maio de 1979 cujo tema foi *Poeiras e Doenças Pulmonares*, com ênfase na silicose foi motivada pela ação do Sindicato de Ceramistas de Jundiaí, o qual há 10 anos vinha assistindo trabalhadores que adoeciam de silicose nas indústrias de cerâmica daquele município paulista, para garantir-lhes benefícios da Previdência Social.¹¹⁴

A pesquisa sobre silicose contribui para inseri-la nessa perspectiva histórica, na medida em que parte de um levantamento histórico-bibliográfico da literatura publicada no Brasil. Contribui ainda para a apreensão de determinações outras que estudos sobre essa temática, cuja abordagem insere-se na linha da **Higiene do Trabalho** e que são divulgados já na década de 30, evidenciavam apenas na atividade de mineração aurífera em Minas Gerais o que se acentua, agora do ponto de vista político-social nos anos 40. Apesar do incipiente envolvimento do movimento sindical com a questão, em 1942 o Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio nomeia uma comissão de médicos para reavaliar o problema, atendendo reivindicação dos sindicatos mineiros da região.¹¹⁵

Conforme observa o autor, a comissão elabora o levantamento técnico "*Condições de Trabalho nas Minas de Ouro*", que é publicado no Boletim do Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio (MTbIC). Estes levantamentos representam exemplos pioneiros da abordagem da Higiene do Trabalho, agora adotada como política oficial daquele Ministério durante o Estado Novo, sendo o *Boletim* o veículo que os divulga entre 1936-45, denotando uma febril atividade do Ministério, criado em 1930, como elemento de legitimação do governo federal, neste campo, frente a alguns setores empresariais de

112 . MENDES, *op. cit.*, p. 51-52.

113 . *Idem, Ibidem*, p. 53.

114 . Conforme RIBEIRO & LACAZ (orgs.), *op. cit.*, 1985.

115 . MENDES, *op. cit.*, 1979, p. 9.

capital estrangeiro e a sindicatos como dos mineiros que através da Clínica Tisiológica da Caixa de Aposentadorias e Pensões de Minas Gerais denunciavam a ocorrência da silicose entre seus associados. ¹¹⁶

Frise-se que, de certa forma os estudos realizados pelo MTbIC no setor de mineração, há mais de 150 anos dominado no Brasil pelos interesses do capital inglês, servem de referência para a definição das intervenções do Estado no campo da Higiene do Trabalho, num momento em que a industrialização ainda engatinhava.

O levantamento histórico também permite apreender a atuação de outro organismo - já citado no capítulo 1 - articulado aos órgãos oficiais e que teve importância fundamental no desenvolvimento da Higiene Industrial no Brasil a partir dos anos 40, através dos **inquéritos preliminares**, metodologia muito em voga naquele tempo. Tal estratégia faz com que

"A Saúde Ocupacional na atividade extrativa retorne à literatura científica brasileira em 1959, com a publicação do Relatório de Inquérito Preliminar de Higiene Industrial nas Minas de Carvão do Brasil, (...) da Fundação de Serviços Especiais de Saúde Pública." ¹¹⁷ (grifo nosso)

Instigado pelo levantamento histórico da literatura autor objetiva recolocar a questão da ocorrência de silicose no Brasil em termos da sua real importância a nível nacional, através do estudo epidemiológico, no qual articula-se outra disciplina.

Assim, baseado em informações indiretas fornecidas pelos inquéritos de **higiene industrial** realizados em 1952 pelo SESI e em 1955 pela Fundação SESP em São Paulo e Rio de Janeiro respectivamente, e considerando a conhecida associação entre tuberculose pulmonar e silicose, o autor levanta a hipótese de que doentes com silicose e sílico-tuberculose pudessem estar internados em hospitais de tisiologia. ¹¹⁸

Das variáveis estudadas, colhidas através de história profissional, constavam: idade, naturalidade, **ocupação**, tempo de exposição na atividade. Utilizando uma abordagem clínico-epidemiológica, os 'prováveis casos' foram identificados pela história ocupacional e RX de tórax.

A par das conclusões clássicas de um estudo epidemiológico, sobre idade e sexo dos acometidos, ocupações com maior prevalência da doença, o estudo acaba fornecendo informações também sobre a **historicidade** da doença, na medida em que encontrou apenas 5,0% de estrangeiros, o que comparado com o achado de estudos realizados 20 anos antes - 43,4% e 29,6% - era um reflexo do surto de industrialização do país e da necessidade de mão-de-obra nos anos 20 e 30. ¹¹⁹

A título ilustrativo é importante frisar que o achado da atividade de fabricação de cerâmica como a de maior 'risco', pela porcentagem de casos com menos de 5 anos de exposição, corrobora as denúncias públicas feitas no mesmo ano, 1979, pelos sindicatos dos ceramistas durante a realização da I Semana de Saúde do Trabalhador, promovida pela Comissão Intersindical de Saúde do Trabalhador (CISAT) no mês de maio daquele ano.

116 . Cf. MENDES, *op. cit.*, p. 12.

117 . *Idem Ibidem*, p. 17.

118 . *Idem, Ibidem*, p. 23.

119 . Cf. MENDES, *op. cit.*, p. 39. A propósito da força-de-trabalho nos anos 30 e sua cooptação pelo Estado ver SILVA, Zélia Lopes da *A Domesticação dos Trabalhadores nos anos 30*. São Paulo: Marco Zero, 1990. 151 p.

O uso da "linguagem" epidemiológica para a análise do polêmico tema do absentismo-doença em indústria têxtil é o domínio do estudo apresentado no final dos anos 70, mais precisamente em 1980, numa abordagem que volta a privilegiar a experiência do autor retomando o empirismo pela carência de uma base teórica explícita.

Conforme propõe o autor, decano da Medicina do Trabalho, tratava-se de buscar a "prevenção" do absentismo-doença (A-D) pela realização de

*"... estudos epidemiológicos bem conduzidos, [para] conhecer as diversas variáveis que afetam tal fenômeno: sexo, idade, estado civil, turnos de trabalho, dia da semana, fatores psicológicos e causas de natureza médica."*¹²⁰ (grifos nossos)

Mesclando variáveis de caráter biológico-natural e social procurava-se um efetivo controle "bio-social" das "causas" do absentismo, pelo registro completo das ausências motivadas por doença, na esteira da real preocupação e das atribuições assumidas pela Medicina do Trabalho-Saúde Ocupacional, conforme padronização de registro de A-D proposta no ano de 1957 por entidade internacional de SO e simplificado em 1972.¹²¹

O estudo foi realizado numa grande indústria têxtil do município de São Paulo, da qual o autor era médico responsável pelo Serviço de Medicina do Trabalho, por ser ela a única que adotava o modelo proposto.

Tratava-se de fazer o acompanhamento de uma "coorte" de trabalhadores, admitidos em 1970, pelo período de 5 anos, utilizando técnica que superasse as defecções por dispensa ou doença incapacitante: a tábua de sobrevivência.¹²²

Transitando por um terreno que envolve questões ético-morais e profissionais importantes, como o papel do médico na justificativa de faltas, autor desconsidera-as e encontra as condições "experimentais" ideais para a execução da empreitada, escudado numa técnica que traz sua legitimidade de um organismo internacional o que supera obstáculos que deveriam pautar uma "ética-investigativa", além de pressupor, numa postura a-histórica em relação aos usos do corpo, que a assiduidade ao trabalho decorre de um ato de volição do trabalhador, em que os constrangimentos não existem, já que

*"Para que um trabalhador se mantenha trabalhando é necessário que ele deseje (...) e que esteja em condições de fazê-lo; se uma dessas condições não existiu, ele se ausentará do trabalho."*¹²³ (grifos nossos)

A partir disso, são divididos os motivos da ausência em: falta de vontade; acidentes e doenças do trabalho e acidentes e doenças não profissionais. As ausências voluntárias

120 . NOGUEIRA, *op. cit.*, 1980, p. VII.

121 . *Idem, Ibidem*, p. VII.

122 . Frise-se que tal estratégia foi utilizado para evitar o efeito das demissões, não tendo sido adotado pelos pesquisadores estrangeiros dada a estabilidade no emprego existente. Tal procedimento demonstraria o papel que joga o Serviço de Medicina do Trabalho na identificação de doenças que interferem na produtividade, o que se acompanha da demissão a partir da interlocução Serviço e Departamento de Pessoal.

123 . NOGUEIRA, *op. cit.*, 1980, p. I.

"... refletem problemas (...) sócio-econômicos, de relações humanas no trabalho, etc.. Interessam (...) aos cientistas sociais, aos quais cabe estabelecer as normas para sua prevenção." ¹²⁴ (grifos nossos)

Não seriam tais problemas relacionados ao "mal-estar" no trabalho, hoje tão discutido pela psicopatologia, quando aborda questões psicossociais, ou pela sociologia quando detecta a recusa dos mais jovens em aceitar a organização do trabalho opressora? ¹²⁵ A mascarar esse discurso está o efetivo papel de controle da força-de-trabalho que na prática cabe aos Serviços Médicos e uma pretensa neutralidade técnica à qual comportaria definir critérios "isentos" mas que são de caráter normativo-controlista mais do que preventivo.

Apontando para a importância do tema em termos econômicos, autor comenta a necessidade mundial de obtenção de medidas/índices para a quantificação e comparação de resultados, bem como a definição de padrões e normas internacionais para estudos epidemiológicos de A-D.

As variáveis sexo, idade, estado civil, ocupação, tempo de trabalho, turno de trabalho foram consideradas para avaliar o perfil do A-D.

A par de explicações que estigmatizam as mulheres, já que seriam menos sérias no trabalho e teriam mais doenças psicossomáticas e da constatação de que os jovens faltam mais ao trabalho, é aquilo que o autor chama de "fatores psicológicos" que parece conter poder explicativo mais claro e que se relaciona com relações de poder e de organização que permeiam qualquer processo de trabalho, apesar de não ter sido identificada aqui qualquer relação de nexos.

"... A importância para o próprio trabalhador do trabalho que executa, sua capacidade de compreender seu relacionamento com este, as cargas físicas e mentais que este acarreta têm sido destacadas já há vários anos por alguns estudiosos da clínica ...[há] relação nítida entre motivação para o trabalho e o A-D ... inúmeros fatores (...) como a sensação de realização, reconhecimento (...) natureza e interesse do trabalho (...) e o próprio significado do trabalho em si mesmo. Quando tais fatores agem adversamente sobre os trabalhadores, o A-D aumenta ... [daí] a importância de se admitir (...) pessoas que não sejam apenas sadias, mas que estejam motivadas positivamente em relação ao trabalho. A estrutura emocional do trabalhador (...) desempenha papel fundamental na gênese do A-D." ¹²⁶ (grifos nossos)

Pelo exposto, a par da explicitação da estratégia que configura o Efeito do Trabalhador Sadio, parece não haver dúvida de que os chamados "fatores psicológicos" constituem uma visão funcionalista das relações sociais de trabalho, em que o controle do trabalhador sobre o próprio trabalho, a relação dialética que mantém com ele, fica mascarada e reduzida à motivação, higidez e estrutura emocional, naturalizando contradições que se estabelecem entre capital-trabalho numa realidade histórica-concreta, para o que contribui sobremaneira o aparato médico que participa da gestão da força-de-trabalho. Não é por acaso que a medicalização assume papel de relevo e toda a argumentação anterior cai por terra...

124. *Idem, Ibidem*, p. 1.

125. Ver a respeito SELLIGMAN SILVA, Edith. Crise Econômica, Trabalho e Saúde Mental. In: ANGERAMI, V. (org.) *Crise, Trabalho e Saúde Mental no Brasil*. São Paulo: Traço, 1986. p. 54-132, DEJOURS, Christophe. *A Loucura do Trabalho: estudo de Psicopatologia do Trabalho*. São Paulo: OBORÉ, 1987, OFFE, Claus. *Capitalismo Desorganizado: Transformações Contemporâneas do Trabalho e da Política*. Tradução por Wanda Caldeira Brant. São Paulo: Brasiliense, 1989.

126. NOGUEIRA, *op. cit.*, 1980, p. 24-25.

"(...) uma anamnese **rigorosa** por ocasião do exame pré-admissional pode ter algum valor **preditivo**. (...), **candidatos** (...) que **refiram frequentes ausências ao trabalho anterior por motivo de doença** poderão também apresentar **A-D aumentado no novo emprego que procuram**." 127 (grifos nossos)

Não estaria aqui sendo forjada a idéia de uma certa **propensão ao absentismo**, de conformidade com personalidades **tendenciosas** e que deveriam ser **excluídas no exame de seleção?**

Apesar de constatar a frequência dos sintomas nervosos como motivo de ausência ao trabalho, segundo apontam estudos estrangeiros referidos, sua relação com o trabalho é **abstraída** e dentro da preocupação recorrente com o **registro dos dados de absentismo**, acabam sendo pouco valorizados, mesmo porque sua **prevenção** é algo intangível ... já que quanto a problemas **psíquicos**, é a **visão fatalista** que preside a conclusão, pois faltariam **métodos** de como estudá-los e preveni-los e quando

"... **chega em assuntos dessa natureza, vamos dizer periféricos ao trabalho, não existe o que fazer**." 128

Caberia então registrar os dados objetivos de doenças claramente identificáveis pela clínica, atribuição esta do médico do trabalho, já que ao analisar o faltoso colhe dados para estudos epidemiológicos e as causas do A-D para adoção de **medidas preventivas**. 129

Causalidade esta atribuída pela abordagem epidemiológica e estatística que o médico do trabalho e o Serviço Médico de Empresa devem dominar para então aplicar, também aqui, nesse terreno **movediço**, os conhecimentos da HND na medida em que nessa sua nova utilidade

"... os estudos epidemiológicos [permitem] a **deteccção de suscetíveis ou de casos de doenças ainda na fase precoce**." 130 (grifos nossos)

Partindo da constatação de que no Brasil não existem dados fidedignos de A-D, apesar da legislação exigir a chancela do médico da empresa ou da Previdência Social para a aceitação dos atestados por falta ao trabalho, fato que permitiria condições ideais para estudos dessa natureza, autor refere que a ausência decorre da não interesse do médico pelos aspectos epidemiológicos do A-D, na medida em que só **justifica as faltas** e não se interessa pelos aspectos causais do A-D.

É necessário relativizar as afirmações acima, já que sabe-se do papel dos Serviços Médicos de Empresa no controle do absentismo. Não seriam a alta rotatividade, o exército de reserva, a baixa qualificação da força-de-trabalho, fatores que explicariam o referido "desinteresse epidemiológico", o que não corresponderia necessariamente a uma **ausência de controle pelas empresas do A-D?**

A análise aponta as doenças respiratórias, como as gripes, doenças mal-definidas, doenças do aparelho digestivo como as enterites, do sistema nervoso e ósteo-articular, isto é, artrites e espondilites, como as maiores "causas" de A-D. Autor não as

127. *Idem, Ibidem*, p. 31.

128. Conforme entrevista gravada concedida ao autor em 13/06/1994 por E, médico e professor universitário aposentado.

129. NOGUEIRA, *op. cit.*, 1980, p. 45.

130. *Idem, Ibidem*, p. 39.

relaciona com o trabalho desenvolvido na fábrica têxtil, onde se sabe existir prevalência importante de doenças respiratórias alérgicas, tendinites e tenossinovites, configurando a Lesões por Esforços Repetitivos. Por outro lado, a necessidade de um controle fora do trabalho está implícita, já que a maior frequência de faltas no início da semana, acaba por incriminar o uso que se faz do "tempo-livre", (o que pode esclarecer o não-dito por certa visão que propõe relacionar a Saúde do Trabalhador às atividades também fora do trabalho), pois nos fins de semana há excessos alimentares e extravagâncias de exposição ao sol, etc..¹³¹

Conclui-se, de conformidade com a visão clássica da Medicina do Trabalho, quanto ao nexa entre morbidade e trabalho, que tais agravos à saúde decorrem de razões outras que não as ligadas diretamente ao trabalho, permanecendo como conclusão a neutra e funcional constatação de que o estudo constituiu-se na demonstração de um instrumento para melhor conhecer a

*"... aplicação correta da metodologia epidemiológica ao problema do A-D... no Brasil e para solucioná-lo devidamente para benefício do trabalhador e, conseqüentemente do empregador e do país."*¹³² (grifos nossos)

Nos anos 80, datam de 1984 outros dois estudos epidemiológicos: um que abordou condições de saúde e trabalho de trabalhadores em operações de soldagem em indústria metalúrgica e, outro, o A-D e acidentes do trabalho em trabalhadores da indústria automobilística.

O primeiro deles é um estudo **quali-quantitativo** que associa uma análise quantitativa transversal sobre riscos de doenças profissionais e acidentes do trabalho em operações de soldagem e retrospectiva-longitudinal relativa a doenças gerais e afastamentos do trabalho, (dificultada pela rotatividade e coleta de dados de prontuários); com uma análise qualitativa sobre condições de vida e trabalho, comparando com alguns procedimentos estatísticos, duas populações de trabalhadores de funções diferentes: soldadores e prensistas.

Elaborado dentro dos cânones da Saúde Ocupacional, apesar de intitular-se *Saúde do Trabalhador em Operações de Solda*, utiliza os pressupostos da História Natural da Doença, para pensar a prevenção, conforme os níveis propostos por Leavell & Clark, em **primária**: educação, medidas coletivas e individuais, exame médico admissional, habitação, transporte e o incentivo à participação sindical; **secundária**: exame médico periódico para detecção precoce de lesão. Ocorre que acaba extravasando tal domínio para incorporar questões relativas à qualidade de vida a partir de questionário-depoimento dos trabalhadores sobre sua formação profissional, percepção da realidade de trabalho, incluindo ritmo, fadiga nos turnos, tipos de riscos e proteção; hábitos, estado civil, número de filhos, moradia e alimentação, aos quais autor denominou "**aspectos sócio-econômicos**".

Assume-se, então, questões até então não presentes no universo de preocupações da SO como a participação dos trabalhadores para o êxito da prevenção e do processo de educação sanitária, visando a mudança de "**atitudes, hábitos e comportamentos**"; ao lado de reiterar a necessidade de atuação multidisciplinar em SO já que utilizou medições de concentrações de produtos químicos no ambiente, exames

131 . *Idem, Ibidem*, p. 186.

132 . *Idem, Ibidem*, p. 216-217.

toxicológicos e se propunha a pensar medidas de controle de riscos químicos, físicos, mecânicos e ergonômicos aqui incluídos a organização e os métodos de trabalho. A par de uma visão da multidisciplinaridade como o olhar **diferente** de várias "disciplinas" sobre o **mesmo** objeto, conservando suas especificidades, fica a ação em saúde do trabalhador compreendida como algo que é **externo** ao próprio trabalhador, ¹³³ já que

*"O controle de saúde dos trabalhadores, talvez seja um dos exemplos mais representativos do caráter **multidisciplinar** da Saúde Ocupacional, pois somente poderá ser executado com êxito, através da participação de profissionais de várias áreas de conhecimento."* ¹³⁴ (grifos nossos)

De certa forma influenciado pelo discurso da OIT e OMS quanto à **participação** dos trabalhadores nas questões de saúde no trabalho, procura recolocar o papel da Saúde Ocupacional, dando voz ao trabalhador no momento de colher informações para analisar os aspectos educativos, de qualidade de vida e trabalho, enfim do estilo de vida, que podem contribuir para a redução da produtividade. Assim,

*"... para que qualquer programa de **modificação** de atitudes, hábitos e comportamentos surta o efeito desejado, é imprescindível a **participação** dos trabalhadores ... por participação entende-se o envolvimento integral no programa, desde o planejamento até a avaliação de resultados com ampla discussão, incluindo análise de riscos, utilização de EPI, resultados de avaliações médicas, medidas preventivas ..."* ¹³⁵ (grifos nossos)

Esta participação radical aqui advogada, na verdade é interdita pelas relações capital-trabalho nas empresas e foi este nível profundo de participação que os trabalhadores e seus sindicatos conquistaram em sua relação com a Saúde Pública quando da implantação dos PSTs em meados dos 80.

O outro estudo referente ao A-D e acidentes do trabalho na indústria de automóveis do ABC, concentra suas atenções sobre os trabalhadores em regime de turnos, na perspectiva de "*prevenção do absentismo e dos acidentes do trabalho*", enfocando seus efeitos para o bem-estar não apenas do ponto de vista do olhar médico, como observado em estudo anteriormente citado (NOGUEIRA, 1980), mas agora apontando para a importância dos aspectos organizacionais do trabalho e para a **adaptação** obtida em geral com **prejuízos** à saúde, o "mal-estar" do trabalho apontado pela Psicopatologia do Trabalho. São citados autores que afirmam não ser o A-D "*sintoma de morbidade*" mas reflexo de fatores de **estres**, que seriam tacitamente aceitos, na medida em que

"... nas linhas de montagem (...) [existe] falta de autonomia dos trabalhadores. Os efeitos imediatos do 'stress' ocupacional podem ser medidos em termos de (...), ausências, conflitos, (...), greves ..." ¹³⁶ (grifos nossos)

133. Conforme refere COHN (1991) em vários estudos denominados de Saúde do Trabalhador "... a externalidade do social é assumida como assente até mesmo quando se define a área como Saúde do Trabalhador ... a externalidade do social como uma dimensão explicativa tem por consequência entender os riscos do trabalho como um fenômeno mensurável de seus efeitos, o que significa assumir uma dimensão instrumentalista da relação homem-máquina, e portanto assumir a ênfase na intervenção preventiva ..." Ver COHN, Amélia A Produção de Pesquisa em Saúde e Trabalho no Brasil. Uma Breve Reflexão. In: *Anais*. 1º. Seminário Nacional de Saúde e Trabalho (SENAST). Ribeirão Preto-SP, 5-7 de novembro de 1990. Ribeirão Preto: Núcleo de Estudos sobre Saúde e Trabalho. EERP-USP, 1991. p.59-73.

134. GOMES, *op. cit.*, 1984, p. 4.

135. *Idem*, *Ibidem*, p. 34 e 117.

136. FISCHER, *op. cit.*, 1984, p. 2.

"As ausências seriam as respostas ao desconforto, a fatores intrínsecos ao trabalho; representariam comportamentos adaptativos frente a situações, hábitos, normas, problemas situacionais. [Daí] uma auto-seleção dos próprios trabalhadores em turnos ... culminando em maior motivação para comparecer ao trabalho. " ¹³⁷ (grifos nossos)

Assim, colocado num "entroncamento", o controle do absentismo vai pautar-se pela discussão da adaptação ao trabalho e pelo efeito do trabalhador sadio expressado pela auto-seleção e pela "preditiva" triagem médica dos mais adequados.

Se, quanto às relações entre A-D aqui incorporam-se explicações que avançam além da medicalização do fenômeno; quando analisa os acidentes do trabalho no trabalho em turnos autora utiliza um refinamento do modelo da HND para explicá-los.

Assim, os aspectos ligados ao "hospedeiro" e que mascaram a propensão antes tão explícita, seriam

"... atributos (...) pessoais como sexo, idade, experiência de trabalho, (...), consumo de álcool, deficiências sensoriais, doenças, desajustamento psico-social, problemas de sono." ¹³⁸ (grifos nossos)

Aqui, também advoga-se a atuação médica que vai assumir seu característico papel normativo, contribuindo com uma pretensa neutra análise de fatores

"... objetivos, tais como: análise de ritmos circadianos, avaliação médica dos candidatos, (...), a aplicação de testes de personalidade para detectar (...) dificuldades para o futuro trabalhador em turnos." ¹³⁹ (grifo nosso)

E, para tratar destas questões, "novas" ferramentas são incorporadas ao instrumental existente, a partir da **cronobiologia** e dos seus estudos a respeito de **ritmos biológicos** e **desempenho**. A distribuição "biologizada" dos acidentes de trabalho nos turnos de 24 horas seria então resultado de "velhas" explicações da fadiga e da monotonia às quais se somariam "novos" fatores como a temperatura do corpo, liberação de hormônios e eliminação de seus metabólitos. ¹⁴⁰

Mas existe, por outro lado, uma constatação geral de caráter político, que se sobrepõe a tudo isso, isto é:

"Os esquemas de horários, fixação ou rodízio das turmas que trabalham em turnos são instituídos a partir de necessidades das (...) empresas (...), baseados em pressuposições por parte da gerência dos setores envolvidos ... [e] raramente estão de comum acordo com os trabalhadores e (...) seus interesses." ¹⁴¹

A partir disso, é à abordagem científica **positiva** que se recorre para uma análise sobre as **causas** que levam à ausência, para estabelecer proposições a partir de **dados concretos** e não de suposições. ¹⁴²

Trata-se, então, de estudo longitudinal retrospectivo, com observação que durou 24 meses, para avaliar variáveis que influem na ocorrência de faltas e acidentes do

137 . *Idem Ibidem*, p. 35.

138 . *Idem, Ibidem*, p. 50.

139 . *Idem, Ibidem*, p. 30.

140 . *Idem, Ibidem*, p. 52.

141 . *Idem, Ibidem*, p. 67.

142 . *Idem Ibidem*, p. 67.

trabalho, em atividades sob diferentes esquemas de trabalho, em turnos em 3 indústrias automobilísticas da Grande São Paulo, no setor de estamperia de prensas pesadas.

Considerou-se que as três fábricas tinham condições comparáveis quanto a: assistência médica; serviço de segurança e medicina do trabalho com bons esquemas de prevenção de acidentes do trabalho, que aparentemente têm essa finalidade exclusiva.

Os dados de A-D e ATs foram coletados dos arquivos das secções de pessoal, serviços médicos e cartão de ponto, visando levantar ausências por doenças e injustificadas, tendo-se como **variáveis independentes**: renda, idade, estado civil, número de dependentes, grau de instrução, função, data de admissão e demissão, tipo de turno e horário de trabalho. As variáveis-resposta (dependentes) estudadas foram calculadas a partir da metodologia já utilizada por NOGUEIRA (1980), com adaptações devido a alta rotatividade dos trabalhadores e às diferentes durações de jornada e dias trabalhados, em função dos esquemas de turno utilizados. Foram feitos testes estatísticos de regressão múltipla e análise de variância.¹⁴³

Observa-se aqui um refinamento maior no tratamento estatístico dos dados coletados em relação ao estudo "fundador" de NOGUEIRA (1980), o que em geral vai caracterizar os estudos epidemiológicos subsequentes do Departamento de Saúde Ambiental da Faculdade de Saúde Pública da Usp, como será comentado adiante.

Premido pela conjuntura político-social na qual inseriu-se, isto é, 01/07/73 a 30/06/75 - em que imperava a alta rotatividade de mão-de-obra, repressão, elevados ritmos de trabalho, horas-extras - e que procurava abordar, o estudo avaliou apenas uma parcela dos indivíduos que permaneceu nos 24 meses de observação, tendo constatado que o número de faltas injustificadas superou em muito o de faltas por doença, predominando nos mais jovens.¹⁴⁴

Nenhuma palavra merece a realidade social que envolveu o período em que o estudo realizou-se, tão bem discutida por SINGER (1976), nem as contribuições de estudos sobre a resistência ao trabalho massificante e embrutecedor.¹⁴⁵

A explicação encontrada para o absentismo maior dos jovens, desconhece toda a discussão desenvolvida nos países de capitalismo central como a Alemanha, onde se observou uma repulsa ao trabalho dos jovens, sob formas de organização do trabalho repressivas, anti-autonomistas e embotadoras da criatividade, conforme aponta OFFE (1989), resvalando para o "perfil" psicológico:

*"... menor responsabilidade e encargos familiares, até a facilidade de obter um emprego melhor ... Em época de pleno emprego, como foi no caso desta investigação, era de se supor que as decisões em comparecer ou não ao trabalho, tivessem menor influência que nos dias atuais (1984)..."*¹⁴⁶

As conclusões do estudo, limitadas pela abordagem utilizada, todas de caráter descritivo, não avançam em possíveis explicações.

143 . *Idem, Ibidem*, cf. p. 84.

144 . *Idem, Ibidem*, cf. p. 104 e 108.

145 . Ver SINGER, Paul *A crise do 'Milagre'*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1976. Ver ainda GORZ, André (org.) *Crítica da divisão do trabalho: textos de Karl Marx ...* [et al.] Tradução por Estela dos Santos Abreu. São Paulo: Martins Fontes, 1980. 248 p. (Novas Direções) Tradução de Critique de la division du travail.; OFFE, Claus, op. cit., 1989 e MATOS, Olgária, op. cit., 1982.

146 . FISCHER, op. cit., p. 129-130.

Nos anos 90, os estudos epidemiológicos apresentados transitam do "classicismo" que retoma a investigação de doenças pulmonares em atividades de mineração do carvão; passando pela análise da subnotificação de ATs e por Sistema de Vigilância a partir de um Programa de Saúde do Trabalhador; bem como pela análise dos registros de DPs no país nos anos 80; até chegar a estudo de caráter **quali-quantitativo** em que se privilegia a **percepção** e a **opinião** dos trabalhadores sobre episódios acidentais no trabalho e, por último, chega-se a uma pesquisa **qualitativa** que avalia a percepção dos trabalhadores sobre as próprias condições de trabalho que enfrentam, aproximando-se da Epidemiologia Social conforme propõe a Escola da Medicina Social Latinoamericana. ¹⁴⁷

Assim, em 1991, é apresentado um estudo "*transversal e prospectivo*" com uma coorte de mineiros de carvão de Santa Catarina, sobre importante problema de saúde coletiva desse grupo de trabalhadores, no qual avaliou-se clínica e laboratorialmente, dentro dos parâmetros da Medicina do Trabalho-Saúde Ocupacional os efeitos pulmonares da exposição no trabalho em subsolo, mediante análise descritiva e medidas de associação, variância e modelos de regressão logística e linear. Concluiu-se pela necessidade de melhorar as condições de trabalho nas minas de carvão dada a alta incidência de doença pulmonar dos mineiros, quando era comparada com outros países. ¹⁴⁸

Quanto às recomendações, autor acaba fazendo eco às experiências programáticas em Saúde do Trabalhador, ao propor que os serviços de saúde assumam o acompanhamento de **todos** os mineiros, numa perspectiva que se aproximaria dos PSTs existentes, ressaltando que

"Hoje, dentro das organizações de trabalhadores, há um interesse específico voltado para o acompanhamento da implantação de programas de Saúde Ocupacional adequados para a realidade nacional." ¹⁴⁹ (grifo nosso)

Data ainda de 1991 estudo que retoma a temática dos Acidentes do Trabalho (ATs) numa outra perspectiva, no qual se faz a **revisão** dos Boletins de Emergência do período de 1987-1989, num Hospital Universitário que era o único a atender acidentes na cidade de Niterói. Evidenciou-se uma clara sub-notificação dos ATs que atingiu 63%, os quais foram classificados como "**acidentes auto-intitulados**" (AAI).

Quanto às variáveis analisadas, foram aquelas classicamente consideradas em estudos epidemiológicos: sexo, idade, ocupação, ramo de atividade, causa e local da lesão, data do atendimento, sendo observado uma frequência importante de acidentes em crianças que trabalham, com menos de 14 anos. No caso da ocupação, autor levanta um problema que diz respeito à **identidade** do trabalhador numa situação de mercado-de-trabalho onde a ausência de vínculo toma um vulto importante, como no caso da precarização do trabalho hoje tão discutida, já que os empregados no setor informal apresentam dificuldade em identificar sua ocupação. ¹⁵⁰

147. Conforme refere GONÇALVES (1990, p. 63) a "...Epidemiologia, (...) por razões derivadas de suas próprias peculiaridades oferece atualmente oportunidades para um exame muito fértil de seus pressupostos, métodos e aplicações, de tal forma e com tal intensidade que se pode dizer que não há uma, mas várias epidemiologias." Ver GONÇALVES, Ricardo Bruno Mendes Reflexão sobre a articulação entre a Investigação Epidemiológica e a prática médica a propósito das Doenças Crônicas Degenerativas. In: COSTA, Dina Czerina (org.) *Epidemiologia. Teoria e Objeto*. São Paulo: HUCITEC-ABRASCO, 1990. p.39-86.

148. ALGRANTI, *op. cit.*, 1991, p. 152.

149. *Idem, Ibidem*, p. 155.

150. *Idem, Ibidem*, p. 21.

Autor conclui que para os ATs, conforme evidências já apontadas em várias oportunidades e em vários momentos, os mecanismos de notificação são insuficientes para conhecimento de sua morbi-mortalidade.¹⁵¹

Apesar de tratar-se de estudo bastante singelo e que adota uma abordagem epidemiológica clássica, inserindo-se na SO, observa-se que autor incorpora como referências uma série de textos de autores "filiados" à corrente da Medicina Social Latinoamericana, dentre eles POSSAS (1981), FARIA et al. (1983), NUNES et al. (1985), RIBEIRO & LACAZ (1985) e LAUREL & NORIEGA (1989), o que estaria a demonstrar uma maior "permeabilidade" do Departamento de Saúde Ambiental da Faculdade de Saúde Pública da Usp a esta "Escola" e também uma maior difusão e visibilidade da sua produção científica, hipótese que vai se configurar quando analisa-se alguns estudos posteriores.

No ano de 1993 é apresentado estudo que analisa o comportamento das Doenças Profissionais (DPs) no Brasil na década anterior, a partir de dados da Previdência Social, através de uma abordagem epidemiológica descritiva, comparando a tendência evolutiva dos coeficientes de incidência.

Frise-se que esta temática não havia sido motivo de interesse até então em consequência, provavelmente, da "indigência" das estatísticas brasileiras, aparecendo neste estudo acoplada à discussão que também é objeto da presente tese, ou seja, a implantação dos serviços de saúde do trabalhador e a própria organização dos trabalhadores, numa prática discursiva cujas regras de formação seriam conformadas por outras condições de possibilidade político-social.

Assim, no Brasil, o visível aumento dos registros na década de 80 dever-se-ia à regulamentação legal das Lesões por Esforços Repetitivos nos anos 1986/87, o que teria ocorrido por uma forte pressão da ação sindical - que será discutida na análise de outro estudo -¹⁵² e pela atuação dos PSTs em vários locais do país.¹⁵³

Cabe aqui frisar a referência aos PSTs como objeto de interesse acadêmico, o que será observado em vários estudos desenvolvidos a partir dessa data, inclusive como campo empírico de coleta de dados.

Quanto ao espaço de desenvolvimento dessa outra realidade, sustentada pelo pano de fundo das possibilidades de modificações na notificação das DPs é apontado para a riqueza da década de 80, momento de retomada e consolidação da luta pela redemocratização, o que se refletiu também nos avanços institucionais cujo marco seria a I Conferência Nacional de Saúde dos Trabalhadores (1986), a fundação do DIESAT (1980), ao que se seguiu a criação de assessorias sindicais em saúde do trabalhador e a implantação destas ações em serviços de saúde públicos. Tal conjuntura, em que se modificam as relações Estado-Sociedade, faz com que o discurso da participação adquira concretude e que as demandas dos trabalhadores invadam as

151 . Ver. RIBEIRO & LACAZ (orgs.) *op. cit.*, 1985; COSTA et al *op. cit.*, 1989; LACAZ *op. cit.*, 1992; RIBEIRO, Herval Pina O número de acidentes de trabalho no Brasil continua caindo: Sonegação ou Realidade? *Saúde Ocupacional e Segurança*, v. 29, mar/abr 1994 e COSTA, Danilo Fernandes Os Acidentes do Trabalho, em 1995, no Brasil. *Segurança & Saúde no Trabalho*, n. 1, p. 7, jun 1996.

152 . Trata-se de ROCHA, Lys Esther *Tenossinovite como Doença do Trabalho no Brasil: a atuação dos trabalhadores*. Dissertação (Mestrado em Medicina Preventiva) Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina de São Paulo, Universidade de São Paulo, 1989.

153 . BUSCHINELLI, *op. cit.*, 1993, p. VI-VII.

"Instituições no sentido de torná-las mais permeáveis às exigências dos trabalhadores organizados. A fiscalização das condições de trabalho, (...) pela Secretaria de Relações do Trabalho em São Paulo, (...) institucionalizou a **participação** dos trabalhadores no processo de definição de prioridades de ação (...) e privilegiou o atendimento às denúncias dos sindicatos de trabalhadores e as instituições de assistência médica do estado, que **nunca** haviam atuado na área de Saúde do Trabalhador, foram instadas a fazê-lo, assumindo em nível municipal e estadual esta tarefa, na **forma dos Programas de Saúde dos Trabalhadores ... a resposta do estado coincidiu com o restabelecimento da Democracia no país.**" ¹⁵⁴ (grifos nossos)

Num diálogo constante agora com o setor de serviços para explicar o aumento das incidências em São Paulo entre 1986-90, parte-se da situação anterior - especializada, calcada na medicina do trabalho - na qual o SESI e um serviço acadêmico também aqui mais adiante analisado são referência, pois até aquela data havia somente

"[...] um serviço **especializado** em DPs na capital, o ambulatório do SESI e no interior o ambulatório da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp. O SESI começou (...) em 1957, tendo formado várias gerações de **profissionais**. O serviço da Unicamp é bem mais recente e contribuiu pouco para as estatísticas de registros de doenças ocupacionais, já que sofria **restrições legais** para este tipo de atenção médica, por parte da Previdência Social ..." ¹⁵⁵ (grifos nossos)

O que mudou, então? Na realidade, como estratégia de ação, os PSTs passaram a fazer valer o papel de "autoridade sanitária" prevista nos Códigos de Saúde como função dos órgãos de Saúde Pública e adotando a Vigilância Epidemiológica.

"Na metade dos anos 80 vários PSTs começaram a funcionar no estado e alguns tiveram sua atenção voltada para problemas provenientes de empresas específicas. Pode-se citar a questão do **benzolismo** na Baixada Santista, quando somente a COSIPA emitiu 1.100 Comunicações de Acidentes do Trabalho com este diagnóstico, sendo a maioria entre 1985 e 87 ...

"O PST de Bauru, por meio da **busca ativa**, caracterizou um total de 124 casos de saturnismo, a maioria entre 1986-1987. PSTs foram iniciados, como em Campinas e na Zona Norte da cidade de São Paulo, em 1985 e **provavelmente** contribuíram para o aumento dos registros destes dois anos ..." ¹⁵⁶ (grifos nossos)

Demonstrando a importância dos PSTs na definição de um outro perfil das estatísticas de DPs em São Paulo (e no país) autor afirma que a queda dos dados em 1989-90 prenuncia o **esvaziamento** dos PSTs ligados à Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo e de municípios como Bauru e Salto. ¹⁵⁷ Considera que o aumento que ocorre em 1991 apontaria para a entrada em ação dos Centros de Referência de Saúde do Trabalhador da Prefeitura Municipal de São Paulo, estruturados a partir de 1989, com efetiva atuação a partir de 1991.

Finalmente autor espousa, como conclusão, algo talvez inusitado anos antes: o discurso que articula o núcleo pragmático da área de Saúde do Trabalhador e que

154. *Idem, Ibidem*, p. 15-16.

155. *Idem, Ibidem*, p. 50. Dentre outras estratégias, é digno de nota observar, a propósito disso, que os PSTs superaram este limite dado pela burocracia da Previdência Social, ao assumirem oficialmente o papel de coordenadores no setor de Coordenação de Acidentes do Trabalho anteriormente monopolizado pelo INAMPS-INPS, mediante convênio para recebimento dos casos suspeitos ou diagnosticados de DPs.

156. *Idem, Ibidem*, p. 50-51.

157. A respeito do esvaziamento político das experiências dos PSTs na Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo e suas causas, consultar LACAZ, Francisco Antonio de Castro Lacaz. O Programa de Saúde dos Trabalhadores da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo: a agonia de uma proposta. *Saúde em Debate*, v. 36, p. 41-47, 1992.

continua sendo seu desafio possível no embate entre a atuação sindical e a burocracia estatal, ao afirmar que

*"... a pressão dos trabalhadores organizados é muito importante para que os programas não só se implantem como também se mantenham. Ainda hoje há necessidade de institucionalização das ações de saúde do trabalhador, particularmente dos PSTs, para que não fiquem a mercê das diretrizes de prefeitos, ou de diretores (...) do SUS ..."*¹⁵⁸

Mais uma vez, dentro das referências bibliográficas citadas, autores da MSL aparecem, tais como: RIBEIRO & LACAZ (1985), POSSAS (1987), BERLINGUER (1983), TEIXEIRA & CAMPOS (1988), LAURELL & NORIEGA (1989).

Como que testemunhando a trajetória não linear da produção acadêmica da Faculdade de Saúde Pública da Usp, data de 1993 mais um estudo epidemiológico clássico sobre morbidade por demanda de serviço e de caráter descritivo, em SO, realizado numa grande indústria siderúrgica da Baixada Santista, com subsídio à empresa para a implantação da vigilância epidemiológica no seu serviço médico.¹⁵⁹

Avaliou-se as variáveis: idade, sexo, tempo e secção de trabalho, construindo-se coeficientes de morbidade por causa, pelo número de horas-homem trabalhadas.

Digno de nota nesta pesquisa é a discussão que associa a morbidade geral observada, com o ambiente comunitário e o estilo de vida, tendência que assume importância na análise das doenças chamadas "crônico-degenerativas", representando uma versão mais "moderna" da HND, que também despolitiza e a-historiciza as relações trabalho-saúde. Assim, para a autora, problemas de comportamento, atividades de lazer, padrões de consumo (escassez e/ou excesso de alimentos, hábitos), enfim, o estilo de vida ou a forma escolhida para viver têm vital importância para a promoção da saúde.¹⁶⁰

E, nessa linha de formulação a epidemiologia assume um significado normativo sobre a vida, aqui assumida como um evento biológico, até então não vislumbrado e dentro do qual ao mundo do trabalho não é dado espaço, sendo a

*"... ciência que estuda o processo saúde-doença, (...) na população de forma a identificar os seus determinantes e intervir no sentido de melhorar a qualidade de vida da população ..." [isto é] 'a somatória de todos os fatores positivos (...), que determinado meio reúne para a vida humana em consequência da interação sociedade-meio ambiente, e que atinge a vida como fato biológico, de modo a atender às suas necessidades somáticas e psíquicas, assegurando índices adequados ao nível qualitativo da vida que se leva e o meio que a envolve.'"*¹⁶¹ (grifos nossos)

As causas de procura ao Serviço médico da empresa, por ordem decrescente foram: doenças respiratórias, lesões/acidentes, doenças ósteo-musculares, doenças dos órgãos dos sentidos, doenças do aparelho circulatório, transtornos mentais, doenças do sangue.

Por tratar-se de uma empresa com vários estudos já realizados sobre problemas de saúde de seus trabalhadores, MAGALHÃES (1989), BORGES (1990),

158 . BUSCHINELLI, *op. cit.*, 1993, p. 105.

159 . SCHUMACHER, *op. cit.*, 1993, p. 9.

160 . *Idem Ibidem*, p. 4.

161 . *Idem, Ibidem*, p. 8.

AUGUSTO (1991),¹⁶² chama a atenção que mesmo os distúrbios mentais e do sangue, objeto de interesse destes estudos, tenham seu nexo com o trabalho aqui **negados**.¹⁶³

Por outro lado, mesmo reconhecendo, ao fazer a citação de DEJOURS (1986), a relação entre doenças mentais e organização/ambiente de trabalho, autora posiciona-se neutramente ao entender que o Serviço Médico pode ajudar na

*"... manutenção da saúde mental dos empregados, (...), se [esforçando] para perceber os desvios na saúde mental, assegurando uma detecção precoce desses problemas, encaminhando os doentes para um tratamento adequado."*¹⁶⁴ (grifos nossos)

E, da morbidade observada, poucas vezes dada como associada ao trabalho, vai decorrer um posicionamento que, se adotado, no limite representará o total disciplinamento da vida dos trabalhadores por parte da empresa, pois o estudo serviria para que

*"... a empresa [tenha] condições de adotar medidas preventivas mais eficazes e eficientes de proteção à saúde dos trabalhadores ... para os programas de saúde e melhora da qualidade de vida (...) estilo de vida dos trabalhadores, pela (...) empresa e suas relações com seus empregados."*¹⁶⁵ (grifo nosso)

Com o discurso da qualidade e estilo de vida, a Medicina do Trabalho não estaria agora procurando reviver o início do século, quando o domínio da vida dos trabalhadores e de suas famílias por parte da empresa era absoluto, sendo representado objetivamente pelo som estridente da sirene da fábrica que anunciava o raiar do dia e a hora do trabalho nas vilas operárias?

Situado numa abordagem que alia métodos da epidemiologia clássica com questões teórico-conceituais colocadas hodiernamente sobre as relações entre trabalho-saúde, identificadas seja como **causa**, seja como **determinação**, a depender do marco utilizado, encontra-se o estudo tipo **caso-controle**, realizado com trabalhadores acidentados atendidos no PST de Campinas. A par da **discutível** utilização de estudos com esse formato para eventos da natureza dos acidentes, que poderia levar a uma re-apropriação da noção de perfis psicológicos com "propensão a acidentes", trata da percepção, pelos trabalhadores, de situações propícias (ou não) para a ocorrência de acidentes no trabalho, através da proposição e teste de instrumento metodológico, ou seja, o uso de uma escala visual analógica, com a finalidade de **medir** tal percepção.

Do ponto de vista epidemiológico, foram estudadas variáveis mediante questionário auto-respondido, sendo selecionadas 8 delas dado sua capacidade de *"discriminação da percepção, através de regressão logística."*¹⁶⁶

Assim, na perspectiva de **articular** a vida dentro e fora do trabalho para a explicitação de fatores percebidos como relacionados à ocorrência de infortúnios, autor identifica como

162. Ver a respeito MAGALHÃES, Catulo C. P. de B. *Síndromes Reativas numa Indústria Siderúrgica*. Dissertação (Mestrado) Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina de São Paulo, Universidade de São Paulo, 1989; BORGES, Luiz H. *op. cit.*, 1990 e AUGUSTO, Lia G. da S. *Estudo longitudinal e morfológico (medula óssea) em pacientes com neutropenia secundária à exposição ocupacional crônica ao benzeno*. Dissertação (Mestrado em Medicina) Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, 1991.

163. SCHUMACHER, *op. cit.*, 1993, p. 74.

164. *Idem Ibidem*, p. 77.

165. *Idem Ibidem*, p. 9 e 93.

166. CORREA FILHO, *op. cit.*, 1994, p. IV.

"... agressores: brigas com os chefes; presenciar catástrofes nos locais de trabalho; ter sido vítima de agressão ou violência; haver deixado familiar doente em casa; ser pressionado por policiais ou autoridades por causa de acusações de outros pessoas e ter problemas com a própria saúde. (...) protetores: tempo de trabalho na função e experimentar insatisfação por executar atividades consideradas indesejáveis." 167

Com tal preocupação, coloca-se em debate uma questão teórico-metodológica que vem polarizando a discussão sobre as relações saúde/doença e trabalho-vida. A questão colocada é a dificuldade de nos

"... processos causais imediatos [do desgaste] medir as condições ambientais, objetivas e subjetivas [ao] circunscrever-se a análise ao ambiente em que se realizam as atividades de trabalho, uma vez que a vida individual se dá em outros espaços urbanos e rurais mais amplos ... " 168 (grifos nossos)

Diante deste dilema teórico-prático, uma abordagem fenomenológica é advogada, considerando-se então que a opinião dos trabalhadores sobre a percepção dos riscos é um

"... instrumento de atribuir valor e o problema teórico decorrente é o método de atribuir ponderação coletiva ao que é individualmente percebido." 169

"[e] a coleta de dados empíricos, tendo como enfoque a percepção subjetiva de trabalhadores sobre as condições de vida, saúde e trabalho que os envolvem, deve fornecer elementos para a identificação e quantificação da importância de fatores de risco selecionados ... que se definiu como crise social, foi o móvel principal da (...) pesquisa." 170

Trata-se de uma empreitada extremamente ousada em que não se indaga sobre a compatibilidade entre os pressupostos epidemiológicos de compreensão do trabalho a partir da sua decomposição em fatores de risco e a lógica que preside a percepção dos incômodos à sua saúde pelo trabalhador: necessariamente muito mais integradora, quando seu bio-psiquismo experimenta a interação dos vários tipos de nocividade do trabalho.

Mantem-se um diálogo problemático ao longo do estudo entre pressupostos de causalidade da epidemiologia "clássica", como os "fatores de risco" e os "níveis de prevenção" de Leavell & Clark e um olhar materialista-dialético buscado nas determinações propostas pela epidemiologia "social", na medida em que para autor é preciso dar

"... 'politicidade' ... [aos] usos dos conceitos de fatores (...) [pondo] em destaque, (...), a presença das relações de produção como determinadores do processo epidemiológico em estudo." 171

Conclui-se pela validade de instrumento preditivo o qual incorpora informações retrospectivas ponderando

167 . *Idem, Ibidem*, p. V.

168 . *Idem Ibidem*, p. 8.

169 . *Idem Ibidem*, p. 9.

170 . *Idem, Ibidem*, p. 11.

171 . *Idem Ibidem*, p. 30.

"... três blocos de questões sobre a percepção de eventos problemáticos percebidos [na] vida individual, familiar e social; a relação com os colegas no trabalho e o modo de produção associado ao ambiente de trabalho." ¹⁷² (grifos nossos)

Tal visão poderá contribuir em sua positividade, que inclui variáveis assumidas como explicativas e não inclui outras para, no limite, acabar por fornecer elementos "científicos" que revivem a idéia de causalidade da propensão ao acidente, tão cara a uma certa abordagem fortemente ideologizada.

Na sequência, em 1995, é apresentado estudo epidemiológico transversal que analisa acidentes do trabalho com máquinas, a partir de dados secundários obtidos do Sistema de Informação (SISCAT) computadorizado que alimenta o Sistema de Vigilância à Saúde desenvolvido pelo Programa de Saúde do Trabalhador da Zona Norte da cidade de São Paulo. O uso da abordagem epidemiológica foi no sentido de "determinar" as máquinas com maior participação no conjunto dos acidentes. ¹⁷³ Dialoga com várias disciplinas como a Segurança do Trabalho, a Ergonomia e a Sociologia.

Isolando o instrumento de trabalho do contexto das relações sociais de produção, autor propõe a consolidação da Vigilância à Saúde tendo como suporte a epidemiologia e uma legislação mais coerente e atualizada para a prevenção de acidentes com máquinas. ¹⁷⁴

Como já foi apontado, a visão de **externalidade** do social na relação saúde-trabalho leva ao entendimento de que os riscos se resumem à avaliação de seus efeitos, daí a visão instrumental do binômio homem-máquina, o que fetichiza a intervenção preventiva. ¹⁷⁵

Mesmo abordagens de conformidade com parêntros marxistas, utilizados pelo autor a propósito da discussão da **maquinaria** no desenvolvimento do capitalismo, não superariam necessariamente essa externalidade, pois segundo MERCER (1985) no enfoque marxista persiste a idéia de saúde como efeito, mesmo quando se substitui a relação causal pela de determinação, o social é exterior ao indivíduo. ¹⁷⁶

Na busca de uma racionalidade para obter-se a prevenção, é retomado pelo autor, a propósito da causalidade dos ATs, o modelo explicativo de HEINRICH, aqui criticado pelo viés de seu mecanicismo linear cartesiano, de grande utilização nos anos 60 pela Segurança do Trabalho, quando também serviu para **imputar culpa** à própria vítima.

Por seu turno, outro modelo de análise de acidentes o Sistema de "Árvore de Causas", que propõe a dissolução na rede de causalidade das imputações de responsabilidade pecaria, pela visão **disfuncional** do sistema energético homem-máquina, retomando o tema da participação **excludente** do trabalhador, a qual é também usada pela

172. *Idem Ibidem*, p. 138.

173. Ao não definir Vigilância à Saúde, autor exime-se de uma discussão hoje tão atual quanto inconclusa, na medida em que seus princípios ainda se atrelam à metodologia das clássicas Vigilância Sanitária e Epidemiológica, sem uma especificidade claramente estabelecida. Para uma discussão mais detalhada do tema, consultar MENDES, Eugênio Vileça, TEIXEIRA, Carmen Fontes, ARAUJO, Eliane Cardoso e CARDOSO, Maria Rosa L. Distritos Sanitários: Conceitos-Chave. In: MENDES, Eugênio Vileça (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. No campo específico da Saúde e Trabalho, consultar LACAZ, Francisco Antonio de Castro *Vigilância em Saúde do Trabalhador*. Texto apresentado em curso Pré-Congresso da ABRASCO, Porto Alegre, jul 1992. 12 p. [mimeo]

174. SILVA, *op. cit.*, 1995, RESUMO.

175. Cf. COHN, *op. cit.*, 1991.

176. Ver a respeito MERCER, Hugo *As Contribuições da Sociologia à Pesquisa em Saúde*. In: NUNES, Everardo D. (org.) *As Ciências Sociais em Saúde na América Latina - Tendências e Perspectivas*. Brasília: OPAS, 1985. p. 221-232. 474p.

"segurança do trabalho como terreno privilegiado para repelir os conflitos sociais, (...) respondendo aos interesses comuns de patrões e trabalhadores ... mostrando a eficiência da colaboração ... comprometida quando a participação dos trabalhadores se torna ambígua, na medida em que o poder decisório deles é limitado ..." 177 (grifos nossos)

Diante disso, dadas as limitações apontadas, vale-se o autor de certa Ergonomia definida como:

"[...] o conjunto de conhecimentos científicos relativos ao homem e necessários para conceber as ferramentas, máquinas e dispositivos que passam a ser utilizados com o máximo de conforto, segurança e eficácia." 178 (grifo nosso)

Mesmo imbuída de um certo mecanicismo, a abordagem ergonômica ao adotar os princípios de "globalidade", "interdisciplinaridade" e "participação" permitiria, nos marcos da fenomenologia,

"... recuperar o homem biológico, a atividade de trabalho como um sistema vivo, que deve receber uma participação ... dos trabalhadores (...) como uma necessidade científica [de] garantia para o desenvolvimento da auto-segurança, bem como uma ação com maior iniciativa no ambiente de trabalho." 179 (grifo nosso)

Lançando mão de um discurso que privilegia a participação dos agentes como parte integrante do conhecimento científico, a Ergonomia assume o papel ocupado pela Higiene do Trabalho, cuja normatividade dá lugar à volição e ao auto-controle para a segurança e à iniciativa de negociação entre capital-trabalho no interior da fábrica através da "self-regulation", no sentido de superar a intervenção legalista do Estado, muitas vezes imprecisa, dúbia e genérica. Neste sentido, autor cita algumas experiências que no Brasil e em São Paulo estariam apontando para a "self-regulation" como no caso das moto-serras e das máquinas-injetoras na indústria química de São Paulo. 180

Mas, aliado a isso, é necessário conhecer a amplitude do problema e transformar suas determinações, daí a importância da epidemiologia

"... como ciência (...) no estudo de determinantes dos acidentes, bem como para contribuir na definição de políticas transformadoras ... [cujo] maior vigor neste compromisso de transformação ... [é da epidemiologia social]." 181

Afirmando desta forma, o primado da epidemiologia social para a intervenção e transformação da realidade, autor vale-se de autores franceses, críticos da Ergonomia, para deixar implícito um posicionamento crítico sobre a função desta disciplina, na medida em que recupera a explicação da HND agora aplicada aos acidentes do trabalho. Assim, o momento em que há

"A introdução da ergonomia, (...) neste campo, estimulou o desenvolvimento do modelo funcionalista do acidente, visualizando-o como um produto de um sistema formado pelas relações entre o homem, a máquina e o ambiente, apresentando, (...) uma correspondência com a tríade ecológica." 182 (grifos nossos)

177 . SILVA, *op. cit.*, 1995, p. 45.

178 . *Idem, Ibidem*, p. 103.

179 . *Idem, Ibidem*, p. 103.

180 . *Idem, Ibidem*, cf. p. 157 e 165-166.

181 . *Idem Ibidem*, p. 169.

182 . *Idem Ibidem*, p. 173.

Data de 1994 o último estudo analisado. De caráter eminentemente qualitativo, enquadra-se nos marcos da Epidemiologia Social, tendo explicitamente como base a formulação de LAURELL & NORIEGA (1989), a partir dos conceitos de processo de trabalho, cargas de trabalho e desgaste e da metodologia de 'enquêtes' coletivas aqui aplicadas a uma realidade não industrial mas sim de serviços, mais precisamente às condições de trabalho dos grupos de técnicos operacionais da Escola de Enfermagem da Usp.¹⁸³

Articulando a percepção dos trabalhadores sobre seus processos de trabalho, com a análise de seus constituintes, aqui aparece com destaque a organização do trabalho como explicação para os tipos de cargas apreendidas, particularmente as psíquicas e as mecânicas.¹⁸⁴

De certa forma o estudo assume um caráter diferenciado na medida em que é também motivado por uma demanda social, já que em contato da pesquisadora com o Sindicato dos Trabalhadores da Usp (SINTUSP) detectou-se denúncia do jornal do Sindicato que levantava não somente a existência de condições de trabalho nocivas à saúde como um total alheamento da própria Universidade da questão, pela inexistência de estatísticas e de 'trabalho/tese sobre o assunto.'

Parte-se, então, de uma conceituação que enuncia as relações Saúde-Trabalho por um olhar processual. Ou seja,

*"A Saúde do Trabalhador [como] processo Saúde-Doença (...) determinado socialmente e o 'trabalho como uma categoria social' e não apenas como 'fator de risco ambiental' (...) nesta concepção, o processo Saúde-Doença do trabalhador é expressão do processo de exploração capitalista."*¹⁸⁵

É em autores como GONÇALVES (1986), FACHINNI (1986), LAURELL & NORIEGA (1989), POSSAS (1989), PITTA (1990)¹⁸⁶ que a autora vai buscar basear-se para sua empreitada, os quais

*"... têm se dedicado ao estudo dos processos de trabalho, nos serviços de saúde, nas fábricas, ou em empresas públicas, enfatizando a relação de determinação do processo de trabalho no nexo biopsíquico das sociedades capitalistas."*¹⁸⁷ (grifo nosso)

Do ponto de vista metodológico, alerta autora para o fato de que não chegou pelo fato de não analisar também dados de morbidade,

"... à análise do processo de desgaste dos trabalhadores [mas às cargas] pela explicitação dos elementos do processo de trabalho pelos próprios trabalhadores, (...), utilizando-se como instrumento da investigação uma 'enquête' coletiva ... [que] contempla os princípios básicos que norteiam o Modelo Operário, ou seja: a valorização da experiência ou subjetividade operária; o

183. Ver a respeito LAURELL & NORIEGA *op. cit.*, 1989, Capítulo 3.

184. GRECO, *op. cit.*, 1994, RESUMO.

185. *Idem Ibidem*, p. 11.

186. GONÇALVES, Ricardo Bruno Mendes *Tecnologia e organização das práticas de saúde: características tecnológicas do processo de trabalho na Rede Estadual de Saúde de São Paulo*. Tese (Doutorado) Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina de São Paulo, Universidade de São Paulo, 1986, FACHINNI, Luiz Augusto *Proceso de trabajo, cambio tecnológico y desgaste obrero*. Tesis (Maestría en Medicina Social) UAM-Xochimilco, México, 1986, LAURELL & NORIEGA, *op. cit.*, 1989, POSSAS, Cristina *Epidemiología e Sociedade. Heterogeneidade estrutural e saúde no Brasil*. São Paulo: HUCITEC, 1989. 271 p., PITTA, Ana *Hospital: dor e morte como ofício*. São Paulo: HUCITEC, 1990. 198 p. (Série "SaúdeLoucura")

187. *Idem Ibidem*, p. 8.

levantamento das informações por grupos homogêneos (...) e a (...) validação consensual ..."
188 (grifos nossos)

Aqui, explicita-se outra importante vertente de influência inicialmente sindical e depois acadêmica, que se associa à MSL na investigação das relações trabalho-saúde no Brasil, ou seja, o Modelo Operário Italiano, que foi modificado por LAURELL & NORIEGA (1987) para uma maior articulação orgânica teoria-prática dado o empirismo radical do Modelo. 189

Tendo como resultado do estudo a preponderância de tematização das cargas psíquicas, entendida como aquilo que nas falas dos agentes expressava o sofrimento mental, é enfatizada a explicação desse achado a partir da organização e divisão do trabalho. 190

É importante assinalar que autora levanta uma questão nodal na investigação sobre nexos bio-psíquicos e trabalho, isto é, a articulação do desgaste físico e do desgaste mental, em situações de estímulo ou embotamento das capacidades humanas, espaço em que hoje se apresentam as maiores potencialidades de conhecimentos sobre o adoecer e morrer dos trabalhadores, diante das novas formas de relações capital-trabalho nas sociedades globalizadas e onde a contribuição da psicologia, psicopatologia e da psicodinâmica do trabalho serão valiosas, conforme insinuam outros estudos analisados adiante.

4.3.1.3. Estudos Ergonômicos.

Foram classificados como pertencentes a esta disciplina, por tratarem de temáticas e metodologias próprias da área, como procurar-se-á assinalar, cinco (5) dos estudos analisados. 191

O primeiro deles data de 1978, sendo realizado numa empresa automobilística de origem alemã, instalada no ABC, inserindo-se segundo o próprio autor, à época médico do trabalho da empresa, na "*Área da Ergonomia*". 192

188. *Idem. Ibidem*, p. 18-19.

189. Para uma discussão sobre os limites do Modelo Operário em comparação com a proposta elaborada pelo grupo da Maestria en Salud en el Trabajo da Universidad Autónoma Metropolitana, Xochimilco, México, consultar BREILH, *op. cit.*, 1994.

190. GRECO, *op. cit.*, cf. p. 93 e 97.

191. Ver a respeito: 1. GOMES, Jorge da Rocha *Dispêndio Energético e Reposição Calórica em algumas Funções da Indústria Automobilística*. Tese (Doutorado em Saúde Pública) Departamento de Saúde Ambiental, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 1978. 2. FISCHER, Frida Marina *Trabalho em Turnos: alguns aspectos econômicos, médicos e sociais*. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) Departamento de Saúde Ambiental, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 1980. 3. FISCHER, Frida Marina *Condições de Trabalho e de Vida em Trabalhadores de Setor Petroquímico*. Tese (Livre Docência) Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 1990. 4. MORENO, Claudia Roberta de Castro *Crêterios Cronobiológicos na Adaptação ao Trabalho em Turnos Alternantes: validação de um instrumento de medida*. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) Departamento de Saúde Ambiental, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 1993. 5. PARAGUAY, Ana Isabel B. *Exigências e Organização do Trabalho em Sala de Controle de Processo com Automação Microeletrônica*. Tese (Doutorado em Saúde Pública) Departamento de Saúde Ambiental, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 1995.

192. Frise-se que o conceito utilizado pelo autor reforça a visão instrumental, ao considerar a "Ergonomia como a ciência da organização do trabalho que tem por base a biologia humana: anatomia, fisiologia e psicologia." (p. 3) (grifos nossos)

Utiliza uma perspectiva instrumental do conhecimento, tendo sido elaborado mediante atuação de equipe **multiprofissional**, com nutricionistas, técnicos de segurança do trabalho, bem como higienistas. Analisa as relações entre atividade extra laborativa/gasto energético total e necessidade de reposição calórico-alimentar.

Transita pela abordagem da Fisiologia do Trabalho alemã, em que o corpo humano é comparado ao funcionamento da máquina, passa pelo taylorismo, aqui aplicado ao funcionamento "energético" do corpo que trabalha, ao considerar que para uma avaliação correta do gasto energético no trabalho é preciso conhecer tempos e movimentos de cada função a ser avaliada. ¹⁹³

Finalmente, ao apontar, explicita o "não dito", ou seja, dá uma "entonação" clara à associação entre "*nutrição e produtividade*", ao concluir que na empresa estudada era necessário

"Reduzir o dispêndio energético da função de prático de produção, através da racionalização da operação [e]

"Introduzir uma alimentação suplementar no início da jornada de trabalho ... seria recomendável que o valor calórico da alimentação dos práticos de produção, ponteadores, montadores (...) e preparadores de carrocera fosse maior do que o valor (...) da alimentação dos demais..." ¹⁹⁴ (grifos nossos)

Aqui novamente é invocada a qualidade de vida, mas não somente isso, pois conforme estudos ergonômicos franceses tais medidas levarão a melhorar a qualidade de vida e também ao aumento de produtividade. ¹⁹⁵

Diante desta conclusão, como será visto, nos estudos analisados aparecem discursos que configuram "várias ergonomias", a se julgar pelas definições e enfoques utilizados.

Assim, o fato de incluir-se a revisão bibliográfica sobre trabalho em turnos (TT) como estudo ergonômico deveu-se ao motivo de que ao configurar-se num dos aspectos importantes da **organização do trabalho** mais recentemente, é também um dos objetos **privilegiados** da Ergonomia, de conformidade com um viés metodológico de maior formalismo técnico que o diferenciaria de outras abordagens como das Ciências Sociais em seu olhar sobre o trabalho, por exemplo.

Tal estudo, que **inaugura** uma efetiva linha de **pesquisa** no Departamento de Saúde Ambiental da Faculdade de Saúde Pública, data de 1980 e trata de temática que cada vez mais vem preocupando estudiosos da área, dada a grande implementação do TT nas última décadas, como forma de intensificação da produtividade, seja na vertente da adaptação, do "stress" ou da Psicopatologia do trabalho. ¹⁹⁶

Como justificativa, o estudo surge para preencher uma lacuna relativa ao conhecimento científico sobre o assunto no país e para dar resposta a uma consulta feita em 1969 pela Federação dos Trabalhadores nas Indústrias Químicas e Farmacêuticas de

193. GOMES, *op. cit.*, 1978, p. 9.

194. *Idem Ibidem*, p. 75.

195. *Idem, Ibidem*, p. 78.

196. Pode-se considerar como pertencentes a essa linha de pesquisa os estudos de FISCHER, Frida Marina; MORENO, Cláudia Roberta de Castro; FERNANDEZ, Rosaneli de Lima e LIEBER, Renato Rocha *Shiftwork in the chemical industries in Brazil*. São Paulo: Departamento de Saúde Ambiental, Faculdade de Saúde Pública, USP, 1987 [mimeo]; FISCHER *op. cit.*, 1990; MORENO, *op. cit.*, 1993 e PARAGUAY *op. cit.*, 1995.

São Paulo, ao então Departamento de Higiene do Trabalho (hoje Departamento de Saúde Ambiental) a respeito dos problemas que os trabalhadores em turnos alternantes contínuos enfrentariam. 197

Frise-se que da parte das empresas o tema assumia importância pelo viés do Absentismo-Doença (A-D), tendo sido motivo de grande interesse por ocasião do I Congresso da Associação Nacional de Medicina do Trabalho (ANAMT), realizado em 1977 momento em que a autora abordou o tema

'Controle e ausentismo por doença' [e] o assunto do TT (...) recebeu dezenas de pedidos de orientação ... e despertou grande interesse de (...) administradores de empresas dos mais variados ramos da produção ... " 198

Nesse diálogo com a sociedade, o estudo procurava ser um 'guia' para introduzir as questões relativas ao TT e para sensibilizar ao Ministério do Trabalho e entidades de classe. 199

A par de uma abordagem a-histórica que privilegia as razões tecnológicas e econométricas para a vigência do TT, estudo contribui para difundir explicações "natural-funcionalistas" sobre A-D e sobre causas dos acidentes do trabalho (ATs); não aparecendo nesse cenário a introdução de formas de gestão que intensificam a jornada de trabalho visando o aumento da produtividade e as estratégias do capital para fomentá-la, contrapostas pela resistência do pólo trabalho a tais formas de organização e divisão do trabalho.

Assim, os trabalhadores faltariam menos devido a uma auto-seleção entre eles, aos níveis de satisfação, senso de responsabilidade e maior motivação para o trabalho. 200 Por outro lado, haveria os "desviantes", pois,

"... algumas pessoas podem inconscientemente provocar acidentes, para fugir ao trabalho de maneira socialmente aceita ... acidentes e ausências não justificadas estão em função respectivamente de experiência no trabalho e da idade ... " 201

Aquí também recorre-se ao modelo da HND para associar-se "performance"/desempenho-ritmo circadiano e ocorrência de ATs.

Autor aponta em suas conclusões para um certo fetichismo da ação técnica de médicos e administradores na manutenção da saúde dos trabalhadores em turnos, que mascara a busca da produtividade, na medida em que a preocupação é com uma vida digna e com o desenvolvimento de tarefas com satisfação e qualidade, estando fora desse cenário a busca de uma regulamentação sob parâmetros político-sociais. 202

Pelo fato de tratar-se de um campo nitidamente atravessado por questões de caráter político, é mister assinalar que foi particularmente a partir da luta dos trabalhadores na Constituinte pela redução da jornada em turnos e pela introdução da 5ª.

197. FISCHER, *op. cit.*, 1980, p. 2.

198. *Idem, Ibidem*, p. 2-3.

199. É digno de nota que da parte do MTB não houve qualquer interesse, mas para o movimento sindical o estudo teve importância sendo inclusive utilizado como referência para elaboração de documento que subsidiou as discussões do Fórum de Debates sobre "Horas-Extras, Trabalho em Turnos, Noturno e Ritmo de Trabalho: Aspectos Médicos, Sócio-Econômicos e Jurídicos", promovido pelo DIESAT em 12/09/81. Os desdobramentos dessa discussão contribuíram também para os debates travados na Constituinte e que levaram a aprovação da 5ª. Turma em TT na Constituição de 1988.

200. FISCHER, *op. cit.*, 1980, p. 114.

201. *Idem, Ibidem*, p. 123.

202. *Idem, Ibidem*, cf. p. 152.

turma, que o "enfrentamento" do trabalho pode começar a se tornar menos penoso, apesar da postura constante e ameaçadora a tal conquista por parte do patronato até os dias de hoje.²⁰³

O estudo seguinte foi apresentado dez anos depois, isto é, em 1990, sendo um desdobramento de outro realizado por FISCHER e cols. (1987) por solicitação da OIT. Frise-se que foi executado em **colaboração** com o PST da Baixada Santista, à época voltado para o parque industrial de Cubatão, numa indústria multinacional norte-americana do pólo-petroquímico daquela cidade.

Apesar de utilizar metodologia epidemiológica tanto transversal

"quando [avalia] a percepção (...) acerca das condições de trabalho e de vida" - como longitudinal - ao analisar

*"as atividades diárias, (...) sono, estado emocional, (...) efeitos do trabalho na saúde, as dificuldades (...) diárias no trabalho."*²⁰⁴

e análises estatísticas de regressão linear múltiplas, foi aqui enquadrado como ergonômico por tratar de temas relacionados à organização do trabalho, com questionários de auto-avaliação e entrevistas, procurando analisar ritmos biológicos e TT, cargas de trabalho, condições de vida e também agravos à saúde.

Desenvolvido numa fábrica de fluxo contínuo, capital intensiva, automatizada, integrada e onde as relações sociais de trabalho, a divisão e organização do trabalho são bastante complexas, traz à luz questões concretas para pesquisas desta natureza como a de permitir a utilização de metodologia com auto-avaliação, inclusive pelo maior nível de formação escolar e real estabilidade no trabalho dos trabalhadores da produção, apreendendo o momento de mudanças na estruturação do TT, conseqüentes da implantação da 5ª. Turma e redução da jornada de cada turno para 6 horas.

O estudo parte de um pressuposto que **supera** o olhar clínico da Medicina do Trabalho na apreensão dos agravos apenas expressos como doenças, valorizando o **desconforto** e o **mal-estar** que restringem a própria participação na vida social.

A par disso, é um viés **funcionalista** que vai presidir às suas análises ao se considerar a realidade sob estudo tendo como referência o conceito de saúde da OMS, aplicada a um *"sistema trabalho-trabalhador"* e a teoria geral dos sistemas para embasá-las, o que se constitui numa *"visão ecológica global"*.²⁰⁵ Tal abordagem contém uma despolitização da vida e do social numa visão teleológica positiva, ao incorporar a idéia de

*"... fatores psicossociais no trabalho influenciando no desempenho e na satisfação do trabalho realizado e na Saúde dos Trabalhadores ... ou seja, às interações entre o ambiente de trabalho, o conteúdo das tarefas, as condições organizacionais, interagindo com as capacidades, expectativas e necessidades dos trabalhadores, seus costumes e cultura, suas condições de vida."*²⁰⁶ (grifado no original)

Ocorre que, por tratar-se de uma força de trabalho diferenciada, em que o capital, para o assujeitamento/adestramento admite/negocia uma série de benefícios

203. Têm sido frequentes manifestações de lideranças sindicais pela criação da 5ª. e até da 6ª. Turma em TT com o objetivo de inclusive aumentar o número de postos de trabalho diante da crise de emprego provocada pela "flexibilização" e "reconversão" produtiva.

204. FISCHER, *op. cit.*, 1990, p. 58.

205. *Idem, Ibidem*, p. 3.

206. *Idem, Ibidem*, p. 3.

indiretos (carreira, adicionais de salários, participação no lucro, alimentação, assistência médica, suporte social, oportunidades educacionais); deve-se, na perspectiva de relacionar o dentro e fora do trabalho ponderá-los, quando se pensa em geração de conhecimento e na sua generalização, mas a autora considera que tais benefícios, na população estudada seriam minimizados como variáveis intervenientes no estudo sobre saúde-trabalho. ²⁰⁷

Assim, na discussão dos problemas de saúde, particularmente aqueles relacionados ao TT, como distúrbios de sono, cardiovasculares, digestivos e psicossomáticos e a não adaptação, introduz-se a noção de carga, aqui confundida com o "stress" que levaria a um **desgaste** (strain), conforme a abordagem proposta pelo modelo da escola alemã de RUTENFRANZ, sendo o primeiro termo da equação (carga-stress) **reduzido** a condições de trabalho [ou] a "**variáveis independentes**" e as **causas** dos efeitos do trabalho, isto é, o desgaste, a "**variáveis dependentes**", numa visão de causalidade circular, não hierarquizada, em que participam como variáveis "**intervenientes**" as características individuais, domésticas e familiares. ²⁰⁸

A própria assunção do "stress" como elemento de mediação entre a vida social e a esfera psicossomática conta hoje com críticas a partir da psicopatologia do trabalho, sendo também interessante assinalar que o uso dos conceitos de carga e desgaste aqui é feito de forma totalmente diversa daquela da Medicina Social Latinoamericana ou da Epidemiologia Social. ²⁰⁹

Que valoração é dada aos diferentes termos que compõem a equação não é explicitado e as relações sociais de produção diluem-se no seio das "variáveis" propostas. Apenas é informado que **cruzando-se** as variáveis independentes com as dependentes produziu-se uma pontuação que permitiu **quantificar** as alterações de saúde, interferências do trabalho no relacionamento sócio-familiar, para cada função analisada e entre trabalhadores de turnos e administrativos. ²¹⁰

Já no que se refere aos resultados da pesquisa autora afirma que

"A discussão dos resultados observados na auto-avaliação do perfil de carga de trabalho tem uma outra finalidade, que é a de refletir sobre os chamados grupos homogêneos de risco no ambiente de trabalho. Esta técnica (...) permite através do conhecimento operário conhecer os agravos à saúde no ambiente de trabalho." ²¹¹

Aqui parece ocorrer uma re-interpretação relativa à idéia original de grupo homogêneo do Modelo Operário Italiano, ou seja, um grupo de trabalhadores, que é agente de conhecimento, com vivências semelhantes na atividade de trabalho e de riscos e, por isso, habilitados para avaliarem-nos coletivamente, mediante o procedimento da validação consensual para priorizar a intervenção-prevenção. Ocorre que nesta pesquisa ao trabalhador ainda cabe o papel de objeto da investigação e o grupo homogêneo acaba sendo interpretado como um "indicador de efeito" dos danos do trabalho.

A par de conclusões genéricas e de "bom-senso" que reproduzem os achados já consagrados pela literatura de que as condições de trabalho, o meio-ambiente e seus "fatores"

207. *Idem Ibidem*, p. 9.

208. *Idem, Ibidem*, cf. p. 74-75.

209. Ver a respeito LAURELL & NORIEGA, *op. cit.*, 1989, Capítulo 3 "Para o Estudo da Saúde na sua Relação com o Processo de Produção".

210. FISCHER, *op. cit.*, 1990, p. 75.

211. *Idem, Ibidem*, p. 121.

"... têm grande influência na chamada 'desestabilização' do sistema homem-ambiente de trabalho...

"... cada vez mais é necessário considerar **integrados** os fatores responsáveis pela Saúde no Trabalho e intervir nas melhorias das condições de trabalho de forma global (...) considerando o ambiente de trabalho como um ecossistema que deve estar **integrado e harmônico** com aqueles dos quais depende a razão de existência do próprio trabalho - o homem que o realiza." 212 (grifos nossos)

Ou que as jornadas de trabalho noturnas são piores que as diurnas para o sono e o cansaço ou, ainda, de que o TT deteriora o uso do tempo livre e piora a disposição para a volta ao trabalho; o estudo acaba atendo-se em responder ao objetivo de avaliar os instrumentos utilizados, ou seja, questionários auto-aplicados diários e as entrevistas pessoais, na coleta de informações para compreender aquilo que vai receber maior entonação, finalmente: os fatores que interferem na **adaptação** aos turnos de trabalho. 213

Na sequência, em 1993, dentro da linha de pesquisa sobre TT, aparece estudo realizado numa empresa estatal de geração e distribuição de energia elétrica de São Paulo, que objetiva validar instrumento de coleta de informações auto-respondido (questionário) sobre "**adaptação de trabalhadores**" ao trabalho em turnos alternantes (TTA) confrontando-o com indicadores cronobiológicos como estabilidade dos valores temporais do ciclo sono-vigília e temperatura oral, para avaliar correlação entre eles, o que teria sido provado mediante análise estatística. 214

Ao inserir-se nessa linha de pesquisa o estudo viria preencher uma lacuna metodológica importante, numa crítica interna à área, já que até então,

"As pesquisas realizadas no Brasil, (...) mostraram-se **deficientes em relação ao instrumento de medida utilizado para colher depoimentos dos trabalhadores.**" 215 (grifos nossos)

Utilizando uma abordagem da **fisiologia** ao associar eventos rítmicos como temperatura do corpo e ciclo sono-vigília que estariam relacionados a "**osciladores endógenos**" que gerariam tais ritmos biológicos, é na relação do homem com o ambiente a ele **externo** que se explica a possibilidade de **adaptação** aqui mediada pela **interação** entre osciladores endógenos e sincronizados ambientais como dia-noite que, devido à transgressão introduzida pela organização temporal do trabalho em turnos, exigem uma resposta técnica mas que considere as subjetividades expressas nos depoimentos.

Articulando então um viés qualitativo, subordinado ao crivo da análise estatística, busca-se na plasticidade dos ritmos biológicos um indicador para, finalmente, definir-se cientificamente pela existência da adaptação ao TTA.

Assim, mesmo sabendo-se que

"... as variáveis que afetam a **tolerância dos trabalhadores ao esquema de turnos**: [são] **fatores sociais, políticos, ambientais e psico-sociais**; exigências do trabalho, motivação (...), velocidade de rotação do turno ..." 216 (grifos nossos)

212. *Idem Ibidem*, p. 285-286.

213. *Idem, Ibidem*, cf. p. 299.

214. Cf. MORENO, *op. cit.*, 1993, RESUMO.

215. *Idem, Ibidem*, p. 15.

216. *Idem Ibidem*, p. 6.

É na percepção do trabalhador **individualizado** que se buscará respostas para uma questão que envolve atividades desenvolvidas de forma **grupai**, cuja intersubjetividade não é apreendida pela metodologia apontada.

Ocorre, porém, que a problemática aqui suscitada leva à valorização das subjetividades antes descuradas pela Medicina e Higiene do Trabalho, na ânsia por definir limites aplicáveis indistintamente aos coletivos de trabalhadores, conforme apontou LIEBER (1991).

Aqui, também, de certa forma trata-se de uma ruptura no olhar até então hegemônico, pois, se agora os agentes químicos, físicos e biológicos não são mais os que prevalecem, sendo substituídos pela organização temporal do trabalho, para que a produção siga seu caminhar é preciso que agora sejam valorizados os ritmos biológicos e suas diferenças individuais, como questão central na avaliação do processo adaptativo dos trabalhadores ao TT. ²¹⁷

Dai a preocupação em captar a fala do outro afim de que se busque

"... desvendar a adaptação dos indivíduos ao trabalho em turno, [para] a resposta tão almejada de como solucionar os problemas destes trabalhadores." ²¹⁸ (grifo nosso)

Se, de um lado, cabe ao cientista procurar a solução dos problemas destes trabalhadores, sem a preocupação de que deles emergjam proposições, de outro lado é dado ao objeto da pesquisa expressar-se o que permitirá uma busca de **nexos** entre representações, sentimentos e indicadores biológicos para o desvelamento da adaptação que aqui parece resumir-se a um estado de equilíbrio, cuja "estabilidade" é questionada pela MSL em sua crítica à idéia do "steady state." ²¹⁹

O último estudo no campo da Ergonomia é um desdobramento do trabalho anterior, tendo sido iniciado em uma fábrica petroquímica e concluído em uma refinaria de petróleo, sendo uma investigação de caráter **qualitativo**, por demanda das próprias empresas, após uma série de negociações com o pesquisador. ²²⁰

Introduz, como enfoque da Ergonomia, na análise das complexas condições e organização do trabalho, a avaliação do trabalho **prescrito** e do trabalho **real**, objeto privilegiado da abordagem ergonômica atual, utilizando procedimentos como entrevistas individuais, questionário individual auto-aplicado, visitas e observação participante sistemática e assistemática em sala de controle com filmagens e gravação de períodos de atividade em situação real de trabalho.

Tendo como preocupação mudanças em salas de controle computadorizado de processo introduzidas na refinaria,

"... propõe-se a avaliar o trabalho prescrito e o trabalho real de controle de processos com Sistema Digital de Controle Distribuído - SCCD - ... [em] sala de controle de processos [dada a] variabilidade da atividade dos operadores, os longos períodos de supervisão do processo sem necessidade de intervenção, (...), a incerteza permanente e o perigo inerente ao processo de produção." ²²¹ (grifos nossos)

217. *Idem, Ibidem*, p. 59.

218. *Idem, Ibidem*, p. 14.

219. Ver a respeito LAURELL & NORIEGA, *op. cit.*, 1989 e BREILH et al., *op. cit.*, 1991.

220. Cf. PARAGUAY, *op. cit.*, 1995, Apresentação.

221. *Idem, Ibidem*, RESUMO.

Estuda uma população diferenciada, com perfil jovem, de alta escolaridade (3º grau ou técnico completo), que opera em TT desde a admissão e que apresenta A-D por doenças circulatórias, digestivas, endócrinas e do sistema ósteo-muscular, com porcentagem de dias perdidos igual ou superior ao dobro do horário administrativo. Observou-se que as queixas consensualmente apontadas associam-se à exigência de atenção, comunicação deficiente principalmente nas emergências, fadiga visual, isolamento, grande responsabilidade e afastamento da área de produção.

Trata-se de curiosa situação de trabalho que impõe o isolamento e a perda de contato com o processo produtivo e dá ao operador poderes de controle anteriormente sequer imaginados pela gerência e que, mesmo assim, acusa a exigência do resgate dos laços de solidariedade no trabalho em busca de saúde, através da

"... evolução do papel dos operadores em sala de controle com SCDC para o de integração e não somente regulação do sistema de produção e, como tal, altamente dependente do contexto sócio-técnico em que se dá. (...) retoma-se o conceito de distribuição móvel de funções (...), a importância dos locais e espaços de trabalho e a integração social decorrente e inseparável da atividade de trabalho (...) e, portanto, das repercussões sobre a saúde, (...), [e] que não se dissociam do trabalho em turnos e (...) configuram traços no conteúdo da vida no trabalho e fora do trabalho." 222 (grifos nossos)

Assim, a Ergonomia, através de seu olhar funcional, vai defrontar-se com o telos de um determinismo tecnológico futurista redivivo pelos projetistas e engenheiros, que abstraem os incidentes e disfunções ocorridos, quando procuram

"... reconstruir a atividade em situação real de trabalho, evidenciando que (...) engenheiros e projetistas (...) [têm] desconhecimento do cotidiano do trabalho e suas (...) fontes de variabilidade e respectivas estratégias operatórias de resolução ..." 223 (grifos nossos)

E, aqui, nesta complexidade, duas fontes importantes de "variabilidade" seriam o trabalho em turnos rodíziantes e o que varia previsível e imprevisivelmente no processo de trabalho.

Assim, para a realidade produtiva aqui pesquisada, e presente em processos de fluxo contínuo e automatização extrema, a clássica divisão social do trabalho entre planejamento e execução, deve ser revisitada, na medida em que as variabilidades do cotidiano do processo impõem uma superação do trabalho prescrito pelo real e, haveria conflito entre a

"... idéia do (...) funcionamento em períodos estáveis e a atividade constante dos operadores na prevenção e recuperação de disfunções ... subestima [-se] a complexidade das estratégias colocadas em prática (...) que asseguram a produção e a manutenção das situações tradicionais." 224 (grifos nossos)

Em sua positividade científica a Ergonomia é aqui definida instrumental-funcionalmente como:

222 . *Idem, Ibidem, Apresentação.*

223 . *Idem, Ibidem, p. 67.*

224 . *Idem, Ibidem, p. 70.*

"O conjunto de conhecimentos científicos relativos ao homem e necessários à concepção de instrumentos, máquinas e dispositivos que possam ser utilizados com o máximo de conforto, segurança e eficiência." 225 (grifos nossos)

E, para atingir tal abrangência, busca também um estatuto **interdisciplinar** ao dialogar com a Fisiologia, a Psicologia, a Higiene, a Toxicologia, a Antropologia, a Antropometria e a Sociologia, visando a melhoria operacional, reprojeter equipamentos e sistemas, seleção e treinamento.²²⁶

Quanta semelhança com as "ciências do comportamento" do início do século, mas que a historicidade faz incorporar um novo elemento agora advogado por certa ciência em grãos variados:

'... uma posição ética e pragmática' que se traduz (...), por 'levar em consideração a palavra dos trabalhadores' como fonte tão valiosa e - até mais - **insubstituível** que as referências bibliográficas." 227 (grifos nossos)

E, em se tratando de conceitos, observe-se, a propósito da categoria **processo de trabalho** - utilizada tanto pela Ergonomia como pela Saúde e Trabalho - como os enunciados assumem idéias diversas a depender do pólo teórico-epistemológico que os informam: funcionalismo ou materialismo-dialético.²²⁸

Assim, para a primeira

"processo de trabalho [é] (...) 'a sucessão, no tempo e no espaço, da ação conjunta do homem, dos meios de trabalho, dos materiais, da energia e da informação, dentro do sistema de trabalho.'" 229

Frise-se que, a depender dos conceitos assumidos e da metodologia de pesquisa subjacente, o peso a ser dado às relações capital-trabalho e ao papel do pólo trabalho na investigação é diverso, apesar das aparentes similitudes.

Assim, interessa ponderar o nível de participação dos trabalhadores no processo de investigação e seu compromisso com a transformação da realidade sob estudo.

Aqui a "participação" é dada através de entrevistas de uma amostra intencional de trabalhadores que são instados a levantar os aspectos negativos e positivos para a saúde das salas de controle. São mais frequentes como queixas crônicas aquelas de natureza psicológica como a irritabilidade e a ansiedade.²³⁰

Num segundo momento a pesquisa vai desenvolver-se em outra planta, por questões operacionais, mas a preocupação mantém-se quanto às relações processo produtivo e automação e a identificação das

225 . *Idem Ibidem*, p. 75.

226 . *Idem, Ibidem*, p. 76.

227 . *Idem Ibidem*, p. 80.

228 . A respeito dos pressupostos da teórico-metodológicos da pesquisa em Ciências Sociais, consultar BRUYNE, Paul de, HERMAN, Jacques e SCHOUTHEETE, Marc de *Dinâmica da Pesquisa em Ciências Sociais: os polos da prática metodológica*. Traduzido por Ruth Joffily. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1991. 252 p. 5ª edição. Tradução de *Dynamique de la recherche en sciences sociales*. Para a definição de processo de trabalho, à luz da abordagem em Saúde e Trabalho, consultar LAURELL & NORIEGA, *op. cit.*, 1989.

229 . PARAGUAY, *op. cit.*, 1995, p. 82.

230 . *Idem, Ibidem*, p. 89.

"... repercussões sobre a saúde e a vida ... [devido] a novas tecnologias (...) ou mudanças do controle de processo, condições e organização do trabalho e seus impactos." 231

Observe-se que na planta estudada ocorria a implantação da flexibilização do trabalho com diminuição do número de operadores após a adoção da 5ª. turma, o que traz reflexos sobre a carga e o ritmo de trabalho. 232

A coleta de dados de morbidade deu-se no banco de dados do serviço médico, correspondendo a um período de 10 meses, em 1993. É interessante assinalar que a o Serviço de Saúde Ocupacional (SSO) da empresa tinha seus olhos voltados para o A-D que era monitorado pelo Percentual de Tempo Perdido (PTP) método utilizado em todas as refinarias da Petrobrás.

Aqui é mister fazer-se uma digressão, a propósito do papel dos SSOs em fábricas cujo processo produtivo não mais interfere na saúde/doença mediante os clássicos indicadores como acidentes do trabalho e doenças profissionais, anteriormente objeto privilegiado da MT-SO. Isto aplica-se de maneira mais clara ainda quando se trata de operadores de sala de controle, alhaedos da área de produção. Diante disso, o objeto privilegiado passa a ser a morbidade cuja causalidade com o trabalho é menos explícita e aceita, mas que predomina entre os trabalhadores dessa categoria. Assim, assumem interesse as doenças digestivas, ósteo-musculares, cardiovasculares e mentais, as quais predominaram, a exceção das mentais, provavelmente devido ao período de coleta e origem dos dados. A negatividade sentida por mais de 40% dos operadores como relacionada à monotonia, ao isolamento, à maior responsabilidade e atenção individual, à perda de contato com a área e à dificuldade de comunicação em momentos de emergência de certa forma explicaria a morbidade observada em uma população jovem, com alto nível de formação técnica e cujas exigências de satisfação no trabalho são muito maiores. Da parte do capital, uma estratégia que se expressa no Efeito do Trabalhador Sadio (Ver capítulo 1), pode ser expressada pelo achado de um não ausentismo devido à diminuição de quadros e qualificação extremada. 233

A isso se associa um aprofundamento da "flexibilização" e da "re-engenharia" do trabalho na empresa, fruto das novas formas de gestão da força de trabalho num mundo globalizado:

"... descentralização, redução de níveis hierárquicos, simplificação de (...) procedimentos, enriquecimento das atividades de execução, equipes de trabalho para agilizar a tomada de decisão." 234

Esta dimensão não é apropriada pela autora que apenas diagnostica uma **disfunção**, na medida em que

"... os avanços técnicos da automação não [estão] coerentes ou integrados às modificações organizacionais simultaneamente introduzidas ou que se fariam necessárias." 235

E, ao criticar a visão dos ergonomistas/projetistas que priorizam questões menores como o mobiliário, iluminação e qualidade dos caracteres na tela do computador,

231. *Idem Ibidem*, p. 120-121.

232. Para uma discussão dessa retórica consultar SELIGMANN-SILVA, Edith *Desgaste mental no trabalho dominado*. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, Crtez, 1994. 322 p.

233. PARAGUAY, *op. cit.*, 1995, p. 231.

234. *Idem, Ibidem*, p. 235.

235. *Idem, Ibidem*, p. 235.

autora advoga a participação de outros atores como uma demanda social por eficiência tecnológica.²³⁶

Neste cenário parece não existir a necessidade da participação dos trabalhadores como agentes, já que caberia aos técnicos melhor "sensibilizados" a resolução dos problemas detectados, mesmo que historicamente a força de trabalho sob estudo tenha adquirido o nível de qualificação e de acúmulo anteriormente não observado. Aqui o discurso da Ergonomia afasta-se da Saúde do Trabalhador!

4.3.1. 4. Estudos de Toxicologia.

Os estudos aqui considerados como pertencentes à Toxicologia são dois e foram apresentados em 1989 e 1992.²³⁷

O primeiro deles, de caráter eminentemente experimental, objetivava descrever uma técnica laboratorial para detecção de metabólito do DDT, que tem efeitos cancerígenos, em tecido humano para uso em estudos populacionais.

O segundo, que utilizou o método epidemiológico para comparar grupos de trabalhadores expostos e não expostos a chumbo, surge em consequência de toda discussão e mobilização social que ocorreu em Bauru, em meados dos anos 80, a propósito da intoxicação por chumbo em trabalhadores de fábricas de baterias elétricas.

Ocorre, porém, que sua vinculação maior seria com a toxicologia clínica, na medida em que procura determinar a atividade química de duas enzimas de ação renal em trabalhadores expostos ao chumbo metálico em ambientes de trabalho e em não expostos. Ao lado disso, associou a atividade destas substâncias de ação renal com possíveis efeitos sobre a pressão arterial, mesmo em indivíduos com função renal considerada normal.

Dentro da HND, busca-se então detectar indicadores de efeito relacionados à função renal, em fase sub-clínica, num estágio ainda reversível da lesão renal associada ao descontrole da pressão arterial, esta largamente divulgada pela literatura como relacionada à exposição ocupacional ao chumbo metálico em ambientes de trabalho.

Situado então, no espaço da toxicologia clínica, trata-se de estudo que assume interesse pela sua realização motivada por um sério problema de Saúde Pública numa cidade do interior de São Paulo (Bauru) onde uma experiência de PST, a partir de 1985, levantou esta questão e tomou-a visível à opinião pública, com grande mobilização de trabalhadores e ação sindical.²³⁸

236 . Idem, *Ibidem*, p. 238.

237 . Ver 1. BRANDÃO, Joselito Bonfim *Análise de Resíduos de Policloreto de Bifenila em Tecido Celular Subcutâneo*. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) Departamento de Saúde Ambiental, Faculdade de Saúde Pública, 1989. 2. SANTOS, Antonio Cardozo dos *Efeitos Renais Crônicos em Trabalhadores Expostos ao Chumbo e suas relações com a Pressão Arterial*. Tese (Doutorado em Saúde Pública) Departamento de Saúde Ambiental, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 1992.

238 . Ver a respeito PIMENTA & CAPISTRANO FILHO, *op. cit.*, 1988, especialmente p. 47-83.

4.3.1.5. Estudos sobre Serviços de Medicina do Trabalho (SMT).

Influenciados fortemente pelas proposições funcionalistas emanadas da OMS e OIT que em 1950 definem os objetivos da Saúde Ocupacional, os estudos relativos aos SMTs, também funcionalmente conduzidos, têm como referência as Recomendações da OIT de n°. 97 datada de 1953 que propunha a "*criação dos Serviços médicos em locais de trabalho*" e de n°. 112 de 1959, sobre Serviços de Medicina do Trabalho-Saúde Ocupacional. O primeiro estudo data do ano de 1967, sendo seguido de outro com a mesma temática e configuração metódica, apresentado em 1973 e o último datando de 1984.²³⁹

O estudo de 1967 analisa uma amostra representativa desses Serviços, sua composição técnica, eficiência quanto à prevenção e articulação comunitária. Frise-se que é realizado num momento em que os Serviços Médicos de Empresas Industriais ainda não eram obrigatórios por lei e serviu de modelo para os outros estudos citados.

Na verdade complementa e amplia levantamento feito nos anos 50 por BEDRIKOW, no SESI, sobre a organização de Serviços Médicos de Empresa em fábricas do Município de São Paulo.²⁴⁰

É, então, um estudo pioneiro que se volta para a análise dos serviços que representam a institucionalização da Medicina do Trabalho no espaço do controle fabril.

Resultado da experiência profissional do autor como médico de empresa, propõe-se a fazer um balanço dos Serviços em São Paulo - a partir da fala dos médicos por eles responsáveis - que pareciam não cumprir seu papel "*eminente preventivo*", havendo

*"... nitida predominância das atividades médicas meramente assistenciais em detrimento daquelas características da Medicina Ocupacional - únicas realmente capazes de prevenir a possível ação nociva do trabalho sobre a saúde dos empregados."*²⁴¹ (grifo nosso)

Do ponto de vista acadêmico, é um estudo fundador que ao se antecipar na análise, traria subsídios para o conhecimento do organismo que seria o núcleo de toda a política do Estado brasileiro nos anos 70, agora denominados Serviços de Segurança, Higiene e Medicina do Trabalho. Considerando os vários discursos que conformam a Medicina Industrial, autor aponta sua relação com a Medicina Preventiva como defendia a Associação Médica Americana nos anos 60 e, posteriormente, com a própria Saúde Pública aplicada às populações operárias.

Nesse feixe de discursos que procuram conformar o estatuto científico da disciplina e definir sua prática, também ocupa espaço a Medicina Ocupacional, que vai estudar a articulação entre a tecnologia industrial, a biologia, a patologia e o

239. Consultar: 1. NOGUEIRA, Diogo Pupo *Serviços Médicos de Empresas Industriais (SMEs) no Município de São Paulo*. Tese (Doutorado) Departamento de Higiene do Trabalho, Faculdade de Higiene e Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 1967. 2. SPINOLA, Ademario Galvão *Serviços Médicos de Empresas Industriais em Salvador e Centro Industrial de Aratu*. Dissertação (Mestrado) Departamento de Saúde Ambiental, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 1973. 3. ROCHA, Gertrudes Cleide Mendes *Serviços Médicos de Empresas de São Luiz - Ma. com mais de 100 empregados*. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) Departamento de Saúde Ambiental, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 1984.

240. Conforme entrevista gravada concedida ao autor em 31/05/1994 por A, médico, ex-assessor de entidade técnica empresarial.

241. NOGUEIRA, *op. cit.*, 1967, p. iii.

comportamento dos trabalhadores, numa síntese das ciências do comportamento com a clínica.²⁴²

Procurando em sua origem, enfeixar seja o papel da higiene, da psicologia, da medicina do trabalho, suas várias definições informam na prática, a delimitação do espaço de abrangência dos SMEs, basicamente calcada nos exames de seleção e periódicos, numa visão idealizada de que buscava adaptar o trabalho ao homem, valorizar as capacidades dos candidatos e o diagnóstico precoce das doenças profissionais, numa postura não competidora com a medicina liberal, particularmente na Grã-Bretanha e nos EUA onde a Associação Médica procura separar nitidamente as atribuições da medicina de empresa e da medicina liberal.

No Brasil esta separação não ocorre porque as atividades desenvolvidas pelos SMEs tinham seu limite na abordagem imprimida e na formação da maioria dos médicos. Assim, para os primeiros "militantes" na área, com formação "higienista", a pretensa atuação preventiva ficava inviabilizada pois,

*"O problema era de formação dos médicos, eles faziam o que sabiam ... contratados pelas empresas ou por nepotismo, (...) ou por alguma outra ligação assim, né? Se você for querer identificar na ação destes indivíduos que eram importantes na profissão, alguma ação ligada realmente a uma atividade preventiva, não tem porque eles (...) nem tinham como fazer ... a atividade era apenas clínica, atendimento de casos (...) a formação veio vindo depois, (...) prá contar a idéia de que a atividade era predominantemente preventiva, que vem firmemente na Recomendação nº. 112 da OIT, todo mundo falava, mas ninguém fazia."*²⁴³

Tais limites irão balizar a apreensão do autor sobre a prática dos SMEs, já que uma vez adequada, seus benefícios seriam inconteste com diminuição de custos de produção, sendo um verdadeiro investimento de capital que renderia juros significativos rapidamente.²⁴⁴

De certa forma esta atuação médico-assistencial vinha cobrir lacunas na reprodução da força de trabalho pelo Estado, diante do fato de que os órgãos de Previdência Social (IAPs) eram deficientes na assistência.²⁴⁵

Como premissa, os SMEs deveriam atingir o objetivo dos serviços existentes nos EUA, conforme observara o decano sanitário BARROS BARRETO em visita àquele país no longínquo ano de 1925, ou seja: eminentemente preventivo, já que, parafraseando-o, uma "nova" abordagem científica abria caminhos auspiciosos em que

*"... a ciência sanitária [fornece] a educação higiênica com elementos novos e sob moldes modernos ..."*²⁴⁶ (grifos nossos)

Ocorre, porém, que a abordagem clínica prevalece e se acentua na década de 50, quando grupos de médicos propõem aos industriais do município da capital paulista

242. *Idem Ibidem*, p. 12.

243. Conforme entrevista gravada concedida ao autor em 31/05/1994 por A, médico e ex-assessor de entidade técnica empresarial.

244. NOGUEIRA, *op. cit.*, 1967, p. 31.

245. *Idem Ibidem*, p. 32.

246. *Idem Ibidem*, p. 33. Observe-se que a partir dessa época uma série de textos é produzida no Brasil a respeito do tema, conforme cita NOGUEIRA. Em 1937, BARRETO, João de Barros publica o tratado Higiene do Trabalho Industrial, no qual define as funções principais dos SMEs, calcadas na seleção e alocação dos operários, exames periódicos, educação sanitária, primeiros socorros, inspeção e vigilância dos locais de trabalho e investigação das causas de ausentismo, cooperação com outros serviços como de engenharia na prevenção de infortúnios. Em 1943, RIBEIRO, Benjamin Alves, decano da higiene do trabalho em São Paulo, propõe a criação de um SME no Instituto de Pesquisas Tecnológicas, ligado à Usp e publica Organização e funcionamento de uma serviços médico industrial, no Boletim do Instituto de Higiene, n. 80.

e de municípios vizinhos, serviços assistenciais para seus empregados e dependentes, mediante repasse de financiamento baseado na folha salarial. Tais serviços não atuam na área da higiene do trabalho, infringindo o modelo almejado.

Diante disso, a Recomendação 112/59 da OIT, com seu peso institucional, estimula o autor a empreender seu estudo.

Uma das preocupações que o moviam eram, também, as dificuldades que poderiam advir para os SMEs quando em 1964 Evaristo de Moraes Filho faz a proposta do Código do Trabalho, no qual inclui a adoção da Recomendação 112, o que poderia ser transformado em lei. ²⁴⁷

A influência da Higiene Industrial americana persiste, aqui, na medida em que utilizou-se instrumento adaptado do método de avaliação de eficiência dos SMEs proposto pelo "Committee on Industrial Health" vinculado ao "Health Advisory Council" da Câmara do Comércio dos EUA. Adotou-se uma pontuação para graduar esta eficiência, tomando a análise "objetiva".

Constatando a existência de uma prática mista de Medicina Ocupacional e não Ocupacional, autor revela a existência à época de 15% dos SMEs que eram "tercerizados", ou seja, sob contrato, era entidade médica autônoma que prestava o atendimento, fato mais prevalente nas grandes empresas. Não seriam tais instâncias o embrião do que algum tempo depois iria proliferar como Medicina de Grupo, a partir do convênio firmado entre o grupo Interclínicas e a Volkswagen do Brasil em 1964?

Apesar de não atuarem conforme os ditames eminentemente preventivos da Medicina do Trabalho-Saúde Ocupacional, os SMEs já "preveniam" a admissão em 55% das empresas estudadas, o que seria explicado pelo autor dentro de uma visão estreita das relações trabalho-saúde/doença, como uma estratégia contra ações indenizatórias,

"... das mais variadas doenças não ocupacionais, sob alegação de que o trabalho pudesse ter contribuído (...) para sua eclosão ou agravamento ... [com] métodos de exame (...) pré-admissional, torna-se cada vez maior a parcela de trabalhadores sub-normais que não consegue emprego." ²⁴⁸

Frise-se que não fazem parte desse universo as razões da produtividade e do controle da força de trabalho. Contudo, já se esboçava o claro papel normativo sobre a vida que os legítimos Serviços de Medicina do Trabalho passam a exercer nos anos 70. A esta prática, aliava-se ainda o controle do absentismo, pela justificação de faltas ao trabalho, papel que seria recriminado pela OIT, mas apoiado pelo autor, agora preocupado com a produtividade antes negada, porque evitaria abusos de faltas banais por doença, com bons resultados sobre a produção. ²⁴⁹

Como afastavam-se da utopia preventivista tão defendida pelos médicos "higienistas do trabalho", dos quais o autor fazia parte, numa realidade em que a separação medicina do trabalho-medicina liberal era descabida, os SMEs analisados mostraram-se "pouco eficientes".

²⁴⁷ . *Idem Ibidem*, cf. p. 39. Na verdade a proposta de Código do Trabalho elaborada pelo jurista Evaristo de Moraes Filho nunca foi transformada em lei, morrendo nos escaninhos da burocracia.

²⁴⁸ . NOGUEIRA, *op. cit.*, 1967, p. 81.

²⁴⁹ . *Idem, Ibidem*, p. 90.

Daí a conclusão **cientificamente** embasada de que tais Serviços, no conjunto da amostra, considerando-se os requisitos da OIT e de entidades científicas dos países altamente industrializados como a Associação Americana de Medicina do Trabalho e Higiene Industrial, eram sofríveis, tanto no aspecto de condições gerais de funcionamento, como no que se relacionava às atividades principais da Medicina Ocupacional.²⁵⁰

De certa forma, esta conclusão é compartilhada por MENDES (1986), cerca de vinte anos depois, agora analisando os SMEs como núcleos de uma política de Estado que pareceu sequer considerar os "achados" prenunciadores do estudo de NOGUEIRA.

No ano de 1973 é realizado estudo semelhante no Estado da Bahia, onde estava ocorrendo um surto industrial, particularmente a partir da criação do pólo do Centro Industrial de Aratu, sendo privilegiadas as empresas com mais de 100 empregados.

Os pressupostos da OIT também nortearam a pesquisa que se pautou pela coleta de dados também mediante questionário respondido pelo médico-chefe dos SMEs.

Autor, com tais pressupostos, **reproduz** estudo que tem NOGUEIRA (1967) como referência e vai analisar estatisticamente a existência (ou não) de associação entre as "variáveis" "condições gerais" dos SMEs e as "atividades de Medicina Ocupacional", de 30 empresas selecionadas.

Agora, dadas as exigências e cada vez maior complexidade da "sociedade tipicamente industrial", está melhor definido que atuando na SO o médico deve trilhar o caminho da Medicina Preventiva e tornar-se um "especialista polivalente", apesar do pouco crédito ainda dado à sua formação entre nós. Assim, ele deve ser

*"... um administrador, cientista social, toxicologista, ou qualquer coisa mais que apenas um competente clínico ... [ressalta] o papel da Medicina Preventiva e da pesquisa como elementos propulsores dos programas de Saúde Ocupacional. [mas] A educação médica em relação à prática da nova especialidade não tem recebido uma atenção mais séria por parte das escolas médicas."*²⁵¹ (grifos nossos)

E, é dos EUA que vem o modelo racionalizador adequado, na medida em que articula a Medicina Preventiva à Saúde Ocupacional e, apesar da realidade social impor práticas diversas, vislumbra-se a noção de uma medicina preventiva em sua relação com os agravos do trabalho:

*"... o papel da Saúde Ocupacional na sociedade moderna , destaca os aspectos preventivos (...) das mudanças surgidas nos E.U.A. que possibilitaram a implantação da medicina fabril, onde técnicos em medicina preventiva foram contratados para substituir os cirurgiões industriais e o tempo integral suplantou o tempo parcial."*²⁵² (grifos nossos)

Assim, aqui já é importante buscar-se atingir duas metas: a profissionalização do médico de fábrica e a definição de mercados onde não há mais espaço para não especialistas oriundos da prática liberal. Com isso é advogado um "status" diferenciado para o médico do trabalho, agora um **especialista** - e não um bom

250 . *Idem, Ibidem*, cf. p. 114.

251 . SPINOLA, *op. cit.*, 1973, p. 9.

252 . *Idem Ibidem*, p. 9.

cirurgião-clínico - que na chefia do SME deve estar **subordinado** à mais alta direção da empresa, sempre auxiliado pela figura chave do enfermeiro do trabalho. ²⁵³

À época do estudo, a formação especializada dos médicos em conhecimentos de Higiene e Medicina do Trabalho era semelhante à encontrada por NOGUEIRA, isto é, a minoria possuía-os. Contudo, evidentemente, isto não impedia que 29 das 30 empresas realizasse exames pré-admissionais, numa população migrante já debilitada e excedente, mesmo que fosse numa linha contrária à idealizada sob os princípios da SO, instrumentalizados pelo laboratório de "patologia" clínica, pois eram

"... bastante rígidos como critério de seleção, impossibilitando a aplicação dos conceitos atuais de SO, os quais visam aproveitar ao máximo os candidatos, (...) observa-se uma superestimação de dados laboratoriais (...) o que coloca à margem da mão-de-obra (...) certo número de indivíduos procedentes de zonas endêmicas de parasitoses [aliado ao] excesso de mão-de-obra não qualificada ou semi-qualificada, permitindo a busca de candidatos perfeitamente hígidos." ²⁵⁴ (grifos nossos)

Se, por um lado a seleção **excluiu**, os exames periódicos eram "liberalmente" realizados na minoria das empresas, mas em 75% daquelas com mais de 500 trabalhadores. Isto ocorria até com os grupos **especiais**, o que poderia influir na produção. Assim, não havia um olhar mais vigilante nem mesmo sobre gestantes, propensos a acidentes e nos mais expostos a riscos. ²⁵⁵

Observando uma melhora das atividades das pequenas para as grandes empresas, autor considera que a relação entre Condições Gerais e Atividades de Medicina Ocupacional **melhora** nas maiores empresas. Nenhuma palavra sobre a origem do capital dessas empresas, sua cultura institucional. Mais uma vez o **fetiche** da prevenção é negado pois a "prevenção primária" não é feita pelos SMEs, conforme conclui o autor. ²⁵⁶

O terceiro estudo que reproduz a abordagem de NOGUEIRA (1967) foi realizado em São Luiz do Maranhão em 1984, e analisa Serviços Médicos de empresas com mais de 100 trabalhadores. Aqui será a legislação do MTb já em vigor, que irá balizar a avaliação da qualidade, apesar de referência mandatória à Recomendação 112 da OIT.

O estudo, iniciado em 1982, também articula-se com o impactante desenvolvimento das forças produtivas naquele Estado do Brasil, devido a um grande projeto minero-metalúrgico, agrícola, pecuário e florestal, fomentado pelo maior investimento privado já realizado no país, da cerca de 1,5 bilhão de dólares, de iniciativa do grupo ALCOA/BILLTON, envolvendo 14.000 trabalhadores, num

"... momento inicial do impacto simultâneo de grandes investimentos, resultantes da mobilização de máquinas e trabalhadores, para a implantação do Corredor de Exportação de Carajás e do Complexo Industrial ALUMAR." ²⁵⁷

A metodologia adotada reproduz-se. Um traço comum dos outros estudos, também aqui é apontada pela autora a preocupação de um diálogo, nunca correspondido, com as autoridades de SO e

²⁵³ . *Idem, Ibidem*, cf. p. 10-11.

²⁵⁴ . *Idem Ibidem*, p. 66.

²⁵⁵ . *Idem, Ibidem*, p. 72.

²⁵⁶ . *Idem, Ibidem*, cf. p. 100.

²⁵⁷ . ROCHA, *op. cit.*, 1984, p. 2.

"... com as *Instituições responsáveis (...)* dessa *política a nível nacional e local, para o estabelecimento de diretrizes, (...)* que venham contribuir para a *promoção da saúde da grande massa de trabalhadores, (...)* exposta aos mais variados riscos de adoecer e de morrer, em decorrência dos agravos do trabalho." ²⁵⁸ (grifos nossos)

Como a reproduzir um refrão enfadonhamente repetido nos estudos, as atividades eram minoritariamente de medicina ocupacional "pura", havendo a coexistência de atividades curativas-assistenciais e de medicina do trabalho.

E, nessa realidade fervilhante e emergente, os SMEs conseguem ter total domínio sobre a doença nas empresas, priorizando as ações curativas, mas desviando-se dos seus objetivos primordiais, a prevenção! ²⁵⁹

A prática do exame médico de seleção reproduz-se em 18 das 19 empresas estudadas, havendo um refinamento na triagem, já que em 16 delas faz-se também um "screening" para verificar a capacidade psicossomática, como critério do Serviço para admitir novos candidatos. ²⁶⁰

O exame demissional, uma exigência agora implantada pela normatização do MTb de 1978, era realizado em apenas 2 empresas. Nenhum interesse em revelar as marcas das atividades insalubres e perigosas no corpo improdutivo que é expulso do processo produtivo que o esmaga. Mas ao estudo do fator humano nos ATs dedicam-se 12 das 19 empresas. Interesse majoritário é dedicado também ao estudo do A-D, isto é, em 10 (52,63%) das 19. O mesmo ocorre com as atividades de educação em saúde, apontadas pela autora como de real importância para a prevenção. ²⁶¹

Mais uma "panacéia" que, como advoga a Medicina do Trabalho irá fornecer conhecimentos aos desavisados trabalhadores para que protejam-se melhor contra acidentes e doenças no trabalho, mantendo-se intocados processo e organização do trabalho.

4.3.1.6. Estudos em Enfermagem do Trabalho.

Data de 1979 o primeiro estudo dos três relativos à Enfermagem do Trabalho, "*ramo da enfermagem de saúde pública*" e que, como caudatária da Medicina do Trabalho, vai tratar de temáticas afins. ²⁶²

258. *Idem, Ibidem*, p. 4.

259. *Idem, Ibidem*, cf. p. 22. Esta visão idealizada e funcional do papel dos SMEs é questionada de forma acerba, numa visão materialista-dialética por GONÇALVES, Ricardo Bruno Mendes *Medicina e História. Raízes Sociais do Trabalho Médico*. Dissertação (Mestrado em Medicina Preventiva), Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina de São Paulo, Universidade de São Paulo, 1979. Diz o autor que a atividade de seleção não é uma "prática preventiva, (...)": a finalidade da prática não é atender às necessidades enquanto ainda não se manifestaram ... o trabalho médico, neste caso, visa a qualificar a força de trabalho potencial como sendo ou não interessante, do ponto de vista do capital, para ser consumida produtivamente ..., o capitalista escolhe do mercado a força de trabalho que lhe interessa consumir como escolhe qualquer outra mercadoria." Quanto à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores "... sua finalidade útil equivale ao trabalho do capitalista de cuidar para que o conjunto de elementos da produção (...) sejam consumidos da forma mais produtiva possível, sem desperdícios ..." (p. 131-134) (grifo do autor)

260. ROCHA, *op. cit.*, 1984, p. 41.

261. *Idem, Ibidem*, cf. p. 60.

262. Ver a respeito, QUEIROZ, Vilma Machado de *Organização de Serviços de Enfermagem do Trabalho*. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) Departamento de Saúde Ambiental, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 1979. 2. QUEIROZ, Vilma Machado de *Curso de Especialização para Enfermagem do Trabalho: Avaliação e Proposta de Reestruturação Curricular*. Tese (Doutorado em Saúde Pública) Departamento de Saúde Ambiental, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 1986. 3. DOUGLAS, Joyce Lenora

A referida investigação problematiza, à semelhança dos estudos discutidos acima, a organização de Serviços de Enfermagem do Trabalho em empresas industriais.

O tema central é o estabelecimento de metodologia para organizar tais serviços, em grandes empresas que já tenham Serviços de Saúde Ocupacional, após normatização do MTb de 1978, a partir da experiência de estágio da autora em grande empresa metalúrgica, propondo uma espécie de "receituário" para seu planejamento e implantação, na perspectiva da

"... promoção, proteção e recuperação da saúde do trabalhador e de sua família, que requer, também, conhecimentos e habilidades (...) na área da Saúde Ocupacional." ²⁶³

Assim, situada na intersecção entre o campo da Saúde Pública e a Medicina do Trabalho-Saúde Ocupacional, a Enfermagem do Trabalho é o espaço de práticas e saberes que toma também para si o discurso preventivista e, ao lado de preocupar-se com a saúde dos trabalhadores, estende seu olhar para a vida, na perspectiva sistêmico-funcionalista da prevenção e do cuidado abrangente, seja no "macro-sistema" da comunidade, no "sistema" empresa, no "subsistema" serviço de saúde ou no "micro-sistema" da família, procurando atuar instrumentalmente, nos problemas de saúde que afetam o desempenho do trabalhador e visando a assistência global. ²⁶⁴

Convivendo numa situação ambígua em que sua identidade está sempre obscurecida pelo objeto de sua ação, a enfermagem tem sua existência presidida pela medicina. Daí uma autonomia limitada que, mesmo diante da ampla vocação apontada, acaba restringindo-se a uma "prestação (...) da assistência à saúde do trabalhador." ²⁶⁵ (que deve ser comparada a padrões existentes)

Centrando sua atenção na inserção da empresa na comunidade, autora utiliza-se de um modelo operacional, "o processo de enfermagem aplicado à enfermagem do trabalho" no qual abstrai-se a importância dos riscos do trabalho e, como se a realidade reproduzisse as relações empresa-comunidade da época das vilas-operárias, busca-se

"... avaliar as condições sanitárias da população, relacionando-as com as dos trabalhadores e suas famílias, (...), estabelecer prioridades para os programas de Saúde Ocupacional e Enfermagem do Trabalho; identificar a participação da empresa no controle de saúde da comunidade e verificar sua influência nas condições sanitárias da população." ²⁶⁶ (grifos nossos)

Quando se volta para a empresa, deverá a Enfermagem do Trabalho ter uma postura neutra e imparcial já que, ao deparar-se com a

"... estrutura organizacional (...), do ambiente, das operações de trabalho e das características dos trabalhadores ... a hierarquia (...) muito rígida [com] nítida distinção entre empresários e trabalhadores ... o enfermeiro do trabalho (e a equipe de saúde) não devem identificar-se com nenhum dos grupos (...) devendo manter a imparcialidade e a objetividade." ²⁶⁷ (grifos nossos)

Contribuição para o Conhecimento da Enfermagem que atua na Assistência à Saúde do Trabalhador na América Latina. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) Departamento de Saúde Ambiental, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 1992.

263 . QUEIROZ, op. cit., 1979, RESUMO.

264 . Idem, Ibidem, p. 6-7.

265 . Idem, Ibidem, p. 7.

266 . Idem, Ibidem, p. 22.

267 . Idem Ibidem, p. 28-30.

Discurso idealista que, julgando-se pela atuação anti-ética e despótica dos SESMETs, conforme mostrado por MENDES (1986), tem como contraparte uma prática que reproduz esta forma de atuar, ao ser copiada pela Enfermagem do Trabalho. Tendo, então, os limites de sua prática calcados no discurso da Medicina do Trabalho e Ocupacional, por sua vez fundado na HND, a Enfermagem do Trabalho vai tratar, em nome do trabalhador que não fala e de sua família, das mesmas questões, isto é, vai atuar na

"... eliminação e controle dos riscos ou comportamentos que podem resultar em acidentes ... em absenteísmo do trabalhador ... na conduta adequada nesse ambiente. [e na] ... interação do trabalhador com o meio, (...) fonte geradora de fatores que podem afetar a saúde do trabalhador [adotando] ... medidas de saúde e segurança para os expostos e suas famílias." 268 (grifos nossos)

Espaço normativo por excelência, a Enfermagem do Trabalho opera como subsidiária da Medicina do Trabalho, na interface trabalhador-família cuidando de

"... interagir com o trabalhador, proporcionando, (...) condições de diálogo e de aconselhamento de saúde ... controle do absenteísmo-doença por meio de: cooperação com o médico, avaliação do estado de saúde do trabalhador que retorna ao trabalho ... problemas de relacionamento, insatisfação ou não adaptação ao serviço e problemas familiares dos trabalhadores ... estud[ar] importância do fator humano nos acidentes do trabalho ..." 269 (grifos nossos)

Tendo como guia de sua atuação a produtividade, mascarada pela busca da eficiência, é sempre na perspectiva da promoção, proteção e recuperação da saúde de Leavell & Clark que se coloca a Enfermagem do Trabalho, por vezes palmilhando um terreno em que ética e informação caminham em sentidos contrários, em seu olhar vigilante, especialmente quando se trata de embates capital-trabalho, já que o sistema de registro da empresa

"... é importante como documento legal, podendo ser utilizado judicialmente ... deve ser confidencial, conter os dados cumulativos e ter informações pertinentes sobre a saúde de cada trabalhador." 270 (grifos nossos)

Resgatando códigos e posturas algo defasados no tempo, calcados nas ciências do comportamento dos anos 30-40, a Enfermagem do Trabalho, como ferramenta da Medicina do Trabalho, de forma intimista reitera sempre um discurso que em sua trama "imputa culpa à vítima", seja pelo seu comportamento "impróprio", pela "irresponsabilidade" ou "falha humana". Assim, os programas "preventivos" devem pautar-se pela

"... educação para a saúde, condicionamento físico dos trabalhadores e a mobilização (...) para assumir a responsabilidade de sua saúde ... prevenção de doenças cardíaco-vasculares, obesidade, desnutrição e da utilização de drogas e álcool ... assistência psicológica a esses trabalhadores para a mudança de comportamento ... estudo da importância do fator humano nos acidentes (...) análise das causas de fadiga (...); estudos das causas médicas do absenteísmo ..." 271 (grifos nossos)

268 . *Idem Ibidem*, p. 35-38.

269 . *Idem, Ibidem*, p. 46, p. 49-50 e p. 61.

270 . *Idem, Ibidem*, p. 82.

271 . *Idem, Ibidem*, p. 86-88.

Que discurso poderia ser mais complementar e aderido aos pressupostos da Medicina do Trabalho do que o assumido pela Enfermagem do Trabalho em sua busca pelo controle e prevenção? Não é por acaso que ao situar-se no cruzamento entre a Saúde Pública e a Medicina do Trabalho, vai avaliar sua eficiência pela normatização e mudanças de hábitos a partir da educação sanitária.

Assumindo estatuto de especialidade em 1978, mediante conteúdos estabelecidos pela Fundacentro a partir do Currículo Mínimo do Curso de Especialização para Enfermeiros do Trabalho (CEET), tal Currículo é objeto de revisão em 1986, constituindo-se na temática do segundo estudo, de autoria do mesmo autor, em vista das

"... insatisfações e preocupações quanto à real adequação da formação às necessidades da prática profissional e da assistência à saúde dos trabalhadores." 272

Partindo da opinião de coordenadores, professores e alunos, objetiva-se uma revisão e reestruturação curricular, mediante análise crítica do material coletado. Mais uma vez trata-se de um estudo calcado na **experiência pessoal** do autor, aqui buscando à revisão de modelos e experiências estrangeiras. Expressando, em certa medida, uma inquietação que coloca em tela uma busca de autonomização e identidade por referência à medicina, afirma-se que o CEET não exprime uma linha filosófica que tome clara a identidade e os objetivos do Curso.²⁷³

Incorporando termos que se aproximam do campo sob estudo, autora problematiza em um dos capítulos as relações entre *"Revolução Industrial e Saúde dos Trabalhadores no Brasil"*.²⁷⁴

A partir de um esboço histórico do desenvolvimento industrial brasileiro desde 1885, ano que marcaria o primeiro surto industrial; passa pelas greves dos anos 10 que marcam também a luta por melhores condições de trabalho e pelos anos 30 que expressariam

"... com a Revolução de 30, (...) uma preocupação maior com a saúde do trabalhador, sendo criado nesse ano, o Ministério do Trabalho e, com ele, começam a surgir numerosas leis de proteção à saúde do trabalhador." 275 (grifo nosso)

Se aqui, a propósito do acima referido, não se trata de problematizar o campo da Saúde do Trabalhador, é interessante pontuar em nome do rigorismo conceitual, que o termo saúde do trabalhador é utilizado num contexto histórico em que as condições de possibilidade ainda situavam as relações Estado-Sociedade na esfera da Higiene do Trabalho, conforme denominavam os próprios espaços institucionais citados pela autora que foram criados no MTb: **Inspetoria de Higiene e Segurança do Trabalho (1934), Serviço (1938) e Divisão (1942).**

Mesmo com a ressalva acima, na trajetória histórico-política traçada pelo autor, que interfere na revisão curricular proposta, fica evidenciada a influência das **tendências**, já referidas em capítulos anteriores, as quais nos anos seguintes vão contribuir para enfoques que conformam outras maneiras de olhar as relações trabalho e saúde/doença no Brasil. Apesar da linearidade histórica, aliada à uma genealogia

272 . QUEIROZ, *op. cit.*, 1986, p. XIII.

273 . *Idem, Ibidem*, p. XXIV.

274 . *Idem, Ibidem*, cf. p. 9.

275 . *Idem, Ibidem*, p. 14.

reducionista do ponto de vista teórico-conceitual, são assinalados alguns traços constitutivos da Saúde do Trabalhador: envolvimento da rede pública, influência das agências internacionais e atuação do movimento sindical de trabalhadores. Cita, então,

"Como tendências da Saúde Ocupacional (...) a de ampliação do conceito de Saúde Ocupacional para o de Saúde do trabalhador, evitando assim a dicotomia artificialmente criada entre saúde ou doença ocupacional e outra não ocupacional."

"Outra tendência, é a introdução, ainda que (...) experimental, de atividades de Saúde Ocupacional nos serviços públicos de saúde, visando atingir as pequenas empresas não cobertas pela legislação ... é uma tendência baseada em proposta da OMS, OPAS e da própria OIT."

"Uma terceira (...) é a preocupação e a participação crescente dos trabalhadores, através de seus órgãos de classe, na discussão dos aspectos relacionados à saúde ... [superando] a política de monetização do risco."

*"Tal fato vem demonstrar que, à medida que os trabalhadores tomam conhecimento da realidade objetiva dos meios de produção, eles têm uma tendência a se tornarem os próprios agentes de melhoria de suas condições de saúde."*²⁷⁶ (grifos nossos)

Incorporando uma visão crítica da enfermagem, anteriormente não explicitada, sobre seu papel eminentemente disciplinar, normativo e regulador, autora situa sua busca por **cientificidade** numa aproximação com o saber da medicina e sua autoridade. Daí resultando também a conformação do papel da enfermeira nas fábricas, isto é, **ensinar aos trabalhadores a prevenção de agravos.**²⁷⁷

Autora propõe, então, a adoção de uma abordagem "mudancista", dinâmica e crítica, para proceder à revisão curricular, que deve desmascarar poderes, interesses e consultar, dialogar permanentemente com os educandos.

Preocupada com o marco teórico que deve embasar a "filosofia" dos cursos, autora dialoga com autores da corrente da MSL, incorporando suas críticas no questionamento da visão clássica 'meio-ambientalista' da Saúde Ocupacional, deslocando o enfoque para a categoria 'processo de trabalho', sua 'historicidade' e caráter social, marcos que não vêm sendo adotados nos currículos existentes os quais careceriam também de "uma coesão interdisciplinar", característica fundamental do campo e claramente apreendida pela autora, que chama a atenção para a real ausência de contribuição dos currículos na perspectiva de integração teórico-prática intra e interdisciplinar.²⁷⁸

Apesar de ainda situar nos marcos da SO as propostas que constroem a Saúde do Trabalhador, autora avança na constituição de conteúdos curriculares que efetivamente discutam historicamente a categoria trabalho nas sociedades, as relações entre capital e trabalho e a problemática da saúde do trabalhador no país e suas tendências.²⁷⁹

Ao questionar as limitações da proposta de mudança curricular feita pela Fundacentro em 1984, autora aponta a carência

²⁷⁶ . *Idem, Ibidem*, p. 17-18.

²⁷⁷ . *Idem, Ibidem*, cf. p. 21 e 23.

²⁷⁸ . *Idem, Ibidem*, p. 91.

²⁷⁹ . *Idem, Ibidem*, p. 91 e 94.

"... de uma visão mais abrangente e mais voltada à análise crítica da realidade objetiva situando ... a *Saúde Ocupacional* (...) sob a ótica tecnicista, *sem inseri-la* no contexto sócio-econômico e nas *relações capital e trabalho* ... [impedindo] a formação de uma consciência crítica (...) quando se quer *alterar tal realidade*." 280 (grifos nossos)

Aqui, expressa-se com mais clareza o equívoco teórico-conceitual, na medida em que não situam no horizonte de visibilidade da SO questões como as contradições capital-trabalho, a realidade sócio-econômica e compromissos com mudanças efetivas desta realidade, são justamente estes os limites epistemológicos da Saúde Ocupacional e que a Saúde do Trabalhador procura superar, adotando outra vontade de saber.

Se as limitações da SO assumem caráter intransponível nos estreitos marcos dela própria, o diálogo com a realidade concreta traz interessantes sugestões quanto a mudanças no currículo. Assim, é proposto que na Disciplina Noções de Epidemiologia fosse suprimida terminologia legitimada pelo peso da Medicina Preventiva e seu uso por agências internacionais, ou seja,

"... o termo '*História Natural da Doença*', com o argumento de que esta é um processo '*não natural*' e sim um fenômeno com causas concretas. ... uma vez que foi amplamente divulgado por LEAVELL & CLARK, *sem a conotação referida*." 281 (grifos nossos)

Em sua procura constante por renovação conceitual, em outro momento são novamente as agências internacionais que balizam as propostas defendidas pela autora, quando busca no já citado Seminário realizado pela OPAS em Campinas em 1984, os fundamentos, ainda que formulados sob óticas que despolitizam o conceito de trabalho, para transitar pelo

"... conceito de *Saúde Ocupacional*, inserindo-o no conceito de assistência à Saúde do Trabalhador ... *passar do conceito de Saúde Ocupacional para o de Saúde dos Trabalhadores* ... [sendo o trabalho] *qualquer atividade desenvolvida pelo homem em sua vida produtiva e não restrita somente às 8-10 horas (...) na empresa*." 282 (grifos nossos)

O aprofundamento da mudança curricular avança em direção a temáticas só recentemente introduzidas pela relação interdisciplinar com a Psicopatologia do Trabalho, a Ergonomia e a Cronobiologia. Assim, propõe-se a incorporação

"Na unidade '*A Saúde do Trabalhador*': [de ações sobre] *Efeitos na saúde mental: (...) 'stress'; turno de trabalho; ciclo circadiano; efeitos da satisfação/insatisfação; inadequação ao trabalho*." 283

Ao lado disso, autora defende a introdução de disciplina de Psicologia e Sociologia do Trabalho com a adoção de conteúdos sobre divisão do trabalho, trabalho e capitalismo e, no que se refere aos aspectos de metodologia de ensino é proposto que um operário seja convidado para discutir suas vivências com os alunos.

Em sua constante preocupação com os aspectos conceituais, são introduzidos os conceitos de trabalho, saúde do trabalhador, enfermagem do trabalho, agora definidos em um marco muito próximo da MSL e

280. *Idem, Ibidem*, p. 99.

281. *Idem, Ibidem*, p. 111.

282. *Idem, Ibidem*, p. 131.

283. *Idem, Ibidem*, p. 156.

"... delineados, tendo como base referencial, o contexto das relações sociais e de trabalho do país, neste momento histórico." 284

[já que] 'A natureza social da doença não se verifica no caso clínico isolado, mas sim no modo de adoecer e morrer dos grupos humanos, mais especificamente, das classes sociais.'" 285

Observa-se que a determinação social do adoecer e morrer e o "modo de andar a vida" pesam mais agora do que a exposição aos riscos físicos, químicos, biológicos, próprios da visão clássica da MT-SO.

Nesse cenário caberá então ao técnico, envolver-se num constante compromisso com o trabalhador, mas que ainda não estaria emancipado, já que o enfermeiro deve tutelá-lo para envolvê-lo

"... no diagnóstico e na busca de soluções dos problemas identificados, estimulando (...) que o conjunto de trabalhadores tomem consciência da relação existente entre vida, trabalho e saúde e que juntos procurem a identificação e solução desses problemas ... *compartilha[ndo]* com os trabalhadores do saber técnico e social do enfermeiro, através (...) de ações individuais e coletivas, junto a eles. Essas ações serão desenvolvidas tanto ao nível do ambulatório médico, quanto do ambiente de trabalho ... " 286 (grifos nossos)

Observa-se, pois, que mesmo fazendo uma crítica aos currículos existentes e procurando ampliar o enfoque que vinha tradicionalmente informando os conteúdos curriculares dos CEETs, aproximando-se por vezes das formulações da MSL e da Saúde do Trabalhador, autora ainda situa a atuação do enfermeiro ao nível das empresas industriais, superestimando sua possibilidade de atuação em vista dos sabidos limites à autonomia profissional dentro delas, desconhecendo as potencialidades que se abriam naquele momento com a criação dos PSTs na rede pública de serviços de saúde, mercado-de-trabalho que incorporou posteriormente um razoável número de profissionais desta área.

E é justamente este o tema do estudo apresentado em 1992, que vai caracterizar a atuação dos profissionais de enfermagem que atuam na assistência em Saúde do Trabalhador na América Latina.

Trata-se de estudo exploratório qualitativo que, através de questionário cobriu 18 países de língua espanhola da América Latina, Central e do Norte, além do Brasil, exceto Honduras, Nicarágua e Peru. Na procura de situar o tema foram levantadas informações sobre

"... características do pessoal de enfermagem em geral, modelos de assistência à saúde do trabalhador, preparo e participação do pessoal de enfermagem nessa área." 287

Se a constatação generalizada é de uma atuação meramente assistencialista, de baixa cobertura, calcada no modelo da Medicina do Trabalho, conforme a experiência hegemônica também no Brasil, insinua-se a possibilidade de rompimento dessa comporta pelo viés da Saúde do Trabalhador, quando

284 . *Idem, Ibidem*, p. 217.

285 . AGUDELO (1981) apud QUEIROZ, *op. cit.*, 1986, p. 219. Trata-se da citação de autor "filiado" à "corrente" da Medicina Social Latinoamericana AGUDELO, Saul Franco La Salud y el Trabajo. *Rev. Facultad Nacional Salud Publ.*, v. 7, ns. 1/2, p. 7-15, 1981.

286 . QUEIROZ, *op. cit.*, 1986, p. 221.

287 . DOUGLAS, *op. cit.*, 1992, p. XV.

"... percebe-se que existe uma necessidade urgente de desenvolver e ampliar os programas de saúde a esses trabalhadores, baseando-se no conhecimento dos problemas envolvidos ..." ²⁸⁸ (grifos nossos)

Trata-se, então, de um discurso que incorpora a idéia de modelos programáticos de conformidade com a gênese dos PSTs na rede básica de serviços, numa perspectiva, quanto à enfermagem, de retirá-la de seu "habitat natural": a prática hospitalar. Aliado a isso, objetivou-se caracterizar os modelos de organização da assistência à saúde do trabalhador, composição da equipe multiprofissional, formação do enfermeiro e sua atuação no campo e, finalmente a participação dos trabalhadores e sua influência na atuação da enfermagem. ²⁸⁹

Situado do ponto de vista conceitual numa visão ainda ambientalista das relações trabalho-saúde/doença, estudo vai percorrer uma trajetória que o aproxima bastante do campo da Saúde do Trabalhador, ao constatar a falência do modelo baseado na Recomendação 112/59 da OIT: desvios éticos, ênfase curativo-assistencial. A prioridade dada pela OMS à atenção primária à saúde é outro vetor que influencia a abordagem, mesmo constatando-se que dos 18 países, apenas Cuba adotava um modelo hegemônico em que a rede básica era sua base de apoio. Nos outros predomina hegemonicamente o modelo dos Serviços de Medicina do Trabalho das empresas, sendo apontado que somente no Brasil, passam a conviver tais serviços com experiências programáticas na rede e sindicatos, recentemente. Na Argentina é citada a experiência de PST na rede na província de Rio Negro. ²⁹⁰

Observa-se que, em termos gerais, cerca de 25 anos depois das constatações do estudo de NOGUEIRA (1967), reproduzem-se na América Latina serviços que, como não poderia ser diferente,

"... funcionam mais em benefício do empregador (...) do que dos trabalhadores. Atividades de prevenção (...) bastante limitadas, os profissionais ficam 'entrincheirados' nos ambulatórios, durante o maior tempo ... As atividades assistenciais e o controle do absentismo predominam." ²⁹¹ (grifos nossos)

Por outro lado, constata-se também as dificuldades da incorporação na rede, também vivenciadas entre nós, já que

"Experiências de integração das atividades de saúde do trabalhador na rede básica têm tido boa aceitação entre trabalhadores. No entanto, apresentam dificuldades: descontinuidade política, falta de recursos, de apoio laboratorial e de equipamentos." ²⁹² (grifos nossos)

A aproximação da abordagem com a Saúde do Trabalhador confirma-se pelo peso específico importante dado à apreensão da participação dos trabalhadores, indo buscar em LAURELL ²⁹³ explicações para o entendimento dos elementos que interferem na melhoria das condições de trabalho que envolvem a correlação de forças entre trabalhadores e suas entidades de representação, as empresas e os órgãos

288 . *Idem, Ibidem*, p. 6.

289 . *Idem, Ibidem*, cf. p. 15.

290 . *Idem, Ibidem*, cf. p. 41.

291 . *Idem, Ibidem*, p. 47.

292 . *Idem, Ibidem*, p. 47.

293 . Ver a respeito, LAURELL, Ass Cristina. The role of union democracy in the struggle for workers' health in Mexico. *Int J Health Services*, v. 19, n. 2, p. 279-293, 1989.

governamentais em cada sociedade, situação que teria forte correlação com as crises do Estado, o desemprego e as mudanças da estrutura produtiva.

A questão da cidadania e do respeito aos direitos nos locais de trabalho, com instâncias de representação autônomas é outro ponto levantado e pouco reconhecido na realidade analisada, apesar de inscritos nas leis maiores de países como Brasil e Colômbia, por exemplo. Mas, mesmo diante disso, é apontado, na perspectiva da construção da Saúde no Trabalho - afirmação esta sujeita a análises mais detidas - que haveria uma tendência pedagógica em que

"As atividades dos trabalhadores nesta área não mais se restringem (...) a reivindicações quanto à melhoria da assistência médica e aumento das compensações monetárias pelo trabalho em condições insalubres. As condições de trabalho têm sido, (...), motivo para uma organização da categoria, educando e mobilizando as bases em torno dos problemas." ²⁹⁴ (grifos nossos)

Para corroborar suas afirmações autora cita estudo do Centro Latino Americano de Segurança do Trabalho (CLASET) da OIT que assinala uma série de pontos que têm composto a agenda do sindicalismo mais combativo, dentro do movimento de luta pela Saúde do Trabalhador, cujos exemplos podem ser mapeados na trajetória recente dos sindicatos no Brasil e

"... vêm sendo desenvolvidas em maior ou menor grau em diferentes épocas e em diferentes países da América Latina (...):

criação de departamentos de saúde e segurança do trabalho em sindicatos e centrais sindicais; (...); (...); diagnósticos setoriais; inclusão de temas da área nos cursos de formação sindical; realização de (...) de capacitação e debates; introdução de cláusulas sobre melhoria de condições de trabalho (...); realização de denúncias de condições de trabalho; participação nas inspeções e demanda por estas." ²⁹⁵ (grifos nossos)

Por fim, se a preocupação com a formação graduada e pós-graduada da enfermagem do trabalho, aponta para sua fraqueza institucional na maioria dos países analisados, é no ensino da Saúde Pública que se busca o instrumental articulador para implementar a saúde do trabalhador, na intersecção entre a educação em saúde, a epidemiologia e o planejamento de serviços, buscando superar a abordagem clássica da enfermagem, aqui explicitada sem interditos, já que quando atua no

"... tratamento de problemas comuns de saúde, (...) [na] manutenção da força de trabalho[é] visando o aumento da produtividade da empresa, a redução dos gastos em saúde, (...) redução do absenteísmo e da rotatividade ..." ²⁹⁶ (grifos nossos)

Ocorre, porém, que nesta superação ainda persiste um olhar embassado pela postura conservadora das agências internacionais como a OMS, reservando aos PSTs limites estreitos - que devem ser ultrapassados na busca pela contra-hegemonia - pois apesar de experiências isoladas na Argentina, Brasil e Colômbia, suas atividades

294 . DOUGLAS, *op. cit.*, 1992, p. 59.

295 . *Idem, Ibidem*, p. 60.

296 . *Idem, Ibidem*, p. 81.

"... têm-se mostrado favoráveis no sentido de ampliar a cobertura a trabalhadores de pequenas empresas, de setores informais da economia e do setor agrícola (...) descobertos pelos modelos mais tradicionais." ²⁹⁷ (grifos nossos)

A atestar a influência da MSL na elaboração do estudo estão referências bibliográficas de autores como GARCIA (1983); DIESAT (1985); LAURELL (1989 a e 1989 b); POSSAS (1981) e SEPÚLVEDA (1987). ²⁹⁸

4.3.1.7. Estudos sobre Políticas em Saúde do Trabalhador.

Dentro desta temática situam-se dois estudos cujos objetos são polares, mas não antagônicos. Um deles discute a proposta de uma política organizacional em âmbito nacional e é datado de 1986, época fervilhante para o campo da Saúde do Trabalhador, em termos de idéias e práticas; o outro, realizado 10 anos depois, está voltado para a discussão da política gerencial e a saúde no âmbito de uma empresa que passou por reestruturação produtiva, tema fervilhante para as relações capital-trabalho, hoje. ²⁹⁹

O estudo de 1986 constrói um marco delimitador que o aproxima do campo da Saúde do Trabalhador, apesar da terminologia utilizada, ao procurar sistematizar a discussão que se dava ao nível internacional e nacional, à propósito das modificações que ocorriam no campo da Saúde Ocupacional (SO).

Trata-se de uma abordagem qualitativa que se utiliza do "estudo de casos" e propõe-se a defender a necessidade de incorporação da SO pelo "Setor Saúde", tanto em termos doutrinários, como programáticos, seguindo uma tendência que era acenada também pelos organismos internacionais como a OIT e OMS-OPAS, com desdobramentos institucionais dentro do Aparelho de Estado e na Sociedade Civil brasileiros, o que também é analisado.

É interessante assinalar que o estudo realiza-se no espaço da Disciplina de "Organização de Serviços de Higiene e Medicina do Trabalho e Controle Médico" do Departamento de Saúde Ambiental da Faculdade de Saúde Pública da Usp, abordando uma temática que questiona e ultrapassa o campo de abrangência da própria disciplina onde foi gestado.

Trabalhando com conceitos, normatizações, doutrinas, autor propõe-se a proceder à uma revisão crítica do modelo da política de SO vigente, buscando convencer da necessidade de sua mudança, colocando a centralidade do papel do Setor Saúde neste processo de modificação.

²⁹⁷. *Idem, Ibidem*, p. 106.

²⁹⁸. É interessante assinalar que na citação do livro *De Que Adoecem e Morrem os Trabalhadores*, organizado por RIBEIRO & LACAZ e editado/publicado pelo DIESAT em 1985, autora tenha identificado o editor nas referências bibliográficas e não os coordenadores. As outras citações referem-se a GARCIA *op. cit.*, 1983; LAURELL, Asa Cristina "Apuntes para el curso monográfico 'proceso de trabajo y salud'. México: UAM-Xochimilco, 1989a [mimeografado] e The role of union democracy in the struggle for workers' health in Mexico. *Int J Health Serv.* v. 19, n. 2, p. 279-293, 1989b; POSSAS, *op. cit.*, 1981 e SEPÚLVEDA, Jaime S. Crisis y salud de los trabajadores en América Latina. *Cuadernos Médico Sociales*, Rosario, v. 40, p. 5-24, 1987.

²⁹⁹. Consultar: 1. MENDES, René *Doutrina e Prática da Integração da Saúde Ocupacional no Setor Saúde: Contribuição para a definição de uma Política*. Tese (Livre Docência) Departamento de Saúde Ambiental, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 1986. 2. MONTEIRO, Maria Sílvia *Gestão Participativa no Trabalho e Saúde: Um estudo de caso*. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) Departamento de Saúde Ambiental, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 1995.

Partindo da constatação de uma grande "fragmentação de responsabilidades e atribuições" na organização da SO no país, com "insatisfatória participação do Setor Saúde", são apontados motivos para rever o "atual modelo de organização" dado seu caráter excludente, qualitativamente não satisfatório, não renovado e não permeável à

"... influência de novas forças e tendências (...), no atual momento político no Brasil; dentre estas, (...) a universalização do direito à saúde, influência do 'movimento preventivista' e a influência do movimento sindical." ³⁰⁰

Utilizando o conceito de "integração" para operacionalizar a proposta da SO dentro do Setor Saúde, chama a atenção para seu papel central na definição "programática" para o Sistema de Saúde, aglutinando políticas, planos e ações programadas até então dispersos em vários outros setores do Aparelho de Estado. Tal integração estaria justificada pela "coerência e racionalização" (grifos no original) dadas: 1. pela importância da "ocupação" na determinação e impacto sobre o perfil de morbimortalidade - "ocupacional e não ocupacional" - das populações; 2. pela existência de uma rede de serviços de saúde cuja capilaridade aproxima-a de 'onde as pessoas vivem e trabalham' de acordo com as recomendações da Declaração de Alma Ata. ³⁰¹

Se aqui já se insinua uma idéia que acompanha toda a argumentação na qual a ocupação é elevada a um "status" que a confunde com o próprio trabalho, perdendo o peso explicativo que a MSL lhe dá enquanto relação social processual, por outro lado a legitimação do outro termo da propositura tem sua base assegurada pelo discurso normativo da OMS, o que lhe dá forte conotação de consenso, aspecto este reforçado pelos exemplos internacionais de integração praticados na Itália, Finlândia e Canadá (Québec). A estimular internamente a proposta estão as experiências já detectadas de "integração da SO no Setor Saúde", o que é exemplificado pelo estudo de 16 casos representativos da realidade brasileira, cuja escolha foi realizada levando em consideração visitas, a análise documental e a visibilidade social adquirida, ou sua maturidade e divulgação na sociedade. ³⁰²

Finalmente a empreitada ancora-se na proposição de estratégias gradualistas para a incorporação, visando ao reforço da 'Reforma Sanitária' e a construção de uma "Política Nacional de Saúde do Trabalhador", como parte da Política Nacional de Saúde no Sistema Nacional de Saúde, o que pressupõe o debate da proposta com a sociedade e o fortalecimento das experiências em curso como parte de uma prioridade das políticas de Estado. Com isso, vislumbra-se como horizonte possível àquela época o processo da Reforma Sanitária então em andamento e a consolidação dos projetos existentes na rede básica de saúde em várias regiões do Brasil, particularmente em São Paulo, mediante financiamento, formação e normatização de práticas em Saúde Pública - como da Vigilância Epidemiológica - perspectivas estas que serão motivo de análise histórica nesta tese, por referência à São Paulo.

Transitando sempre dentro de uma ambiguidade terminológica que ora parece confundir SO e Saúde do Trabalhador, ora identifica tais campos, questão esta melhor esclarecida nos anos posteriores, autor constata, ao confundi-los, a

300 . MENDES, *op. cit.*, 1986, p. VIII.

301 . *Idem, Ibidem*, cf. p. VIII.

302 . *Idem, Ibidem*, p. IX.

"... obsolescência da *organização hodierna da Saúde Ocupacional no Brasil [daí ser] inadiável a revisão, a curto prazo, do conteúdo e da forma com que ela está organizada.*" 303 (grifos nossos)

Porque limita-se ao aspecto **doutrinário** organizacional, acaba sendo **interditada** a discussão teórico-conceitual dos campos, daí não ser resolvida a ambiguidade acima apontada, o que poderia ser buscado na análise de significado (conteúdo) e **significante** (forma) de ambos os campos, ora confundidos ou ora distintivos. 304

E é justamente esta preocupação com a organização institucional que vai explicar o lugar ocupado pela relação trabalho-saúde no aparato oficial desde o sanitarismo de Oswaldo Cruz, passando pela Reforma Carlos Chagas, dentro do campo da Saúde Pública, até ser incorporada pelo Setor Trabalho, nos anos 30, agora dentro do Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio, trajetória esta que descarta do caráter instrumental que assume a saúde agora como objeto de interesse privado do capital industrial emergente, daí sua busca pelo controle científico e **individual** da saúde, que então aparece como **foco** de atuação da Inspeção de **Higiene e Segurança** do Trabalho, em 1934. 305 Sob este enfoque não deveria estranhar tal perda, como é sugerido pelo autor. 306

Adotando uma crítica que se resolve e atualiza, anos depois, na posição assumida pelo movimento sanitário e de trabalhadores nos PSTs, ou seja, o alheamento, desde então, do Setor Saúde; autor aponta para o traço característico das décadas seguintes, que perpassa todas as mudanças inclusive a promovida pela Lei 6.229 de 17/07/75 que tratava da organização do Sistema Nacional de Saúde, mantendo a dicotomia das "ações de SO" dispersas entre: preventivo-curativo; coletivo-individual; público-privado e biológico-ambiental.

Assim, tal tipo de organização traria consigo as razões para sua **revisão**: baixa cobertura dada pelos SESMETs, dos quais ficam **de fora** os trabalhadores agrícolas, do setor informal, sub-empregados e desempregados; desvios éticos e discutível credibilidade; ausência de autonomia profissional.

Busca-se, então, para além das críticas internas apontadas, um referencial no discurso a na formulação das agências internacionais que também passam por uma revisão de conceitos, práticas e enfoques. Ao nível da OIT é lançado em 1976 um "*enfoque holístico*", representado pelo Programa Internacional de Melhoramento das Condições de Trabalho (PIACT) que seria

"... o ponto de encontro entre duas importantes tendências: uma, dirigida ao *melhoramento da qualidade geral de vida* '... aspiração básica para a humanidade de hoje e que não pode sofrer solução de continuidade no portão da fábrica' ... e outra, concernente a uma maior

303 . *Idem, Ibidem*, p. 3.

304 . Como refere FOUCAULT (1996) quando discute os mecanismos "de controle e delimitação do discurso" (p. 21), existem procedimentos de controle internos como a submeter o próprio acontecimento, sendo a doutrina um destes mecanismos "[...] e é pela partilha de um só e mesmo conjunto de discursos que indivíduos, tão numerosos quanto se queira imaginar, definem sua pertença recíproca ... Mas, inversamente a doutrina questiona os enunciados a partir dos sujeitos que falam, ... liga os indivíduos a certos tipos de enunciação e lhes proíbe, conseqüentemente todos os outros ... a doutrina realiza uma dupla sujeição: dos sujeitos que falam aos discursos e dos discursos ao grupo, (...), dos indivíduos que falam." (p. 42-43) (grifos nossos)

305 . Para uma discussão mais detalhada desta questão ver Capítulo I da tese, quando se discute a posição do empresariado paulista nos anos 30-40 em adotar o uso das ciências do comportamento e a medicina de fábrica para a seleção e o controle da mão de obra, fator importante da produção industrial, agora hegemônica, que se iniciava.

306 . MENDES, *op. cit.*, 1986, p. 4.

participação dos trabalhadores (grifo no original) nas decisões que diretamente dizem respeito à sua vida profissional ... a 'carga de trabalho', a duração da jornada, (...), a organização e o conteúdo do trabalho, as condições de trabalho e a escolha da tecnologia, o melhoramento das condições gerais de vida ..." 307 (grifado no original)

Para a OMS também é necessário uma revisão auto-crítica, cuja matriz discursiva está consubstanciada nas diretrizes de 1977 da 'Saúde para Todos até o ano 2000' e na visibilidade que lhe dá a Conferência de Alma Ata em 1978, na forma do conceito de "cuidados primários de saúde" adotando-se, assim, o

"... mesmo enfoque globalizante, o qual também está presente no discurso recente (...) quando, por exemplo, muda a denominação de seu programa de 'saúde ocupacional' para a de 'saúde dos trabalhadores'. Reconhece a OMS, no começo desta década, que 'a preocupação básica dos serviços de SO tem sido tradicionalmente proteger a saúde do trabalhador, em relação ao seu ambiente de trabalho. Contudo em adição aos riscos à saúde determinados pela ocupação, os problemas de saúde dos trabalhadores (...) são prevalentes na sua comunidade' ... os modelos tradicionais de 'Serviços de Saúde Ocupacional' nos locais de trabalho (...) 'é um sistema que tampouco foi bem sucedido no controle de acidentes a doenças profissionais, a julgar pela permanência de significativa magnitude', em muitas empresas e na maioria dos países." 308 (grifos nossos)

Dentro desse sistema complexo, holístico, globalizante, com tal visão de causação múltipla, cabe indagar se as partes não são maiores que o todo, na medida em que na realidade concreta do processo de trabalho e seus componentes (e não da ocupação) pode estar a explicação para grande parte do mal-estar, adoecimento e morte das populações trabalhadoras sem que se despolitize tal determinação e seu controle - como aliás já haviam proposto os trabalhadores italianos no final dos anos 60 e início dos 70 - diluindo-a dentro do "ambiente de vida", sobre o qual a atuação dos trabalhadores, enquanto classe é mais distante. Assim, vista sob este ângulo, a Saúde dos Trabalhadores seria maior do que o todo.

O fato é que, durante o final dos anos 70 e início dos 80, ocorrem importantes mudanças na formulação da OMS relativa aos serviços de saúde ocupacional, que agora devem inserir-se na rede básica sem se limitar aos problemas ocupacionais clássicos ao lado de contemplar a participação dos trabalhadores. Tal posicionamento repercute na OPAS e esta, em 1983, propõe como

"... o principal enfoque estratégico (...) em matéria de saúde dos trabalhadores (...) cooperar com os países para que a introdução de ações (...) na rede e nos programas de saúde seja considerada nas políticas de saúde e progressiva e adequadamente implantada ou fortalecida." 309 (grifos nossos)

Da mesma forma, reconhece o autor, age a OIT ao adotar em 1985 o 'Serviço de Saúde no Trabalho', como expressão de uma conceituação ampliada - porque também pressupõe a "multidisciplinaridade" - da Medicina do Trabalho para Saúde no Trabalho, o que envolve uma visão diacrônica do processo que, como se procurou mostrar no capítulo 3, não ocorreu de maneira linear e nem tampouco sem rupturas conceituais e metodológicas.

307 . *Idem, Ibidem*, p. 26.

308 . *Idem, Ibidem*, p. 27.

309 . *Idem, Ibidem*, p. 32.

Em sua aproximação, por um outro flanco, com a Saúde do Trabalhador, o estudo levanta "*influências de novas forças e tendências sobre a Saúde Ocupacional, (...) no Brasil.*" Neste caso, alude à "*Universalização do direito à saúde*" - o qual foi posteriormente consagrado na Constituição Federal de 1988, coroando uma luta histórica do Movimento Sanitário - transitando da '*Medicina Comunitária*' dos anos 60-70, pela '*extensão de cobertura*' de meados dos 70', pelo frustrado 'Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde -PREV-SAÚDE', pelo Plano do CONASP, até aportar nas Ações Integradas de Saúde (AIS) e seus mecanismos '*de articulação e consenso*', os colegiados da CIS, CRIS e CLIS, conforme resolução da CIPLAN de 1984. E, ao vislumbrar na 'Nova República' um impulso para o tema, apreende a importância da VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em março de 1986, cujo lema "*Saúde como Direito*", coloca em outro patamar a discussão, conforme expressa a utopia socializante do discurso veiculado em seu relatório final, à propósito das relações saúde e trabalho, apontando para o Sistema Único de Saúde (SUS) e os pressupostos de integração, descentralização, regionalização, hierarquização, participação da comunidade, fortalecimento dos municípios, que reforçariam a reorientação da "*organização da SO ... em nosso país.*" Assim, busca-se atingir, em síntese,

"... o trabalho em condições dignas, com amplo conhecimento e controle dos trabalhadores sobre o processo e o ambiente de trabalho' como uma das manifestações do pleno exercício do direito à saúde." ³¹⁰ (grifos nossos)

Outro elemento de aproximação é a apreensão da "*Influência do movimento preventivista*", melhor definida pela expressão, a partir dos Departamentos de Medicina Preventiva e Social, de alguns indicadores tais como o número de dissertações, teses, projetos, textos instrucionais e encontros científicos. ³¹¹

Aqui poder-se-ia redargüir se o despertar dos Departamentos não teria sido algo tardio, tendo em vista que a temática do "boom" do capitalismo industrial brasileiro e suas consequências diretas sobre a saúde dos trabalhadores esteve aí interdita, somente começando a ser objeto de interesse no final dos anos 70, conforme atesta levantamento de dissertações e teses realizadas em São Paulo. ³¹² Mesmo assim, é relevante apontar a percepção de que a partir do campo da Medicina Social surgem estudos, lideranças e profissionais que irão ter atuação destacada na formulação de políticas e pesquisas, bem como assessorias ao movimento sindical neste campo, tendo como desaguadouro comum eventos e discussões organizados pelo CEBES e pela ABRASCO, como a 'I Reunião Nacional sobre Ensino e Pesquisa em Saúde Ocupacional' realizada em 1983 em Campos do Jordão, evento em que houve um

"... exercício concreto de 'ligação' entre estes 'grupos emergentes', (...), e os que há mais tempo militavam no ensino e pesquisa da Saúde Ocupacional, 'tradicionais' quiçá." ³¹³

Também cabe à Saúde Pública, defende o autor, um papel importante na introdução deste debate ao nível dos serviços de saúde, sendo exemplo desta empreitada Seminários como o da OPAS-Unicamp, em março de 1984 e o organizado pelo Instituto de

310 . *Idem, Ibidem*, p. 40.

311 . *Idem, Ibidem*, cf. p. 42.

312 . Observe-se que conforme levantamento de dissertações e teses realizado nos Departamentos de Medicina Preventiva e/ou Social das Faculdades de Medicina de São Paulo, Ribeirão Preto e Campinas é apenas a partir de 1980 que estudos sobre a realidade industrial paulista são divulgados. O primeiro deles é o de GOLDBAUM, Moisés *Saúde e Trabalho: a Doença de Chagas no Setor Industrial*. Tese (Doutorado em Medicina Preventiva) Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina de São Paulo, Universidade de São Paulo, 1980.

313 . MENDES, *op. cit.*, 1986, p. 45.

Saúde em agosto do mesmo ano: "Estratégias para Implantação de Ações de Saúde do Trabalhador na Rede Básica da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo". Deste envolvimento teriam sido gestadas

"... duas vertentes que nascem juntas e se separam: a dos 'grupos emergentes' de pesquisadores e formuladores de propostas políticas e a dos 'sanitaristas' que estão tratando de pôr em prática Programas de Saúde do Trabalhador nos serviços de saúde." ³¹⁴ (grifos nossos)

Mais ainda, em termos prospectivos, segundo o autor, os dois grupos poderiam ter limitações semelhantes àquelas apontadas por AROUCA (1975) quanto ao movimento preventivista que

"... em síntese, possui uma baixa densidade política ao não realizar modificações nas relações sociais concretas, e (...) alta densidade ideológica ao construir, através do seu discurso, uma construção teórico-ideológica daquelas relações." ³¹⁵ (grifos nossos)

De fato poder-se-ia comparar os dois movimentos. Ocorre, porém, que tal comparação teria os fatores de sua equação com sinais trocados, ou seja, aquele pela Saúde dos Trabalhadores teria apresentado uma alta densidade política, pela sua aproximação e enfrentamento de embates com o capital, cerrando fileiras junto a importantes setores do movimento sindical, pelos menos em seu início, nos anos 80, e uma baixa densidade ideológica, até que incorporasse as contribuições teórico-metodológicas da MSL, quando observa-se uma aproximação entre serviços e academia, particularmente no final dos 80 e início dos 90, representada pelo número de sanitaristas que hoje desenvolvem ou já desenvolveram dissertações e teses neste campo.

Finalmente, um terceiro elemento que aproxima o estudo ao campo é aquilo que o autor denomina de "*Influência do movimento sindical*" que se expressa pela

"... participação dos trabalhadores, através de suas organizações representativas ... [pela] própria evolução recente do movimento sindical no Brasil ... [antes] entretido em atividades assistenciais. (...) no campo da saúde." ³¹⁶ (grifos nossos)

A reforçar tal tendência estariam posicionamentos políticos concretos do movimento sindical como a criação da CISAT e a realização das Semanas de Saúde do Trabalhador (SEMSATs) a partir de 1979, a fundação do DIESAT em 1980 e as pautas "de saúde e trabalho" dentro dos contratos coletivos de trabalho, período cuja maior visibilidade é dada pelo "*livro do DIESAT 'De que Adoecem e Morrem os Trabalhadores'*", de 1985.

Tal envolvimento do sindicalismo ao lado de superar a 'monetização do risco', aponta para uma maior compreensão das relações saúde e trabalho, na nocividade da organização e divisão do trabalho, ritmo, jornada, percebendo que a saúde no trabalho não representa uma questão médica. ³¹⁷

Por outro lado, é também captado como indutor de mudanças, nos órgãos oficiais de Previdência que são pressionados a readmitir a participação dos trabalhadores na sua gestão e de saúde, o que pode ser atestado pelos PSTs; bem como das empresas, mediante denúncias de sua má-prática, com

314. *Idem, Ibidem*, p. 49.

315. Ver AROUCA, *op. cit.*, 1975.

316. *Idem, Ibidem*, p. 50.

317. *Idem, Ibidem*, p. 52. São expressões deste "despertar" as greves e lutas por melhoria das condições de trabalho retratadas pelo DIESAT em *Insalubridade - Morte Lenta no Trabalho* de 1989, a defesa na Constituinte da redução da jornada em TT e pela introdução da 5ª. turma, dentre outras.

"... sub-produtos e 'benefícios' sobre o atual modelo de organização da Saúde Ocupacional no país ... em assuntos de saúde do trabalhador (incluindo aspectos de Saúde Ambiental) ... [os Serviços de Empresa] questionados ou vigiados pelos trabalhadores organizados, estão reagindo no sentido de reajustar, corrigir ou aperfeiçoar condutas técnicas e éticas." 318

Assim, para o autor é baseado na idéia de "integração" que deve ocorrer a incorporação dos novos desafios nos programas existentes e, assim, alguns procedimentos são colocados como estratégicos para disseminar a proposta: a anamnese ocupacional no atendimento de uma clientela de adultos trabalhadores anteriormente às AIS excluída da rede básica, acoplada à Vigilância Epidemiológica de questões de Saúde Pública, que deve incluir agora os danos relacionados com a trabalho. Trata-se de um movimento de mão dupla, articulando o atendimento clínico individual, aqui transformado no "evento sentinela" que acionaria a intervenção/vigilância no coletivo das condições e ambientes de trabalho. Para que tal "novidade" impregne "corações e mentes", propõe-se a abordagem sistêmica, aqui entendida como

"... o mecanismo que transforma os recursos gerais de uma sociedade (conhecimentos, pessoal e capital) em serviços especiais cuja finalidade é atender os problemas de saúde dessa sociedade. Compreende todas as instituições, atividades e esforços da sociedade relacionados com a saúde de seus membros." 319 (grifos nossos)

Mesmo que se estivesse prestes a atingir a "utopia socializante" advogada no Relatório final da VIII Conferência Nacional de Saúde, tal visão globalizante e totalizadora traz consigo uma questão própria de países com grande desigualdade social, ou seja, existiriam outros grupos populacionais vulneráveis para os quais os recursos devem ser canalizados e, de fato, a população trabalhadora nunca obteve tal atenção. A bem da verdade, considerando-se os componentes apontados como principais num Sistema de Saúde:

1. "desenvolvimento de recursos humanos,
2. "disposição ordenada dos recursos,
3. "prestação da atenção à saúde,
4. "apoio econômico, e
5. "gestão;

apenas os itens 3 e 5 podem ser considerados contemplados de forma mais permanente dentro da proposta programática de Saúde do Trabalhador no Setor Saúde em São Paulo, muito mais em consequência da pressão social do que de uma deliberada ação institucional, conforme será discutido no capítulo 5. De certa forma a questão de geração de conhecimento no campo das relações trabalho-saúde, a partir dos serviços, sub-componente do item 1, é um aspecto relevante, podendo ser avaliado pelo número de trabalhos apresentado em Congressos de Saúde Coletiva e Epidemiologia promovidos pela ABRASCO nos últimos anos. 320

318. *Idem, Ibidem*, p. 53. Exemplo desse movimento são os vários vídeos realizados pelo movimento sindical sobre a nocividade do trabalho, dentre eles "A Ponta do Iceberg" a propósito da intoxicação por mercúrio em trabalhadores do setor químico e petroquímico, realizado em 1987 pelo Sindicato dos Trabalhadores Químicos do ABCD, com assessoria técnica do DIESAT, no qual discute-se a omissão do SESMET da empresa quanto à contaminação de dezenas de operários.

319. *Idem, Ibidem*, p. 79.

320. A título de ilustração, conforme levantamento realizado a partir de RESUMOS e PROGRAMAS, chegou-se aos seguintes dados: No I Congresso de Epidemiologia, realizado em Campinas, SP, em 1990, foram apresentados 32 trabalhos em "Saúde e Trabalho", sendo 15

No que se refere às expressões do trabalho no sofrimento, adoecimento e morte, discute-se a complexa questão de suas fronteiras, do normal e do patológico, do desvio, na qual o conceito de 'limites de tolerância' - um dos sustentáculos da MT-SO - vem à tona ou outras denominações utilizadas com a mesma finalidade, ou seja, enquadrar a diversidade, daí sua

*"... utilização quase universal na orientação da qualidade dos ambientes de trabalho quanto a agentes químicos e físicos ... interpretados e utilizados à luz de considerações políticas, econômicas e técnicas."*³²¹ (grifos nossos)

Desta interpretação também resultariam variações do que considerar efeito nocivo à saúde, disso resultando uma enorme diversidade do que é tratado legalmente como doença **especificamente** ligada ao trabalho, as chamadas doenças profissionais, cujo nexos de causalidade seria mais evidente e, mesmo assim, observa-se uma grande variabilidade no seu rol ao longo do tempo e num dado momento quando compara-se os países, o que refletiria a relação entre o técnico e o político, questão sempre colocada para o campo, isto é,

*"... o grau de refinamento diagnóstico alcançado graças à infra-estrutura de Ciência e Tecnologia. (...) e, muito especialmente, (...) reflete a capacidade de argumentação, organização e força do movimento sindical."*³²² (grifos nossos)

Ampliando este leque de relações autor introduz o conceito de "doenças relacionadas ao trabalho", no qual ao lado das clássicas doenças profissionais agregam-se as doenças "crônico-degenerativas" cujo nexos de causalidade era anteriormente negado. Aqui incluem-se os distúrbios cardíco-vasculares, os psicossomáticos, as neuroses, alergias, etc.. Com isso, aproxima-se da idéia de que *'tudo pode ser causado pelo trabalho'* dentro da produção capitalista, visão que deixaria de apreender na dialética homem-natureza, aquilo que também pode produzir bem-estar.³²³ Tal classificação também abre a possibilidade de ser re-pensada a listagem de nexos legalmente assumidos. Mais ainda, esta abertura permite analisar a *'patologia do desemprego'* agora não apenas relacionada à pobreza, baixo consumo, ao menos onde o seguro desemprego garantido de "Welfare State" permite satisfatórias condições de vida, mas como doenças mentais e cardiovasculares, por exemplo. Este "novo" olhar amplia as possibilidades de pensar o impacto do trabalho sobre a morbi-mortalidade, o que coloca desafios ampliados ao Setor Saúde, particularmente em situações como as de crise, desemprego e reestruturação produtiva.

Do ponto de vista teórico-metodológico, outra temática muito cara à MT-SO também discutida é a do *'efeito do trabalhador sadio'*, prática em que se articulam saber e

realizados em serviços de saúde da rede, sindicatos ou universitários (46,8%); no II Congresso, realizado em Belo Horizonte, MG, em 1992, foram apresentados 53 trabalhos (aumento de 65%), sendo 24 realizados em serviços (45,2%); no III Congresso, realizado em Salvador, Ba, em 1995, foram apresentados 60 trabalhos (aumento de 13%), sendo 25 em serviços (41,6%). No III Congresso da ABRASCO, realizado em Porto Alegre, RS, em 1992, foram apresentados 52 trabalhos, sendo 37 realizados em serviços (71,1%). Destes, 31 foram apresentados como "Comunicações Coordenadas", dos quais 19 foram realizados em serviços (61,2%) e 21 foram apresentados como "Posters", dos quais 18 foram realizados em serviços (85,7%); no IV Congresso da ABRASCO, realizado em Recife, Pe, em 1994, foram apresentados 80 trabalhos (aumento de 53%), sendo 38 realizados em serviços (47,5%). Destes, 27 foram apresentados como "Comunicações Coordenadas", dos quais 15 foram realizados em serviços (55,5%) e 53 foram apresentados como "Posters", dos quais 23 foram realizados em serviços (43,4%).

321 . MENDES, *op. cit.*, 1986, p. 92.

322 . *Idem, Ibidem*, p. 99.

323 . É interessante observar que esta postura extremada é defendida por POLACK, dentre outros, que no pós maio de 68, desconstróem certezas, saberes, instituições e práticas, chegando a tais críticas e conclusões radicais quando se referem ao trabalho no modo de produção capitalista. Ver a respeito, por exemplo POLACK, Jean Claude *La Medicina del Capital*. Tradução por Lina Burraza e Eduardo Bronchalo Goitisoló. Madrid: Fundamentos, 1974. 253 p. Tradução de *La médecine du capital*. BREILH, *op. cit.*, 1994, chama a atenção para se pensar sobre o caráter dialético das relações trabalho-saúde mesmo em sociedades concretas.

poder, uma vertente tempo-espaço voltada para a busca da seleção e recrutamento dos mais hígidos, com os desvios éticos já apontados, ao que se associa uma verdadeira 'depuração' da força-de-trabalho dos que com mais frequência adoecem ou faltam por doença. Conforme aponta o autor, a desconsideração de tais questões pode levar a concluir pela inocuidade do trabalho para a saúde, influenciando em resultados errôneos nos estudos epidemiológicos sobre A-D, disso resulta ainda uma diferenciação entre populações atendidas em SESMETs e nos serviços de saúde de rede pública.³²⁴

Mais ainda, quando em tais estudos estratifica-se variáveis como 'salário', 'status', 'grau de escolaridade' estaria sendo ocultado o real 'significado da categoria trabalho (...) para ressaltar (...) os meios de vida do trabalhador ...' o mesmo ocorrendo com a estratificação conforme a 'exposição' a riscos ocupacionais, (...) na visão (...) ambiental" o que toma a realidade social algo positivo e apreendido plenamente por associações meramente estatísticas, interditando a compreensão das determinações relacionais mediadas pelo trabalho, entre vida em sociedade e saúde-doença.³²⁵ Este questionamento reacende a discussão sobre utilização da categoria 'classes sociais' em estudos de coletividades, particularmente as de trabalhadores, temática pouco dissecada em estudos do campo.

Após transitar pelas várias possibilidades de associações entre morbimortalidade e trabalho, na sequência, o autor, como estratégia de convencimento sobre sua empreitada, discute experiências práticas de integração da SO na Saúde, detendo-se particularmente no caso da Itália, cuja influência sobre o movimento pela Saúde do Trabalhador no Brasil já foi mencionada.

Assinalando a grande tradição "eminente clínica" das Universidades italianas e seus Institutos de "Medicina del Lavoro", é para a atuação do movimento sindical italiano que se voltam as atenções. Assim, historicamente, é no pós-68 que as condições de possibilidade do florescimento dos saberes e práticas da luta contra a nocividade do trabalho e pela saúde no trabalho vão se dar, a semelhança, guardadas as devidas proporções, com o ocorrido entre nós. Assim,

*"... a partir do final da década de 60 [quando] as questões de saúde do trabalhador passaram a ocupar lugar de destaque. Médicos jovens, aliados à 'nova esquerda' e ao movimento estudantil, passaram a assistir ao movimento sindical, (...) com a militância e o ativismo político-ideológico e partidário."*³²⁶ (grifos nossos)

Retomando as considerações de AROUCA (1975), a propósito do movimento preventivista; ao introduzir novas abordagens e conceitos-chaves, como o de 'grupos homogêneos'; definir temas de pesquisas; influir nas políticas de saúde de nível local e na Reforma Sanitária italiana, priorizar a 'linguagem contratual', 'mapas de risco' o movimento italiano que aliou operários e setores médios, teria uma alta densidade política e ideológica. Daí sua capacidade de influência - que atravessa fronteiras e continentes, chegando à América Latina e ao Brasil - conforme autor, como modelo de

"... integração da Saúde Ocupacional no Setor Saúde [os] exames médicos através das instituições públicas, [as quais] poderão ser requisitadas pelos trabalhadores e suas

324. MENDES, *op. cit.*, 1986, p. 125-126.

325. *Idem. Ibidem*, cf. p. 114-115.

326. *Idem. Ibidem*, p. 241.

organizações (...), para os assessorar e, se necessário, intervir nos locais de trabalho." 327 (grifos nossos)

Frise-se que foi também com essa perspectiva que os PSTs implantados na rede básica a partir de meados dos anos 80 se instituíram. E, são estas experiências de práticas e saberes, juntamente com outras anteriores, particularmente ligadas à Academia que o autor analisa quando discute "*A prática da Integração da SO no Setor Saúde: Estudo de Algumas Experiências no Brasil*", mediante estudo de casos. 328

Após esta análise, finalmente, é a questão das estratégias políticas de integração que merece espaço, sendo desfilado todo um ideário que se aproxima das propostas da Reforma Sanitária e que aponta para um série de sugestões que já vinham sendo assumidas pelas experiências programáticas em curso, como a incorporação na rede, a gestão participativa, a interinstitucionalidade de ações, a articulação assistência-vigilância, a formação multiprofissional; porém, na medida em que as questões políticas de fundo como a coordenação do sistema pelo Setor Saúde, o financiamento orçamentário próprio acrescido de taxaçaõ das empresas inaslubres e perigosas não se viabilizaram, pois a dinâmica política geral - temática pouco discutida dentro da doutrina defendida - abortou-as na conjuntura logo imediata, o esforço preditivo realizado tem dificuldade de viabilizar-se como será discutido no próximo capítulo, no caso de São Paulo.

A outra pesquisa qualitativa, incluída neste ítem das "políticas em saúde e trabalho", trata de objeto inédito nos estudos da área, isto é, das mudanças recentes introduzidas na política de gestão (considerada participativa) de uma empresa metalúrgica paulista: "*a flexibilização da produção, a terceirização, a polivalência e a participação no trabalho*".

Trata-se de estudo de caso que procurou identificar efeitos das estratégias participativas no trabalho e a relação entre formas de organização da produção na saúde dos trabalhadores. 329

Tendo como pano de fundo a reestruturação produtiva em curso no país que ficou mais evidente desde o início dos anos 90 e as influências externas, regida pela competitividade e produtividade, autora debruça-se sobre dois temas principais: as novas maneiras de organização da produção; participação e saúde no trabalho. 330

São recuperados os modelos de organização do trabalho do taylorismo às "*correntes pós-tayloristas*" em seus diferentes graus de superação do taylorismo, suas bases teóricas, ideológicas e políticas, já que instalam-se num momento de crise do capitalismo e de acirramento da competição ocidente-oriental (Japão).

O estudo chama a atenção para o fato de que alguns estudiosos, vislumbram no modelo japonês, um novo paradigma produtivo baseado

327. *Idem, Ibidem*, p. 243.

328. No Estado de São Paulo autor analisa a experiência pioneira do CSE da Barra Funda, nos anos 70, ligada ao Departamento de Medicina Social da FCM da Santa Casa de São Paulo, de efêmera vida; do Centro de Saúde de Cangaíba, no ano de 1980, que também durou menos de um ano, tanto por falta de apoio institucional, como pelo pouco envolvimento com os trabalhadores organizados; de Mogi Mirim, voltada para a área rural e com forte influência da Academia, através da FCM da Unicamp; do Ambulatório de MT do DMPS da Unicamp iniciada em 1978 e das experiências florescentes à época e iniciadas desde meados dos anos 80, a partir da articulação do Instituto de Saúde, como o PST de Cubatão, do Vale do Ribeira, de Pedreira, de Marília, de Presidente Prudente, dos "Trabalhadores Químicos do ABC" e os de Bauru, de Salto e da "Zona Norte de São Paulo".

329. MONTEIRO, *op. cit.*, 1995, RESUMO.

330. *Idem, Ibidem*, p. 17.

"... na flexibilização da produção, nas inovações organizacionais, na descentralização e na abertura do mercado internacional; [que] pressupõe o fim da divisão do trabalho baseado na prescrição das tarefas e no relacionamento a autoritário na empresa." 331 (grifo nosso)

Mesmo sabendo-se da disconcordância sobre a veracidade da afirmação, 332 o estudo coloca para os pesquisadores da área uma nova realidade que é preciso apreender em suas repercussões para a saúde, ao discutir temática, central para o campo da Saúde do Trabalhador, ou seja, da **participação no trabalho** sob vários ângulos, desde como fator instrumental para a produtividade até aquele que a percebe como a **institucionalização** do conflito entre capital e trabalho, com conseqüente busca de espaços institucionais para sua regulação. 333 Disso resultaria uma maneira de olhar a própria institucionalização das experiências programáticas em saúde do trabalhador aqui discutidas.

Transitando por um tema que seria o próprio "*centro del conflicto entre capital y trabajo*", 334 isto é, a **organização do trabalho**, é nas agências internacionais como OIT e OMS que autor busca referenciar-se para apreender seus efeitos para a saúde dos trabalhadores e, aqui, mais uma vez aparece travestido o modelo da HND, já que eles

"... como **fatores psicossociais no trabalho**, são definidos como **interações entre o trabalho, seu meio ambiente, a satisfação no trabalho e as condições de sua organização (...)**, as capacidades do trabalhador, suas necessidades ... tudo o que, através de percepções e experiências, pode influir na saúde, no rendimento ..." 335 (grifos nossos)

Ao buscar elementos para o conhecimento, autora aproxima-se da Saúde do Trabalhador e, num diálogo com a MSL e a Ergonomia depara-se com o conceito de **desgaste** que sendo utilizado por ambas adquire caráter **interdisciplinar**. E, nesta linha dialógica transita também pelas contribuições dos estudos sobre Saúde Mental e Trabalho, outro espaço discursivo interdisciplinar do campo e, dentre suas várias correntes, autora situa a do **estresse**, que não permitiria perceber a historicidade e o caráter processual dos nexos trabalho-saúde; a da **psicodinâmica do trabalho**, com uma abordagem psicanalítica mais voltada para as estratégias defensivas dos coletivos de trabalhadores; esposando, então, a abordagem mediada pelo conceito de **desgaste** proposto pela MSL, na medida em que o objetivo

"... é (...) **investigar as conseqüências para a saúde dos trabalhadores, da vivência de novas formas de organização do trabalho, enfocando a percepção dos mesmos sobre o trabalho, a vida social e familiar e a morbidade referida.**" 336 (grifos nossos) Aqui, desloca-se o foco. Não se trata mais de apreender os efeitos do ambiente de trabalho, próprios da MT, da Higiene e da SO, mas sim de discutir o grau de participação e de mobilização **psíquica** na formulação da organização do trabalho e seus efeitos no sofrimento, descompensação ou mesmo doença mental. 337

331 . *Idem, Ibidem*, p. 24.

332 . Ver a respeito de posição contrária aos benefícios do toytismo ANTUNES, Ricardo *Adeus ao trabalho?: ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho*. São Paulo: Cortez, Campinas: Ed. da Unicamp, 1995. 145p.

333 . MONTEIRO, *op. cit.*, cf. p. 28.

334 . LAURELL, *op. cit.*, 1993, p. 11.

335 . MONTEIRO, *op. cit.*, p. 32-33.

336 . *Idem, Ibidem*, p. 40.

337 . Ver, a respeito, as contribuições de DEJOURS, *op. cit.*, 1994 e SELIGMAN-SILVA, *op. cit.*, 1995. Para DEJOURS, Christophe (apud MONTEIRO, 1995, p. 42) no modelo japonês, não só a autonomia nas relações sociais de trabalho parece reduzida, como também a vida extraprofissional, por sua vez, estritamente controlada pela utilização do tempo a serviço da empresa ..."

Através de entrevistas gravadas mediante questionário, visita ao setor de produção, análise documental - da própria empresa e notícias de jornal - e da estatística para analisar a morbidade referida, buscou-se apreender a percepção do trabalhador sobre a gestão participativa implantada em 1991.

Vista por um outro viés, não seria a gestão participativa uma forma de articulação entre saber e poder, de que trata FOUCAULT (1994) em um momento de sua genealogia?

De fato, conforme observa HELOANI (1994) trata-se de

"... formas de exercício de poder [que] se sofisticam ainda mais e se voltam para obter a aceitação das regras ou normas das empresas. (...) baseada muito mais na introjeção dessas normas do que na repressão propriamente dita. A gestão dessa dimensão psicológica de dominação caracterizará essa empresa neocapitalista." ³³⁸ (grifos nossos)

E, dentro da preocupação de avaliar a percepção sobre o trabalho alguns temas guia são levantados, tais como: intensidade do ritmo, controle e conhecimento sobre o trabalho, polivalência, uso da criatividade, liberdade de ação, reconhecimento do trabalho, critérios de avaliação, forma de uso do tempo livre.

Ao referirem-se à morbidade, chama a atenção que entre os trabalhadores que tinham algum problema de saúde no momento da entrevista mais de 50% relacionaram-no ao trabalho, consistindo as queixas de um certo mal-estar difuso: dores de cabeça e nas costas, dificuldade de dormir, cansaço que não melhora com o descanso. ³³⁹

Os estudos sobre a gestão participativa, como refere autora, apontam para uma alienação "maximizada" na qual além do trabalho é solicitada a afetividade ou até o inconsciente, quando se trata da participação x poder, observou-se que ela era

"... consultiva; os trabalhadores são consultados sobre as questões emergentes, mas o poder de decisão não lhes pertence, ao menos nas questões maiores e cruciais, como no caso de demissões, conforme (...) um dos entrevistados." ³⁴⁰ (grifos nossos)

Com a indústria pós-fordista, abre-se uma série de questões para a investigação dentro do campo da Saúde do Trabalhador, mediante pesquisas interdisciplinares e que dêem conta do duplo sentido da reestruturação produtiva: de um lado a aparição da figura de um trabalhador participativo, escolarizado e polivalente; de outro, em contrapartida, o aumento da massa de trabalhadores sem direitos, desempregados, marginalizados e que operam sob formas precárias de trabalho e qualificação. ³⁴¹ Disso resultam perfis de morbidade em que predominarão cada vez mais as doenças não reconhecidas como do trabalho, situação que coloca desafios importantes para os serviços de saúde do trabalhador num futuro imediato.

338 . Ver a respeito HELOANI, Roberto *Organização do trabalho e administração - uma visão multidisciplinar*. São Paulo: Cortez, 1994. p. 94.

339 . Cf. MONTEIRO, *op. cit.*, 1995, p. 96.

340 . *Idem, Ibidem*, p. 104.

341 . *Idem, Ibidem*, cf. p. 106.

4.3.2. A produção da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto.

A Faculdade de Medicina de Ribeirão da Usp, criada em 1954, teve no hoje denominado Departamento de Medicina Social, o primeiro da América Latina, o espaço de produção dos estudos sobre a temática Saúde e Trabalho, na vertente aqui considerada, o qual conforma-se segundo três áreas da Saúde Pública: a epidemiologia; a demografia e o planejamento, organização e política de serviços de saúde.³⁴²

Dentre os quatro (4) estudos realizados, data de 1974 o primeiro deles, dentro da epidemiologia, com abordagem também da higiene do trabalho, situando-se, pois na SO. Os outros estudos produzidos nesse Departamento situam-se dentro da Epidemiologia (1), da Epidemiologia clínica (1) e da Epidemiologia Social (1) tendo este último forte influência da MSL, conforme metodologia desenvolvida por LAURELL e NORIEGA (1989).³⁴³

O estudo apresentado em 1974, trata da prevalência de uma clássica doença profissional, a silicose, em trabalhadores de indústria extrativa mineral, no qual utiliza-se a abordagem da epidemiologia acoplada à higiene do trabalho, na perspectiva da **multidisciplinaridade**, conforme propõe a Saúde Ocupacional.

Associando a prevalência da doença com a industrialização a partir dos anos 40, autor lembra que vários pesquisadores já tentavam despertar os '*... poderes competentes*' para o grave problema.³⁴⁴ E, assumindo uma certa visão de **historicidade** aponta para a maior gama de atividades que, 30 anos depois, poderiam gerar riscos outros para o surgimento da doença.

Assim, numa abordagem epidemiológica clássica, associada à clínica, propõe-se a levantar casos de silicose nas 5 pedreiras da cidade de Ribeirão Preto e, com apoio da higiene do trabalho, verificar a existência de condições para seu desencadeamento, isto é, poeira de sílica. Trata-se, então, de fazer um estudo do ambiente e outro do homem: idade, sexo, cor, estado civil, dependentes, salário, tempo de exposição, hábitos, na perspectiva da HND, apoiada na história profissional e na clínica.

Autor assinala aspectos da **organização do trabalho**, como o ganho por tarefa, horas-extras e da **representação social** sobre a doença quando operários expressam que '*a cachaça limpa o peito [e que] tomavam um trago para combater a poeira.*'³⁴⁵ E, ao fazê-lo, autor levanta questões "novas" para estudos clássicos, complementadas pela defesa da necessidade de **equipe multiprofissional** para trabalho de campo que englobaria uma multiplicidade de aspectos da questão, particularmente a inexistência de proteção e o desconhecimento dos malefícios da poeira.³⁴⁶

342 - Conforme entrevista gravada concedida ao autor em 09/09/1994 por S, socióloga e professora universitária.

343 - Trata-se de: 1. FRANCO, Antonio Ribeiro *Silicose Pulmonar em Trabalhadores de Pedreiras na Cidade de Ribeirão Preto, Estado de São Paulo - 1972*. Dissertação (Mestrado) Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 1974; 2. FRANCO, Antonio Ribeiro *Estudo Preliminar das Repercussões do Processo de Trabalho sobre a Saúde dos Trabalhadores de um Hospital Geral - Ribeirão Preto -SP*. Tese (Doutorado) Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 1981; 3. GONÇALVES, Francisco M. *Estudo Clínico Epidemiológico em Trabalhadores de Campanhas de Saúde Pública Expostos Cronicamente a Inseticidas - SUCEN - São José do Rio Preto*. Dissertação (Mestrado) Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 1991; 4. PINHEIRO, Sandra de Azevedo *Estudo do Processo de Trabalho-Desgaste em Trabalhadores de Destilaria de Alcool*. Tese (Doutorado) Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 1992.

344 - FRANCO, *op. cit.*, 1974, p. 8.

345 - FRANCO, *op. cit.*, 1974, p. 47.

346 - *Idem, Ibidem*, cf. p. 98 e 103.

O estudo seguinte, de 1981, parte de uma questão relevante para a prática do médico do trabalho dentro da Medicina Ocupacional, ou seja, em que espaço atua, o que e como faz? E, para respondê-la procura dialogar com a teoria que embasa tal prática, as determinações dos agravos, seu objeto de trabalho e relações com as demais práticas sociais dentro do modo de produção e com os interesses político-ideológicos do capital. Secundariamente, mas também para responder à indagação, é desenvolvido um estudo de campo de caráter epidemiológico que consistiu no seguimento dos trabalhadores do HU de Ribeirão Preto, assinalando suas queixas e doenças e a relação ou não com o processo e organização do trabalho, aqui entendidos como forma de exploração da força-de-trabalho pela "empresa".³⁴⁷

Trata-se, pois, de uma das primeiras investigações na área, com preocupações teórico-conceituais e que envolve uma análise crítica da prática da Medicina do Trabalho ou Ocupacional e sua história, situada ainda dentro da Saúde Ocupacional.³⁴⁸

Autor situa a discussão a partir do papel da medicina no capitalismo e do seu positivismo ao abordar a doença assumindo a "*doutrina da etiologia específica ...*"³⁴⁹ Tal visão de causalidade unívoca, relacionada a agentes físicos, químicos, biológicos, psicológicos, baliza o comportamento da Medicina do Trabalho e os acidentes e doenças profissionais são explicados sob o mesmo viés. Disso derivando seu método e prática:

*"Quantificar agentes (...). Reconhecer e descrever quadros clínicos específicos ... Quantificar mortos, feridos, inválidos ... por ação desses agentes. Avaliar prejuízos econômicos (...) através de estudos de absenteísmo ... Propor e fazer cumprir normas e ações que visem diminuir tais prejuízos."*³⁵⁰ (grifos nossos)

E, associando-se aos críticos dessa visão, autor incorpora o conceito marxista de processo de trabalho para compreender o binômio saúde-doença, a partir de seus três "*elementos - objeto de trabalho, instrumento de trabalho e trabalho como atividade social.*"³⁵¹

Apontando para o papel ideológico da Medicina do Trabalho, numa visão economicista, é afirmada sua função de, ao distorcer conceitos e omitir intenções, buscar remediar problemas econômicos que afetam a mais-valia e a lucratividade, o que é escamoteado e jamais confessado, colocando o serviço médico como instrumento do capitalismo.³⁵²

Autor considera o próprio conceito de SO da OIT/OMS de 1950 um exemplo dessa postura, ampla, ambígua, geral o que ideologiza seus reais objetivos, ou seja, o controle da força-de-trabalho, através da ação do médico do trabalho, que identifica-se com

347. Cf. FRANCO, *op. cit.*, 1981, p. 195-196.

348. *Idem, Ibidem*, cf. p.2-3. Estudo pioneiro e que também adota abordagem semelhante é o de GOLDBAUM, Moisés *Saúde e Trabalho: a Doença de Chagas no Setor Industrial*. Tese (Doutorado) Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina de São Paulo, Universidade de São Paulo, [1981].

349. *Idem, Ibidem*, p. 4.

350. FRANCO, *op. cit.*, 1981, p. 10.

351. *Idem, Ibidem*, p. 12.

352. *Idem, Ibidem*, cf. p. 17-18.

o poder da empresa na coerção do operário, quando, por exemplo, dispõe sobre a demissão dos não enquadrados.³⁵³

Seguindo na linha economicista, associa-se a atuação "campanhista" do Estado nos anos 70 contra os acidentes do trabalho como consequência do sangramento econômico do país, descurando do aspecto legitimador embutido em tal empreitada. Contudo, numa perspectiva processual, autor vislumbra a articulação dos acontecimentos de época com o ensino da medicina ocupacional e os conteúdos dos cursos que incorporaram um "fermento ideológico evidente."³⁵⁴

Desse tipo de formação e compromisso deriva o que o autor aqui já antecipa e que seria corroborado por MENDES (1986) alguns anos depois, à luz da denúncia sindical, ou seja, o desgaste destes profissionais entre os trabalhadores.³⁵⁵

Massa trabalhadora esta, que dialeticamente, uma vez organizada e reivindicativa poderá proteger a boa prática e neutralizar as pressões que surjam sobre o médico do trabalho. Não haveria aqui uma certa dose de ingenuidade e contradição com o papel estruturalmente apontado da Medicina do Trabalho sob o capital?

Recuperando em seguida a discussão travada por AROUCA (1975) e GONÇALVES (1979)³⁵⁶ sobre o caráter produtivo ou improdutivo do trabalho médico, autor aponta para o atributo central do hospital como espaço de trabalho útil para a recuperação-reprodução da força de trabalho e realização de capital, papel este garantido pela divisão e organização do trabalho, atuando sempre como instância que cria condições que reproduzem o modo de produção. Esta visão estrutural-funcionalista parece não deixar brechas para uma visão dialética da relação entre os serviços de saúde e sua clientela o que se vislumbra, por exemplo, nas experiências dos PSTs.

É, então, sobre o hospital universitário e a atuação dos profissionais de medicina do trabalho aí lotados que vai se debruçar o autor, o que impõe um corte na argumentação anteriormente desenvolvida, dadas as características do HU àquela época (1977): atendimento somente de indigentes, não segurados, docentes e discentes.

Da população estudada levantou-se queixas de saúde, doença e acidente e, pela história ocupacional, a busca de nexos (ou não) com o processo de trabalho. A par das alergias, lombalgias e fadiga profissional, a maneira ainda restritiva de avaliar o nexo leva a concluir que uma série de quadros como hipertensão arterial, varizes, gastrite, tendinites, doença mental não sejam relacionados ao trabalho.

Adotando uma posição ambígua, conclui pela necessidade do trabalhador participar na solução das questões de saúde no trabalho, aponta para o âmbito da Medicina do Trabalho ou Ocupacional como o espaço desta solução, para mais adiante concluir que seria ingênuo, historicamente, achar que a Medicina Ocupacional mudaria de rumo sob o beneplácito do capital, médicos do trabalho e aplausos dos trabalhadores por ela oprimidos.³⁵⁷

353. *Idem, Ibidem*, cf. p. 23. Aqui estabelece-se uma dificuldade: é a questão ideológica que pesa para o autor, dentro da visão marxista. Porém, para FOUCAULT, tratar-se-ia de procurar o não dito, já que para ele, não existiria a ideologia, pois tudo estaria dito, explícito, bastando apreender as nuances de entonação do discurso.

354. FRANCO, *op. cit.*, 1981, p. 33.

355. *Idem, Ibidem*, p. 37.

356. Ver a respeito, AROUCA, *op. cit.*, 1975 e GONÇALVES, *op. cit.*, 1979.

357. FRANCO, *op. cit.*, cf. p. 182-183.

Permanece, no entanto, dialogando com a MO mesmo quando vislumbra a necessidade de uma prática alternativa que viria com um projeto político de transformação da sociedade, o qual já estaria em andamento, a partir dos trabalhadores quando cortam a tutela de governo e patrões e criam órgãos como o DIESAT que seria "o elo de união entre médicos do trabalho e trabalhadores." ³⁵⁸

Vislumbrando somente nos estreitos limites da abordagem da Medicina Ocupacional e do médico do trabalho a possibilidade de mudança, autor não discute a superação dos impasses mediante uma outra formulação como a da MSL já em andamento à época e a atuação de outros profissionais como os sanitaristas que teriam atuação fundamental como "intelectuais orgânicos" no avanço da saúde no trabalho nos anos seguintes.

Postulando ao concluir que:

"Os problemas de acidentes e doenças ocupacionais detectados (...) não poderão ser resolvidos de forma autoritária, através de normas elaboradas pelos técnicos administradores, mesmo com a destacada contribuição do médico, sem a real participação dos trabalhadores." ³⁵⁹ (grifos nossos)

E, por outro lado, a obrigatoriedade da Medicina Ocupacional passar por

"... uma reformulação profunda quanto ao seu aspecto conceitual e (...) conteúdo, para que melhor se compreenda seu objeto de trabalho e seus objetivos ...[com introdução] nos programas dos cursos de graduação e (...) pós-graduação ... do ensino de Sociologia da Medicina e ... do Trabalho ... Com ênfase especial na caracterização de seu objeto de trabalho, de seus objetivos e de suas vinculações com o poder econômico de um lado e, em contrapartida, com os interesses dos trabalhadores. Uma vez que o médico é chamado para dentro da fábrica pelos detentores do modo de produção para fazer controle do abseteísmo e manter a mão-de-obra na (...) produção." ³⁶⁰ (grifos nossos)

Autor, ao fazer tais postulações não estaria exigindo que a "vontade de saber" do discurso da Medicina Ocupacional fosse completamente subvertida em suas interdições, o que a superaria e transformaria num outro discurso, conseqüentemente com objetos e práticas também diferenciados e que se constitui no campo contra-hegemônico da Saúde do Trabalhador?

Frise-se que, mesmo contendo as contradições apontadas, a atestar o diálogo do estudo com a MSL, observa-se várias citações bibliográficas de autores desta corrente tais como: AROUCA (1975); AROUCA TAMBELLINI (1978); DONANGELLO & PEREIRA (1976); GONÇALVES (1979); LAURELL (1975, 1976, 1981); POSSAS (1981); SINGER, CAMPOS e OLIVEIRA (1978). ³⁶¹

Somente dez anos depois é que no Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto é apresentado outro estudo que fala da saúde no trabalho e, saliente-se, orientado por FRANCO, autor dos estudos anteriores. Trata-se de investigação clínico-epidemiológica clássica sobre efeitos para a saúde de trabalhadores participantes das campanhas de controle de vetores e que são expostos cronicamente a

358 . *Idem, Ibidem*, cf. p. 186-187.

359 . *Idem, Ibidem*, p. 193.

360 . *Idem, Ibidem*, p. 195.

361 . De LAURELL, Asa Cristina são citados textos fundadores publicados em *Cuadernos Políticos* (1975), *Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales* (1976) e *Saúde em Debate* (1981).

inseticidas organoclorados, altamente tóxicos.³⁶² São comparados com outro grupo, não exposto, pareado por critérios epidemiológicos, através de "acompanhamento biológico", ou seja, exames clínicos e laboratoriais, inclusive de detecção de dano genético. Ao revelar-se uma maior prevalência de alterações cromossomiais e maiores teores de inseticidas em sangue dos expostos, é sugerida a

"... implantação de um Programa de Saúde do Trabalhador, com longo tempo de seguimento (...), [d]os trabalhadores expostos (...) a inseticidas."³⁶³ (grifo nosso)

Ao resgatar a história dos organismos oficiais criados em São Paulo para o controle da malária, autor assinala a criação, em 1933, do Instituto de Profilaxia do Impaludismo, hoje Superintendência de Controle de Endemias (SUCEN) e a orientação que prevaleceu nos anos 30 para o combate, isto é, atividades educativas aliadas ao intervencionismo de técnicas sanitárias, conforme assumida por organismos internacionais e até hoje hegemônica.³⁶⁴

Com a prioridade das ações educativas é assinalado que o uso da noção de "ato inseguro" continua sendo comum e que em geral conclui-se pela culpa do trabalhador quando expõe-se aos venenos por não estar educado para a correta utilização dos EPIs; para superar hábitos errôneos e a falta de conscientização quanto às técnicas mais indicadas.³⁶⁵

Na sequência advoga-se a avaliação biológica dos expostos através de "Programa de Higiene e Segurança do Trabalho" para diminuir os "riscos ocupacionais desses trabalhadores." Observa-se, então, que a confusão conceitual e terminológica é patente já que o PST inicialmente proposto transforma-se agora num Programa de Higiene e Segurança de caráter instrumental para o organismo estatal (SUCEN) na medida em que se baseia no controle biológico dos trabalhadores expostos para minimizar riscos e não na vigilância epidemiológica e controle da exposição. Atuando em espaço onde a questão ética assume valor primordial, é na intimidade última do corpo que se busca os indícios primeiros do efeito, seu padrão genético, aqui "vasculhado" pelas técnicas mais sofisticadas de avaliação cromossomial. Manipula-se o tempo biológico na procura da predição sobre efeitos cuja historicidade deixará marcas nas futuras gerações, descurando-se do tempo agora vivido.³⁶⁶

Ambígua e perversa realidade que, se por um lado, permite utilizar técnicas as mais sofisticadas e modernas para a detecção dos efeitos, por outro revive os procedimentos das campanhas sanitárias do início do século, já que

"... nenhuma informação ou solicitação era feita aos trabalhadores no tocante à segurança do trabalho (...) Nem mesmo à população eram feitas quaisquer recomendações de segurança (...) [n]a aplicação do veneno (...) pelo contrário, quando algum morador recusava a

362. Frise-se que não se trata de trabalhadores rurais hoje largamente expostos a agrotóxicos, temática que não foi pesquisada nas 65 teses e dissertações analisadas. Os inseticidas usados eram o Hexacloro-ciclo-hexano (BHC) comprovadamente cancerígeno e o Dicloro Difenil Tricloroetano (DDT) suspeito de ser cancerígeno. O termo inseticida é ambíguo e mascara a idéia de que se trata de um veneno que pode matar e incapacitar irremediavelmente, com efeitos sobre as proles de trabalhadores.

363. GONÇALVES, *op. cit.*, p. 95.

364. *Idem, Ibidem*, cf. p. 2-3.

365. *Idem, Ibidem*, cf. p. 33-34.

366. É revelado que houve relato por parte de 6 trabalhadores do grupo de 29 estudados, da existência de "filho portador de doença congênita (...) e a ocorrência de 10 casos de aborto (...) em suas esposas." (cf. p. 68)

[aplicação] em sua casa, (...) era *convocado* para explicar o motivo (...) e a informação (...) prestada era de que o *veneno não fazia mal* ..." 367 (grifos nossos)

Tal assertiva é imediatamente desmentida pela casuística levantada no estudo que revelou 93% de afastamento do trabalho, com 38% devido a acidentes do trabalho, a maioria intoxicações, ao que se associa o completo descaso do Aparelho de Estado em acompanhar e controlar tais problemas de maneira programática. 368

Adotando tradicional critério da Medicina do Trabalho e da Higiene Industrial, o do Limite de Tolerância **Biológico**, previsto na legislação para avaliar a presença dos venenos no sangue dos expostos, conclui-se que as concentrações estavam **abaixo** de tais Limites, 369 que logo a seguir são criticados, na medida em que mesmo com franca exposição ocupacional aos venenos a lei relaga-a a faixas de normalidade padronizadas. 370

Ocorre, porém, que mesmo assim a solução proposta situa-se nos estreitos limites do controle **biológico** da exposição, inclusive "*citogenético*" cujo discutível aspecto ético já foi mencionado, particularmente em se tratando de substâncias cancerígenas, dentro de um PST que terá muito pouco de Saúde do Trabalhador, já que sequer aventa a possibilidade de não mais usar-se tais produtos, já abolidos na maioria dos países. Não é por acaso que a fraseologia final recoloca a intenção efetivamente assumida e é proposto o

"... *acompanhamento biológico periódico, aliado a um Programa de Higiene e Segurança do Trabalho, com seguimento de longo período para se atingir condições de trabalho que exponham o mínimo possível essa população ao perigo do contato com inseticidas.* 371 (grifos nossos)

Finalmente, data de 1992 o único estudo efetivamente calcado na abordagem proposta pela MSL e que utiliza não somente categorias teóricas dela advindas - carga e desgaste - como a própria metodologia da enquete operária do Modelo Operário Italiano, por ela adaptada. Ao lado disso, busca trazer elementos aos trabalhadores para promover mudanças das condições de saúde e trabalho. 372 A "pesquisa-participante" foi realizada com trabalhadores do setor sucro-alcooleiro.

Uma das características fundamentais que a vincula à MSL e à Saúde do Trabalhador é o fato de que

"... *resultou de uma demanda sindical no sentido de se investigar os problemas da saúde que afetavam os operários do setor industrial de destilarias de álcool na região de Ribeirão Preto.* " 373 (grifo nosso)

Além de basear-se no referencial teórico-metodológico proposto por LAURELL-NORIEGA (1987 e 1989), estudo confrontou as informações fornecidas pelos trabalhadores (validadas consensualmente nos grupos) com dados de Comunicações de Acidentes do Trabalho (CATs), laudos da Delegacia Regional do Trabalho (DRT),

367. GONÇALVES, *op. cit.*, 1991, p. 57. Autor apresenta como anexo, ao final do estudo, um folheto "educativo" do Serviço de Erradicação da Malária que diz isto textualmente!

368. *Idem Ibidem*, cf. p. 75.

369. *Idem, Ibidem*, cf. p. 84.

370. *Idem, Ibidem*, p. 91.

371. *Idem, Ibidem*, p. 93.

372. Ver e respeito LAURELL & NORIEGA, *op. cit.*, 1989.

373. Ver a respeito PINHEIRO *op. cit.*, 1992, p. 178.

observação no local de trabalho, itens do acordo coletivo de trabalho da categoria e exames clínicos e laboratoriais.

Mais especificamente, a demonstrar sua inserção clara na Saúde do Trabalhador, saliente-se que a sugestão para o estudo surge no I Seminário de Saúde do Trabalhador do SUDS de Ribeirão Preto, realizado em setembro de 1988, quando discutiu-se a proposta do PST do SUDS de Ribeirão Preto, posteriormente frustrada - como será comentado no capítulo 5 - com entidades da sociedade civil como associações de bairro e sindicatos de trabalhadores da região. E, ao ser procurada pelo Sindicato dos Trabalhadores nas Indústrias de Fabricação de Alcool, Químicas e Farmacêuticas de Ribeirão Preto, a equipe técnica do PST composta também por professores do DMS, foi solicitada a realizar estudo que relacionasse o trabalho na fabricação de álcool e a saúde dos trabalhadores.³⁷⁴

Para que a demanda fosse transformada numa "*investigação científica*", dois desafios epistemológicos tiveram que ser enfrentados e que são comuns a estudos em Saúde do Trabalhador, isto é,

*"... ter como ponto de partida a necessidade sentida por trabalhadores politicamente organizados, o que de certa forma poderia influenciar toda a elaboração e execução do trabalho; (...) ser uma excelente oportunidade para que se pudesse, extra-muro da Universidade, aproximar o saber científico do saber operário..."*³⁷⁵ (grifos nossos)

Que empreitada mais desafiadora poderia existir para uma Academia acostumada a encastelar-se em sua própria "sabedoria" e a não responder a demandas do cotidiano? E, uma vez aceito o repto, havia necessidade de definir-se um referencial teórico-metodológico. Duas abordagens seriam possíveis: a ambientalista própria da MT-SO e a esposada pela autora e pelo

*"... pensamento médico social latino-americano, que baseia os determinantes dos agravos à saúde da classe trabalhadora nos aspectos infraestruturais da organização da sociedade."*³⁷⁶ (grifos nossos)

O estudo parte então do materialismo dialético, como referencial teórico e procura decompor o processo de trabalho em seus elementos fundamentais para posteriormente reconstruí-lo numa perspectiva de compreender a relação de determinação entre trabalho-saúde em sua complexidade social e biopsíquica.³⁷⁷

Assim, as variáveis de epidemiologia clássica e da MT não se coadunam a uma abordagem como esta, limitando-se a descrever associações causais entre fatores de risco do trabalho concebido como exterior às relações sociais.

A partir então dos conceitos de cargas de trabalho e desgaste propostos por LAURELL & NORIEGA (1989) para analisar a nocividade do trabalho para a saúde,

374. Conforme PINHEIRO, *op. cit.*, 1992, p. 7.

375. PINHEIRO, *op. cit.*, 1992, p. 7.

376. *Idem, Ibidem*, p. 8.

377. Para uma discussão teórico-metodológica mais atualizada da investigação em saúde e trabalho, ver LAURELL, Asa Cristina, La construcción teórico-metodológica de la investigación sobre la salud de los trabajadores. In: LAURELL, Asa C. (coord.) *Para la investigación sobre la salud de los trabajadores*. Washington: OPAS, 1993. p. 13-35.

empreende-se um "estudo de caso" em que o modelo operário modificado por LAURELL & NORIEGA (1987) é o método.³⁷⁸

Numa abordagem que supera a taxionomia clínica, são considerados indicadores de desgaste devido às cargas dos processos de trabalho, sinais e sintomas referidos, bem como doenças clinicamente diagnosticadas, acidentes do trabalho e outros elementos não diretamente associados à saúde/doença ou ao biopsiquismo, os quais, numa verdadeira "subversão" epistemológica, interdita nos marcos da MT-SO, busca-se relacionar

*"... com as estratégias empresariais e de resistência dos trabalhadores para o processo de valorização do capital ... [aqui] protagonistas do processo de investigação, porque participam ativamente da formulação de hipóteses, das estratégias de investigação e da análise dos resultados, reservando-se para o acadêmico o papel de definir as diretrizes metodológicas, contribuir para a teorização necessária no movimento de análise e síntese."*³⁷⁹ (grifos nossos)

Mediante roteiro de perguntas-tema e entrevistas coletivas gravadas acercou-se do universo de estudo e, num movimento de aproximação equipe de pesquisa-coletivo de trabalhadores, foi discutida a pesquisa-ação e a aplicação do modelo operário italiano adaptado, momento em que os trabalhadores passam a participar do estudo compondo grupos homogêneos que validam consensualmente as questões a discutir dentro do processo de trabalho-desgaste numa destilaria de álcool. Frise-se que as reuniões para discussão de construção do processo de trabalho foram realizadas na sede do próprio sindicato.

Comporta pois a pesquisa, os pressupostos básicos de estudo do campo da Saúde do Trabalhador e sua formulação pela MSL: uso da categoria nodal processo de trabalho em sua relação com o desgaste, protagonismo dos trabalhadores, obtenção de subsídios para a transformação da realidade.

Ocorre, porém, que havia necessidade de outros critérios de validação "científica" dos dados levantados e aqui lança-se mão de procedimentos que introduzem um vezo positivista dentro da abordagem fundamentalmente materialista-histórica e, assim, outras informações são obtidas, tais como:

*"... dados de ATs notificados ao SUDS/INSS; observação direta do local de trabalho; dados clínico-epidemiológicos do Ambulatório de Saúde do Trabalhador do CSE de Ribeirão Preto, laudos de inspeção realizados pela DRT, Contrato Coletivo de Trabalho (...) e medições ambientais dos fatores de risco à saúde no local de trabalho ... [para] junto a trabalhadores dos grupos homogêneos analis[á-los] de (...) forma mais global ... "*³⁸⁰ (grifos nossos)

Na perspectiva de relacionar trabalho e desgaste, são analisadas pormenorizadamente as atividades de produção no pátio, espaço onde a cana é retirada de caminhões e processada o que envolve uma organização "taylorista" do trabalho e

378 . Para uma discussão dos conceitos de carga de trabalho e desgaste e os indicadores de sua comprovação consultar LAURELL & NORIEGA, *op. cit.*, 1989, capítulo 3. Para a adaptação do modelo operário consultar LAURELL, Asa Cristina & NORIEGA, Mariano *Conocer para cambiar: el estudio de la salud obrera*. México: UAM-Xochimilco, 1ª. edición, 1987.

379 . PINHEIRO, *op. cit.*, 1992, p. 12.

380 . *Idem, Ibidem*, p. 17.

cargas psíquicas, fisiológicas, mecânicas, químicas e físicas, com persistente ameaça de perda do emprego na entressafra. ³⁸¹

O desenrolar monótono das atividades-desgaste na moagem da cana, no setor de caldeiras a vapor, de fermentação e destilaria **associa-se** à repetitividade das cargas com **predominância** ora das psíquicas, quando existe a automatização dos painéis de controle e terminais de vídeo, trabalho em turnos e emergências como na moagem e nas caldeiras ao que se **sobre põe** as cargas físicas (ruído, eletricidade e alta temperatura); ora das químicas no setor de fermentação e destilaria, com **sobreposição** das psíquicas e mecânicas. ³⁸²

Ao lado disso, procura-se captar as formas de **resistência** à dominação, sendo observado que a solidariedade entre os trabalhadores é dificultada pela estratégia dual de assujeitamento/disciplinamento que articula **cooptação** dos trabalhadores mais capacitados tecnicamente e de confiança; certa estabilidade no emprego com **submissão** da mão-de-obra volante desqualificada, o que permite a possibilidade de uma organização dos trabalhadores apenas **informal** e baseada no companheirismo da substituição, concatenação das tarefas, busca de contato para superar a monotonia de certas funções e definição de horários de pausas para descanso.

A informalidade detectada na organização remete à uma questão **estrutural** do sindicalismo brasileiro que é a interdição da representação dentro dos locais de trabalho, ficando a representatividade restrita a instâncias legalmente aceitas e de muito discutível poder político como é o caso das CIPAs, aspecto que nas considerações finais é ressaltado pela autora.

Quanto à pretensão de validar o conhecimento prático pela análise dos ATs como indicador **indireto** de desgaste - obtidos através de dados **secundários** colhidos das Comunicações de Acidentes do Trabalho (CATs) cujo preenchimento é de responsabilidade das empresas - esta frustra-se pois "revela-se" apenas aquilo que é já conhecido do senso-comum, isto é, que ocorrem com mais frequência entre trabalhadores de baixa qualificação, que são bastante sub-registrados, que provocam afastamentos de menos de quinze dias e que **não** existem enquanto notificação de doenças do trabalho.

Não se detendo em analisar os outros achados, é justamente sobre este último aspecto que autora vai procurar tecer comentários, os quais estariam referidos aos **limites** do olhar clínico, dada a complexidade da rede de relações trabalho-desgaste. Assim, mesmo na vigência de **queixas** dos trabalhadores, tais limites impediriam desvendar a realidade, mesmo que aqui a crítica feita se volte para explicações no âmbito da própria clínica, já que

*"... pela tipologia da clínica médica (...) na medida em que os trabalhadores estão submetidos a um conjunto de cargas que se **superpõem** e se **potencializam**. (...) uma abordagem que busque o **nexo** entre trabalho e doença procurando a identificação de um agente etiológico, pode ficar prejudicada, porque os agentes são **vários** e se traduzem em **quadro clínico complexo**... a ótica da medicina interna (...) **não** é, por si só, suficiente para*

381. São identificadas **COMO** cargas psíquicas a intensificação da jornada com horas-extras e dobras, o ritmo, a atenção constante, responsabilidade, supervisão autoritária; como físicas a temperatura, umidade, ventilação, ruído, vibrações, iluminação e radiação solar; como químicas as poeiras, fibras, fumaças e gases; como fisiológicas os movimentos braçais ininterruptos, posição viciosa e como mecânicas possibilidade de quedas, entorses, traumatismos e acidentes.

382. A predominância de certos tipos de carga não exclui a presença de outros tipos que são concomitantes e atuam sinergicamente.

realizar uma conclusão adequada sobre o processo de desgaste operário." ³⁸³ (grifos nossos)

Assim, conforme propõe a MSL, abre-se um amplo espectro de mediações para dar-se conta deste processo, impondo-se, então, relacioná-lo com as estratégias empresariais de valorização do capital que no presente estudo envolvem a extensão e intensificação da jornada, ritmo intenso, parcelização de tarefas, ausência de pausas, pagamento por hora, salário indireto como moradia para os mais confiáveis, uso de mão-de-obra migrante, supervisão punitiva, defasagem x inovação tecnológica, atendimento médico-odontológico repositivo e reproduzidor da força-de-trabalho, cooptação através de eventos integradores como atividades de lazer e sócio-culturais e inculcação da ideologia que gera a culpabilização da vítima. ³⁸⁴

Mas, dialeticamente, importa também considerar aquilo que se contrapõe a tal postura e que na realidade estudada fica dificultada, isto é, as

"... estratégias de resistência dos trabalhadores [que] manifestam-se em comportamentos voluntários, muitas vezes proibidos, durante a execução do trabalho e a nível mais geral, em sua organização política [que] no setor sucro-alcooleiro enfrenta enormes dificuldades." ³⁸⁵ (grifos nossos)

Dificuldades estas expressas no "baixo índice de sindicalização" e numa "base de trabalhadores fraca e desorganizada", que enfrenta o movimento pendular da safra/entressafra.

Ocorre, porém, que haveria ainda um outro espaço de afirmação representado pelo discurso que reconhece o contraditório e está contido no Acordo Coletivo de Trabalho, que é logo desmentido pela constatação da prática pois, pelo observado, há

"... uma grande distância entre o acordado entre as partes e a realidade do cotidiano da destilaria. Para a conquista da (...) pauta, haveria que se fortalecer o movimento sindical ... [enfraquecido pela] grande divisão dos trabalhadores da agroindústria ... Com (...) [tal] pulverização (...) nem as reivindicações mais elementares são conseguidas ..." ³⁸⁶ (grifos nossos)

Ao voltar-se novamente para a metodologia adotada, autor observa que ela permite ainda articular, para o entendimento do processo de trabalho-desgaste, os padrões de desgaste característicos da divisão técnica do trabalho por setor de trabalho que toma os danos distintivos e, por outro lado, aqueles característicos da separação entre concepção e execução do trabalho, pois a

"... divisão social do trabalho (...) uniformiza (...) componentes das cargas psíquicas para todos os operários, (...) impõe ao trabalhador coletivo: a submissão ao sistema de hierarquia e mando; (...); a impossibilidade de participação nos processos mais importantes de aquisição de conhecimento e de tomada de decisões ..." ³⁸⁷ (grifos nossos)

383 . PINHEIRO, *op. cit.*, 1992, p. 158-159.

384 . *Idem, Ibidem*, cf. p. 159-160.

385 . *Idem, Ibidem*, p. 160.

386 . *Idem, Ibidem*, p. 163.

387 . *Idem, Ibidem*, p. 165.

Se, por um lado, pode-se afirmar que neste estudo procedeu-se a uma "produção reprodutora" de conhecimento, na medida em que se fez a transposição de uma abordagem teórico-prática, é pertinente também apontar que ao levantar-se algumas inquietações sobre a teoria e o método adotados, dialeticamente também constrói-se "imprecisões de conhecimento" que levam a propor questões, senão veja-se o que se aponta quanto aos limites da metodologia no espaço das subjetividades. O que se coloca é como captar pelo método adotado, ou outro a partir dele, o "lado bom" do trabalho, a sua "estética", ou como apreender o seu contrário, a adaptação deformadora, isto é,

"... a realização de uma necessidade psíquica humana, qual seja a construção e o desfrutar do que é belo ... muito menos (...) se dispõe de indicadores para descrever o impacto e a impressão chocante de qualquer pessoa que teve contato com tal repugnante ambiente industrial e apreender seu efeito na qualidade de vida e no psiquismo daqueles que se adaptam e ali permanecem 8 a 12 horas (...) o que indica, (...) o quanto ainda tem que ser teorizado e metodologicamente construído para o estudo da saúde dos trabalhadores." ³⁸⁸ (grifos nossos)

Autor chama ainda a atenção para um aspecto sempre presente e pouco discutido, que se refere à dificuldade de entrada nos locais de trabalho por parte dos pesquisadores devido à resistência das empresas. A falta de acesso no presente caso impossibilitou, inclusive, a realização da validação positivista, legitimada cientificamente, no sentido das medições de ruído, calor, iluminação e umidade, ao que se somou a morosidade dos órgãos oficiais de fiscalização. ³⁸⁹

Ao lado dessas inquietações é ressaltado, contudo, o aspecto pedagógico da metodologia utilizada, questão fundamental para o campo da Saúde do Trabalhador, em sua busca do conhecimento para a transformação. E, foi justamente este aspecto da troca entre o pesquisador e o coletivo de trabalhadores protagonistas que possibilitou um último redirecionamento da proposta originalmente idealizada pelo autor - construção do mapa de riscos da empresa - que não foi viabilizada, dada a "subversão" provocada pelos próprios trabalhadores, já que a autora visando inicialmente

"... elaborar o mapa de riscos d[a] (...) destilaria de álcool ... [não teve] qualquer iniciativa para representar graficamente as cargas de setores da fábrica ... mas [sim] para elaborar livreto para divulgar os resultados e conclusões da pesquisa ... mapa de risco privilegia[ria] as características técnicas do processo de trabalho, o livreto seria um veículo em que se pode problematizar e levantar, com muito mais recursos, os aspectos da divisão e organização social do trabalho, as estratégias empresariais e operárias de resistência [dai não terminar] com a construção de um mapa de riscos." ³⁹⁰ (grifo nosso)

De certa forma fica não dito que o entusiasmo inicial do pesquisador pelo mapa de riscos previsto em Portaria do MTb, foi reformulado. ³⁹¹ Do diálogo com os trabalhadores concluiu-se que o "mapa" ao ser elaborado pelas CIPAs incorpora a

"... lógica da classe dominante indica[ndo] que, mais do que uma verdadeira conquista dos operários, o mapa (...) pode vir a ser mais um momento de dividosa 'concessão' aos

388 . *Idem, Ibidem*, p. 169.

389 . Conforme PINHEIRO, *op. cit.*, 1992, p. 171-172.

390 . *Idem, Ibidem*, p. 172-173.

391 . Ver a respeito Portaria nº. 5 de 20/08/1992: Dispõe sobre a obrigatoriedade das empresas elaborarem mapas de risco.

direitos da classe trabalhadora ... [pois a CIPA atua] como verdadeiro mecanismo de controle social e de atenuação de tensões entre capital e trabalho." 392 (grifos nossos)

Consubstancia-se, com a reformulação acima relatada e imprimida aos objetivos iniciais da pesquisa, o potencial epistemológico inovador e até "revolucionário" do método e das teorias que o embasam, mesmo sendo alertado que não se pode cair no "reducionismo" de que "o processo de trabalho não é o único determinante do processo de desgaste da classe trabalhadora." 393

Permite-se, assim, a autora concluir pela limitação dos conceitos de insalubridade e periculosidade consagrados pela legislação brasileira de Segurança, Higiene e Medicina do Trabalho e cuja caracterização é largamente adotada como "instrumento" de trabalho pelos órgãos oficiais de fiscalização ligados ao MTb pois, para além dessas visões,

"... os conceitos de carga laboral e desgaste operário possibilitam apreender, com maior abrangência, o conjunto de condições que atuam no processo saúde-doença dos trabalhadores ..." 394

A propósito, não seria então esta metodologia, instrumento estratégico a ser aprimorado e testado pelo Setor Saúde em seu desafio para conquistar o papel hegemônico na intervenção sobre os ambientes de trabalho, papel este negado e ainda hoje legitimado e exercido pelo Setor Trabalho, apesar das conclusões da II Conferência Nacional de Saúde dos Trabalhadores realizada em março de 1994 e até agora frustradas? 395

4.3.3. A produção da Faculdade de Medicina de São Paulo.

A elaboração de dissertações e teses no Departamento de Medicina Preventiva da FM de São Paulo da Usp, dentro da temática, inicia-se no ano de 1976, englobando no período analisado 12 estudos, que foram assim classificados: epidemiológicos (5); sobre Saúde Mental e Trabalho (4), sendo 3 deles também de abordagem epidemiológica; sobre movimento social e saúde-trabalho (2) e epistemológico (1). A grande maioria, 10 deles, data da década de 80 e apenas um dos anos 90. 396

392 . PINHEIRO, *op. cit.*, 1992, p. 173.

393 . *Idem, Ibidem*, p. 167. Aqui autora parece dialogar com os críticos da alusão apenas ao momento produtivo, descurando-se do momento reprodutivo do modo de produção.

394 . *Idem, Ibidem*, p. 177.

395 . Conforme a principal resolução da II Conferência Nacional de Saúde dos Trabalhadores, competiria ao SUS coordenar e articular todas as ações assistenciais e de intervenção relativas à Saúde dos Trabalhadores, assumindo o controle de tais ações.

396 . Ver: 1. GOLDBAUM, Moisés *Doença de Chagas e Trabalho em Área Urbana*. Dissertação (Mestrado) Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina de São Paulo, Universidade de São Paulo, 1976. 2. GOLDBAUM, Moisés *Saúde e Trabalho: a Doença de Chagas no setor industrial*. Tese (Doutorado) Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina de São Paulo, Universidade de São Paulo, 1981. 3. LACAZ, Francisco Antonio de Castro *Saúde no Trabalho*. Dissertação (Mestrado) Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina de São Paulo, Universidade de São Paulo, 1983. 4. LOPES, Rubem Maria *Acidentes de Trabalho na mão-de-obra volante empregada na agricultura (Bóias-Frias), Botucatu, S.P.*. Dissertação (Mestrado) Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina de São Paulo, Universidade de São Paulo, 1983. 5. ELUF NETO, José *Doença de Chagas em Área Urbana: avaliação da função cardíaca de trabalhadores industriais e implicações para a atividade laboral*. Dissertação (Mestrado) Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina de São Paulo, Universidade de São Paulo, 1985. 6. REGO, Ricardo Amaral *Trabalho e Saúde: contribuição para uma abordagem abrangente*. Dissertação (Mestrado) Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina de São Paulo, Universidade de São Paulo, 1988. 7. PIMENTA, Aparecida Linhares *A compreensão dos trabalhadores sobre o Processo Saúde-Doença no âmbito do trabalho: estudo de casos de intoxicação por chumbo no Município de Bauru*. Dissertação (Mestrado) Departamento de Medicina Preventiva,

4.3.3.1. Estudos Epidemiológicos.

O primeiro estudo epidemiológico apresentado em 1976 é originário da linha de pesquisa sobre Doença de Chagas em área urbana que o Departamento de Medicina Preventiva da FM de São Paulo desenvolveu, sob a coordenação do prof. Guilherme Rodrigues da Silva por vários anos.

Apreende o processo de migração rural-urbana que culmina nos anos 70 com a integração à força-de-trabalho das cidades de mão-de-obra sem qualquer formação técnico-profissional, vinda de áreas endêmicas da doença o que configura uma mudança da História Natural da Doença de Chagas, agora uma endemia rural-urbana, cuja "natureza", como se vê, tinha fortes implicações sócio-econômicas.

A população aqui estudada - pareada com controle - foi uma parte dos funcionários da Prefeitura Municipal de São Paulo, 70% deles migrantes, para avaliar "a prevalência da infecção (...) e o grau de morbidade específica." ³⁹⁷

Como variáveis foram analisadas idade e ocupação. Suspeitava-se de que mesmo nesta população desqualificada "fatores seletivos" ligados à migração ou ao trabalho, isto é, o efeito do trabalhador sadio, pudesse explicar a baixa frequência de miocardiopatias chagásicas.

Buscando nas relações sociais estabelecidas na ocupação do solo no campo os elementos que influíram na saúde do trabalhador rural e na migração, autor procura introduzir variáveis não biológicas para ampliar o referencial dos estudos epidemiológicos, particularmente quando se trata de endemia que se urbaniza.

Apesar dessas considerações, autor afasta-se delas e o modelo da HND é que preside suas preocupações.

Através de entrevista dos trabalhadores no próprio local de trabalho, levanta-se os clássicos dados sobre identificação, procedência, escolaridade e ocupação, observando-se que a maioria delas envolvia atividade de trabalho que exigia grande atividade e força física e baixa qualificação técnica. Utilizando-se de critérios médico-clínicos e laboratoriais para estratificar a população sob estudo, conclui-se pela hipótese de que mesmo nesta população, ao não se encontrar formas graves da DC estaria em jogo um processo seletivo - que não foi investigado - da

"... própria migração ... [ou] a seleção prévia feita ao nível da **admissão** de trabalhadores ... [conforme] volume de recusa de (...) candidatos a empregos de portadores de afecções (...) **cardio-circulatórias.**" ³⁹⁸ (grifo nossos)

Faculdade de Medicina de São Paulo, Universidade de São Paulo, 1989. 8. ROCHA, Lys Esther *Tenossinovite como doença do trabalho no Brasil: a situação dos trabalhadores*. Dissertação (Mestrado) Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina de São Paulo, Universidade de São Paulo, 1989. 9. MAGALHÃES, Catulo Cesar Pestana de Barros *Síndromes Reativas numa indústria siderúrgica*. Dissertação (Mestrado) Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina de São Paulo, Universidade de São Paulo, 1989. 10. PITTA, Ana Maria Fernandes *Trabalho hospitalar e sofrimento psíquico*. Tese (Doutorado) Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina de São Paulo, Universidade de São Paulo, 1989. 11. BORGES, Luiz Henrique *Distúrbios mentais entre trabalhadores de uma usina siderúrgica*. Dissertação (Mestrado) Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina de São Paulo, Universidade de São Paulo, 1990. 12. DITTMAR, Wulf Hermann *Um estudo sobre a prevalência de distúrbios psiquiátricos entre os sepultadores do serviço funerário do Município de São Paulo*. Dissertação (Mestrado) Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina de São Paulo, Universidade de São Paulo, 1991.

397. GOLDBAUM, *op. cit.*, 1976, p. 55-56.

398. *Idem, Ibidem*, p. 51.

Fica então lançada a hipótese, não comprovada, de que ao lado de um certo darwinismo social característico do desenvolvimento excludente, poderia estar ocorrendo a atuação da Medicina do Trabalho - termo sequer cogitado pelo autor - na seleção dos mais "aptos".

Data do ano de 1981, o primeiro estudo que se volta para a realidade da indústria, aqui particularmente da indústria automobilística, a Volkswagen do Brasil de São Bernardo do Campo, incluindo-se também na linha da pesquisa epidemiológica sobre Doença de Chagas, a qual assume agora o papel de evento morbigênico para estudo de caso na avaliação das "relações entre a prática médica e o trabalho..."³⁹⁹ Frise-se que incorpora conhecimentos advindos das Ciências Sociais, particularmente na discussão do papel da medicina como disciplina voltada para o controle social no capitalismo.

É interessante observar que autor chama a atenção na apresentação da tese para o enriquecimento dos conhecimentos em saúde trazidos por estudos epidemiológicos - provavelmente da Epidemiologia Social, termo não explicitado - elaborados à luz das "relações Saúde-Trabalho", superando explicações apenas biológicas para os fenômenos da saúde, as quais vão ser então abordadas sob a ótica histórica tanto da produção do conhecimento, como da prestação de serviços, particularmente no viés da "Medicina do Trabalho".

Naquilo que interessa discutir nesta tese, autor inicia a primeira parte do estudo, com o sugestivo título "Saúde e Trabalho". Assim, numa abordagem fundadora, procura-se situar a historicidade da prática médica e as visões que relacionam trabalho e saúde. Identificando historicamente na modernidade o envolvimento da medicina com o controle social, pela interferência sobre as condições de vida e trabalho das populações excluídas na transição do feudalismo ao capitalismo, é assinalado que o Sanitarismo, surgido na Inglaterra, dá origem aos programas de Saúde Pública voltados

*"... especialmente, ao saneamento do meio ambiente, agora com o sentido de promover uma estabilização da força de trabalho (...) seja para garantir a produtividade econômica, seja (...) para conter eventuais tensões sociais que a nova organização gerava com o desenvolvimento do capitalismo no país."*⁴⁰⁰ (grifos nossos)

Dá-se, então, cada vez mais a articulação entre prática médica e as necessidades de aumento da produtividade na indústria nascente.

Numa gradação de 4 estágios busca-se situar a "história da saúde do trabalhador" (ou seria da Medicina do Trabalho?) no desenvolvimento do capitalismo, de conformidade com o enfoque estrutural-funcionalista, passando pelo momento de excesso de mão-de-obra, expresso pelo exército industrial de reserva, no qual praticamente não há intervenção face à exploração desmesurada. Posteriormente, face às grandes epidemias e ao consumo exagerado da força-de-trabalho, há uma intervenção focal, lastreada nas teorias bacteriológicas, para possibilitar o avanço da indústria. O terceiro momento é aquele no qual já não se conta com uma abundante força-de-trabalho, que se especializa, havendo, então, a necessidade de intervenção da medicina que se industrializa, para possibilitar a reprodução a custos compatíveis com os lucros. A medicina torna-se medicalizante, seja etiológica ou não, é quando surgem os medicamentos sintomáticos. Ao

399 . Ver GOLDBAUM, *op. cit.*, p. III.

400 . *Idem, Ibidem*, p. 5. Sobre o mesmo momento FOUCAULT (1982) fala de emergência da "medicina da força-de-trabalho" na Inglaterra com o papel aqui atribuído ao Sanitarismo.

Estado caberá, então, assumir serviços que possibilitem obter racionalmente o consumo da saúde dos operários. Finalmente, chega à atualidade e, aqui é levada ao limite a explicação estrutural-funcionalista em que o capital determina onde investir em serviços de saúde para o controle da reprodução da força-de-trabalho, com o menor custo possível e mais rápido retorno à produção, neste momento a medicina adentra os muros das unidades produtivas, é a medicina de fábrica.⁴⁰¹

Frise-se que em tal cenário não aparece a possibilidade dos operários fazerem valer seus interesses políticos e ideológicos no embate frente ao capital em momentos em que a correlação de forças assim o permita, é o subjugamento total aos desígnios capitalistas. Neste cenário não há como pensar por referência às relações entre saber e poder, em adestramento/disciplinamento, conforme propõe FOUCAULT, a propósito do reconhecimento pelo capital da classe trabalhadora como "interlocutora" a partir da rede de relações em que também o pólo trabalho se articula e pode insurgir-se contra.⁴⁰²

Assim, este papel hegemônico da medicina de fábrica, teria suas origens na Inglaterra do início do século XIX quando, para conter possíveis distúrbios na produção industrial nascente, dá-se também outro nascimento, com

*"... a instalação do modelo de estudo da saúde do trabalhador no interior do processo produtivo propriamente dito [o que] configura um ramo 'especializado' da atenção médica, a Medicina do Trabalho ou Saúde Ocupacional."*⁴⁰³ (grifos nossos)

Observa-se que, se o conceito de Saúde Ocupacional somente viria a ser cunhado em 1950 pelo Comitê Misto OIT-OMS, já no início do século XIX, estariam dadas, com um século de antecedência, as condições de possibilidade de seu surgimento enquanto discurso e prática social, no interior da Medicina.

Neste sentido, para o autor, conhecer historicamente os nexos entre Saúde e Trabalho proporciona um espaço para esclarecer como se dá a prática médica, que sob o capitalismo cada vez mais volta suas atividades para fornecer cuidados à força-de-trabalho. E, com o predomínio do positivismo na medicina o social é deslocado pela atenção ao biológico, ao físico-ambiental, o que leva à atuação mais eficiente e específica quanto à reprodução de setores mais estratégicos da força-de-trabalho para o capitalismo. Autor aponta que esta explicação ambientalista ganha força e perde-se a visão de determinação social do processo saúde/doença. Mesmo com o advento da "multicausalidade ou 'rede de causação'" nos anos 60, persiste a idéia de causalidade vinculada à temporalidade em que a multicausalidade é a somatória de cada causa ponderada.

Aqui autor dirige sua atenção para uma questão epistemológica central, isto é, a teoria da HND que neste momento aparece com grande força, merecendo, por isso, ser melhor analisada particularmente pelo seu largo uso em estudos sobre Saúde-Trabalho. Apoiando-se em BREILH & GRANDA (1980) para uma crítica à utilização dessa teoria de base funcionalista, é apontado que ela proporciona uma análise que não

401. Para uma discussão do estrutural funcionalismo no pensamento sanitário brasileiro, consultar GALLO, Edmundo. Crise Teórica e Crise Política - Impactos nas Saúde Coletiva. In: FLEURY, Sonia (org.) *Saúde Coletiva? Questionando a Omnipotência do Social*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1992. p. 67-74, 234 p.

402. Ver a respeito FOUCAULT, *op. cit.*, 1982, 1994 e MACHADO, *op. cit.*, 1988.

403. *Idem, Ibidem*, p. 11.

aprofunda o conhecimento do processo saúde/doença, mas que tem apenas a função pragmática de orientar e regular a prática médica.⁴⁰⁴

Há, então, uma incompatibilidade entre a teoria social e a HND, sendo o trabalho visto como mera **variável**, que se confunde com **ocupação**, como atributo ou qualidade individual, desfazendo o trabalho como relação social e "desestoricizando" o homem na sua relação com a natureza, substituindo-o por um conjunto de atributos transformados em elementos de morbidade. O modelo abstrai a história como objeto de preocupação.

Nessa trajetória de crítica à HND, autor situa o seu encontro com a Saúde Ocupacional pela enunciação da **coincidência** de propósitos explicitados pelas

*"... noções de **promoção e proteção** dos trabalhadores ... ao nível da **prevenção primária**. (...), impedir que o trabalhador sadio venha a adoecer em decorrência de alguma **desarmonia no tripé hospedeiro-agente-meio ambiente**." 405 (grifos nossos)*

E, na sua inserção como espécie de "ferramenta" da SO

*"...a Medicina do Trabalho **não se constitui propriamente em uma especialidade**, mas (...), representa um momento peculiar da **atenção médica em que ela se volta para o interior do processo produtivo e onde se pode apreender mais explicitamente as ordens de determinação desta prática**." 406 (grifos nossos)*

Retomando ao espaço da Medicina do Trabalho, percebe-se duas funções na SO enunciadas em seu conceito: operar mecanismos de **seleção** ao trabalho e controlar **fatores ambientais** em desequilíbrio com o homem, aqui tomados como externos à ação humana.

E, saindo da análise genérica, autor debruça-se sobre a realidade brasileira e assinala o **divórcio** de séculos da administração pública com respeito às relações Trabalho-Saúde. Assim, autor situa

*"A **implantação sistemática de programas de Saúde no Trabalho só (...)** mais recentemente no Brasil. A **Medicina do Trabalho e as demais áreas afins só vêm a se constituir como disciplinas, como propostas técnicas efetivas, em meados da década de 40 e especialmente na de 1950**." 407 (grifos nossos)*

A par da terminologia utilizada que hoje traria imprecisões teórico-metodológicas importantes, como se pretende demonstrar nesta tese e do tratamento genérico dado à questão, o que leva à perda da possibilidade de percepção do potencial da **vertente** dos serviços públicos em sua relação com a Saúde e Trabalho, autor capta **precisamente** o momento de introdução da Medicina do Trabalho como um reflexo da organização capitalista em sua consolidação no país, ao que se associa uma discussão, por certo importante à época, hoje um tanto ociosa, sobre o caráter produtivo (ou não) da atividade médica, da medicina de fábrica, ou das Medicinas de Grupo, às quais o capital delega a assistência médica de seus trabalhadores.

As influências do comportamento do mercado e da oferta de mão-de-obra sobre a prática médica também são assinaladas e confrontadas com a capacidade de

404. Ver a respeito BREIHL, Jaime & GRANDA, Edmundo. *Investigación de Salud en la Sociedad*. Quito: CEAS, 1980.

405. GOLDBAUM, *op. cit.*, p. 21.

406. *Idem. Ibidem*, p. 26.

407. *Idem. Ibidem*, p. 29.

organização dos trabalhadores em defesa de seus interesses, o que para o autor se expressaria na proteção maior ou menor da legislação trabalhista, regida pelas relações entre as classes. Contudo, aqui não se vislumbra qualquer possibilidade da relação Estado-Sociedade que permitisse a expressão dos interesses dos trabalhadores fora do aparato jurídico-legal, ou seja, a viabilidade de programas ao nível da rede de serviços públicos, ainda não é cogitada, apesar de sinalizações de instituições como a OIT e OMS e do posicionamento do movimento sindical na cena política no final dos anos 70, inclusive com a realização das SEMSATs e criação da CISAT e do DIESAT.

Por tratar-se do primeiro estudo relativo à indústria, apesar do retardo com que os Departamentos de Medicina Preventiva e Social voltaram-se para este espaço de relações, é significativo que dirija-se à indústria automobilística, carro-chefe do modelo consolidado com o chamado 'milagre brasileiro', do final dos 60 a meados dos anos 70.⁴⁰⁸

E, à semelhança do estudo anterior, investiga-se a mesma endemia rural que se urbaniza, pela migração rural-urbana, a Doença de Chagas (DC), mas agora em sua relação com o trabalho na indústria, dentro de uma preocupação nova no caso da doença, a da prática médica como selecionadora, mais ou menos rigorosa, a depender das exigências do mercado, dos migrantes mais aptos.

A partir de levantamento da ocorrência de DC em trabalhadores de indústria automobilística, é determinada em 1979, a prevalência da infecção por sorologia em toda a população. Concomitantemente, as variáveis buscadas foram: "sexo, idade e secção de trabalho." Uma segunda fase permitiu avaliar os trabalhadores infectados clínica e epidemiologicamente mediante questionário que levantou dados sobre: idade, sexo, nível de instrução, profissão, ocupação, tempo de emprego, salário, anamnese clínica, eletrocardiograma, além de coleta de sangue para nova sorologia.

Nesta análise, chama atenção a baixa formação escolar da população, (cuja capacidade de aprendizagem em serviço é que se valoriza), a alta rotatividade e a porcentagem de migrantes de fora de São Paulo (45%), sendo que 70% dos infectados não tinha uma profissão claramente definida. As queixas apresentadas não correspondiam à procura equivalente por assistência médica, ou eram tratadas sintomaticamente, mesmo havendo alterações no ECG bastante sugestivas de DC em cerca de 21% dos infectados, o que foi mais elevado do que estudo anterior.

Ao constatar a ausência de autonomia da MT frente às exigências da produção e da configuração do mercado, autor não identifica

*"... qualquer critério (...) no sentido de avaliar, adequar e assegurar as condições de trabalho de seus portadores ... a incorporação desta força-de-trabalho é resultado da satisfação das necessidades requeridas pelo processo produtivo (...) e da possibilidade de que o adestramento do trabalhador seja feito em pouco tempo e no próprio momento produtivo (...) dadas as características mecânicas e repetitivas das operações a serem executadas."*⁴⁰⁹

Em sua crítica final autor, afirma que a ação médica segundo modelos que "atomizam" a realidade social conduz a intervenções pontuais e sintomáticas, garantindo o

408. É importante frisar que outros estudos de caráter sociológico (antropológico) já haviam sido feitos na indústria automobilística paulista tais como: RODRIGUES, Leôncio Martins *Industrialização e Atitudes Operárias (Estudo de um grupo de trabalhadores)*. São Paulo: Brasiliense, 1970. 217p.; RAINHO, *op. cit.*, 1980; FREDERICO, *op. cit.*, 1979; HUMPHREY, John *The Development of Industry and the Bases for Trade Unionism: a Case Study of Car Workers in São Paulo, Brazil*. Tese (Doutorado) Sussex University, 1977.

409. GOLDBAUM, *op. cit.*, 1981, p. 117-118.

"controle 'racionalizado' da saúde do trabalhador" conforme o que exige o capital ou mediante atendimento médico que supostamente atende "a suas necessidades de saúde", o que explicaria as limitadas "políticas sociais que se ocupam da saúde do trabalhador". Por outro lado, na empresa os programas dirigem-se a quadros clínicos que exigem uma intervenção mais ágil, como os acidentes do trabalho ou uma atuação em combater sintomas de qualquer doença.⁴¹⁰

Não seria justamente para promover uma reapropriação das políticas sociais e para desvendar o caráter perverso dos serviços médicos de empresa que os PSTs surgem na rede pública em meados dos anos 80? Apegado aos limites da MT e à sua vontade de saber, autor não cogita desta empreitada cuja condição de possibilidade estava vinculada à sincrônica organização social do seu objeto de estudo, os próprios trabalhadores industriais!

Constata-se, pois, que a investigação empreendida na verdade tratou da historicidade da Medicina do Trabalho e da Saúde Ocupacional e não da *Saúde do Trabalhador* como à princípio fora enunciado.

Dentre os estudos epidemiológicos, na sequência aparece a primeira investigação que aborda a saúde relacionada ao trabalho no setor rural. Trata-se de abordagem quali-quantitativa, calcada na análise de dados primários obtidos através de entrevistas domiciliares com trabalhadores "bóias-frias", mão-de-obra desqualificada e de baixa escolaridade, aqui representada na cidade de Botucatu; acercando-se da sua opinião sobre o conceito de acidente do trabalho (AT), causas, prevenção, direitos, assistência.⁴¹¹

Do ponto de vista do objeto estudado, o AT, contribui de forma inovadora na discussão crítica das teorias que explicam a causalidade dos ATs, identificando na organização do processo de produção capitalista na agricultura as explicações para os acidentes relatados, o que foi apontado pelos próprios trabalhadores acidentados em 40% dos casos de acidentes sofridos. Com isso autor atualiza a antiga questão das causas subjetivas, da propensão do trabalhador, de natureza ideologizada, deslocando o enfoque para o que chama de "causas objetivas", ou seja, as condições de trabalho e, particularmente, a organização do trabalho rural, que pela sua sazonalidade demandaria intensificação de ritmo, pagamento por tarefa que se acompanha de má alimentação, fadiga, baixo investimento em medidas preventivas. Além disso a produção sazonal imporia ainda aos Serviços de Medicina do Trabalho rurais uma lógica de ação parcial em relação aos pressupostos da HND tão bem incorporados pelos serviços urbanos, pois a eles caberia apenas:

*"... repor rapidamente a força de trabalho afastada da produção do que executar atividade de seleção de pessoal, promoção e proteção à saúde que, nessas condições (...), tornam-se secundárias ou inexistentes ..."*⁴¹² (grifos nossos)

Ao mostrar ainda a defasagem de direito dos trabalhadores rurais em relação aos urbanos - não reconhecimento ou sazonalidade de vínculo, restrição para doenças profissionais, não reconhecimento dos acidentes de trajeto - estudo aponta para a

⁴¹⁰ *Idem, Ibidem*, p. 120-121.

⁴¹¹ Observe-se que metodologicamente supera a análise de dados secundários, sempre subregistrados e a própria deficiência do instrumento de notificação da Previdência Social a CAT.

⁴¹² LÓPES, *op. cit.*, p. 125.

questão da grande fragilidade dos Sindicatos na área rural, mas **idealiza** a vontade de saber da Saúde Ocupacional e da Medicina do Trabalho ao advogar algo que é por elas interdito, já que para o autor

*"A inexistência de um movimento estruturado entre os trabalhadores rurais **dificulta, sobremaneira, o desenvolvimento e sucesso de uma política de Saúde Ocupacional no campo ... é fundamental a participação (...) dos sindicatos nas atividades de (...) Medicina do Trabalho.**"* ⁴¹³ (grifos nossos)

Da mesma maneira incongruente manifesta-se o autor, ao constatar que na explicação da SO para os ATs rurais não aparece a influência da organização do trabalho - ritmo intenso, trabalho agressivo, falta de segurança - e lamentar que não existam programas de **Segurança e Higiene** do Trabalho com a participação dos trabalhadores, o que a precária organização sindical no setor inviabilizaria. Não se estaria aqui exigindo justamente o que estas disciplinas procuram interditar de sua vontade de saber?

O estudo epidemiológico seguinte retoma a temática da pesquisa pioneira de GOLDBAUM (1981) ao proceder a uma análise de corte transversal em amostra de 162 trabalhadores de indústria metal-mecânica (automobilística) com infecção/Doença de Chagas, particularmente com sintomas cardíacos, dos quais se levantou as variáveis idade, escolaridade, antecedentes, sintomas, níveis pressóricos, comparando com grupo controle.

Ao enfatizar o papel de controle social que exerce o SESMET especialmente quanto ao seu potencial seletivo, sempre ditado pelos interesses da produtividade mascarados pelo discurso da promoção da saúde, são testados procedimentos **sofisticados** da tecnologia médica para avaliar a função cardíaca e a capacidade de trabalho dos acometidos e recomendar medidas de mudança de atividade ou reabilitação.

É mostrado o papel mistificador da MT, no trato da endemia em sua relação com o trabalho, na medida em que a maioria dos acometidos não sabia da sua condição, mesmo aqueles com alteração cardíaca.

Transitando paradoxalmente por um caminho tecnicista que leva a reforçar a MT no binômio saber-poder, propõe-se critérios de avaliação individualizada em que se persegue o respeito à subjetividade "adaptativa" no que se refere aos aspectos clínicos, como no que diz respeito ao tipo de trabalho, afim de compatibilizar o trabalho à saúde. ⁴¹⁴

Ocorre, porém, que ao contextualizar a proposta autor assinala que dadas as

"... condições de trabalho, a situação do desemprego e o alijamento precoce da força de trabalho (...) no Brasil [faria] diminuir a importância da discussão anterior ... e a solução [não se dá] internamente à medicina ... [sim com] a oposição ao ritmo excessivo e sobrecarga de trabalho, a redução da jornada de trabalho (...) maior controle do processo de trabalho pelos próprios trabalhadores." ⁴¹⁵ (grifos nossos)

⁴¹³ . *Idem, Ibidem*, p. 88.

⁴¹⁴ . ELUF NETO, *op. cit.*, 1985, p. 131.

⁴¹⁵ . *Idem, Ibidem*, p. 139-140.

E, é justamente esta "utopia" que a Saúde do Trabalhador busca na perspectiva da emancipação da saúde no trabalho em relação aos constrangimentos impostos pelo processo de trabalho alienante e que massacra.

Estudo apresentado em 1989 de caráter quali-quantitativo, objetivou apreender a compreensão de trabalhadores sobre processo de trabalho e doença profissional clássica, o saturnismo (intoxicação por chumbo), a partir de análise de dados secundários de 87 prontuários médicos e de entrevistas gravadas com amostra aleatória de 10% dos trabalhadores intoxicados, diagnosticados e atendidos no Programa de Saúde do Trabalhador de Bauru (PST), criado em agosto de 1985, pela Secretaria de Higiene e Saúde do município.

Trata-se de pesquisa que surge da experiência do autor na coordenação do PST e que, por isso, também faz uma recuperação histórica da implantação do Programa sendo, portanto, um estudo de caso que tem como centro irradiador o PST, o que coloca-a no campo da Saúde do Trabalhador, ao que se soma o seu referencial teórico.

Partindo de marco-teórico que incorpora a discussão da MSL sobre processo de trabalho e desgaste (LAURELL & MARQUES, 1983) e as contribuições da Psicopatologia do Trabalho (DEJOURS, 1987), cuja análise da organização científica do trabalho releva seu papel na desapropriação do saber operário e do controle externo do ritmo da produção, discutindo o conceito de adaptação ao trabalho sob o taylorismo - tema recorrente nesse campo - autor conclui que sob esta organização surge o sofrimento e a doença. Assim, o "taylorismo" leva à

"... desapropriação da criatividade, de liberdade de invenção do trabalhador ... cada trabalhador procura adaptar intuitivamente a organização do seu trabalho às necessidades de seu organismo e às suas aptidões (...) Esta adaptação exige uma atividade intelectual e cognitiva, que se torna incompatível com o trabalho taylorizado." ⁴¹⁶ (grifo nosso)

Por outro lado, quando se volta para analisar a implantação do PST, é salientado o limite das iniciativas que partem do Aparelho de Estado e não dos próprios trabalhadores organizados, situação imposta pela realidade objetiva das forças sociais do Município de Bauru. Mesmo com tal ressalva, a experiência programática assume como estratégia a formação de uma "consciência sanitária" entre trabalhadores, das maiores empresas da cidade.⁴¹⁷

Observa-se, então, uma estratégia que pela necessidade de dar visibilidade política à ação local, parte para um embate com os setores mais organizados do capital, contrapondo-se à posição da própria OMS que, em seu discurso "neuro" advogava, desde meados dos anos 70, o envolvimento da rede com as pequenas empresas desprovidas de apoio técnico. Frise-se que tal estratégia era também influenciada pela atuação do movimento sindical italiano do final dos anos 60 e início dos 70, que teve impacto nas formulações dos PSTs no Brasil.⁴¹⁸

Transitando no marco-teórico que incorpora o materialismo histórico e a interdisciplinaridade apontada acima, na formulação de políticas públicas, ambos próprios

416 . PIMENTA, *op. cit.*, p. 14.

417 . *Idem. Ibidem*, p. 35.

418 . A propósito autora cita longo trecho das "conclusões da Conferência Nacional de Rimini, realizada em 1972 (...) organizada pelas Confederações de trabalhadores" para fazer um balanço da experiência sindical italiana de 1968 a 1971, na luta pela saúde no trabalho, que apontava a centralidade da "grande fábrica [pelo] potencial político e cultural..." (Cf. PIMENTA, p. 35)

ao campo da Saúde do Trabalhador, discute-se a realidade institucional dicotômica e compromissada com o capital, bem como a fragilidade local da atuação sindical. Tal realidade impõe ao PST o papel militante de desnudar o desconhecido da doença aos trabalhadores, na busca de um papel conscientizador que supere a baixa percepção dos acometidos sobre a exploração capitalista e seus reflexos sobre a saúde dos coletivos que operavam em grandes fábricas de bateria do município, instaladas na década de 60. E, é somente no início de 1986 que são revelados os primeiros casos de saturnismo!

Observa-se, porém, uma **dissociação** entre o marco-teórico esposado e os dados empíricos para que se volta, ou seja, uma abordagem "antropológica" que procura apreender a ocorrência de uma das mais clássicas **doenças profissionais**, a intoxicação pelo chumbo.

Se, do estudo quantitativo colhe-se informações que reproduzem os dados de baixo perfil etário e de formação escolar e qualificação da força-de-trabalho migrante, é a partir da vertente **qualitativa**, isto é, das entrevistas gravadas que fica evidente a visão fatalista diante do adoecimento e da morte, da inevitabilidade das doenças e acidentes. Aqui, sobressai a confiabilidade adquirida pelo Programa ao longo de 4 anos, em contraposição à inoperância dos SMEs, dadas as questões éticas e de comprometimento com interesses empresariais, atuando como extensão da dominação patronal já apontada em estudos anteriores. Diante disso, numa perspectiva de contrapor-se à ideologia do ato inseguro, da infortunistica, da propensão ao acidente assumirá importância fundamental a preocupação com a **formação** dos trabalhadores através de cursos de "*Saúde e Trabalho*" em que se substitui o papel dos sindicatos e com a **sensibilização** da opinião pública com a temática, para o que contribui **pesquisa** realizada, relativa aos acidentes de trabalho em Bauru.

Contudo, apesar de valorizar-se a percepção dos trabalhadores, aponta-se as limitações dadas pela ausência de uma "práxis" que supere a fase do conhecer empírico, o qual mediado pela teorização atingiria uma "*consciência de classe*", limites estes já apontados pela MSL, ou seja, LAURELL (1984); LAURELL & NORIEGA (1989) e BREILH (1994) ao Modelo Operário Italiano. Pelo observado, não se trata de

"... uma 'consciência' (...) e sim um conhecimento empírico efetivo, visto que não decorre de uma concepção de mundo elaborada e sistematizada, mas é fruto da percepção de uma realidade imediata." ⁴¹⁹ (grifo nosso)

E, é na própria realidade objetiva que se busca a **compreensão** para o que foi apreendido: o afastamento prolongado pela doença, o exército de reserva, as demissões, aliadas à fragilidade do movimento sindical de Bauru e a omissão dos órgãos de fiscalização.

Diante desse quadro, assumindo a não neutralidade que também caracterizou as experiências programáticas em seus pressupostos, ao PST caberia o papel militante de **construção** de uma **hegemonia** dos trabalhadores na luta contra a nocividade já que apenas o conhecimento empírico aliado a idéias **sem** uma práxis social não trouxe a

419. PIMENTA, *op. cit.*, p. 188.

"... 'consciência sanitária', no sentido de compreender o processo saúde doença como resultante de determinações sociais mais amplas." 420

Não haveria aqui uma certa dose de idealismo romântico que não permite perceber se não seria a própria fragilidade do movimento sindical e a ausência de uma política clara pela luta em defesa da saúde e melhoria das condições de trabalho os limites históricos para que a construção da hegemonia se efetivasse? É disso que vai se tratar no capítulo 6.

4.3.3.2. Estudos sobre movimento social e Saúde no Trabalho.

Data de 1983 estudo que, dentro da temática, situa-se no "sub-tema" aqui denominado movimento social e saúde-trabalho, envolvendo também temas do Direito, da Política e da Economia .

A partir de **experiência** profissional do autor, como assessor do movimento sindical junto ao DIESAT, dirige seu olhar para as práticas sindicais em saúde e trabalho, questão àquela época apenas recentemente assumida organicamente pelo movimento sindical, isto é, no final dos anos 70.

Estudo procura apreender os limites dos canais burocrático-institucionais da Justiça do Trabalho, da legislação pertinente e a conseqüente "monetização do risco" para o enfrentamento das precárias condições de trabalho reclamadas por trabalhadores metalúrgicos associados de dois importantes sindicatos: Osasco e São Bernardo do Campo, perscrutando as possíveis estratégias sindicais de superação dos limites (e da "monetização") mediante ações organizadas de formação de quadros, negociação, outro traço marcante daquele período e do caminhar rumo à "*consciência sanitária no trabalho...*", assunto que passava a ser divulgado no Brasil pelo intercâmbio com intelectuais italianos como BERLINGUER, que em 1978 lançara livro no Brasil que passou a ser referência obrigatória. 421

Partindo da afirmação de que os trabalhadores são quase sempre objeto dos estudos acadêmicos na área da saúde e, tendo como pano de fundo o ressurgimento do movimento sindical no cenário político, procede-se à abordagem das políticas de Estado relativas ao pólo Trabalho, à análise do retrocesso das leis acidentárias e das várias teorias que a embasou e de higiene, medicina e segurança do trabalho, recentemente modificada, dado o vulto das estatísticas de ATs.

As contribuições para a discussão do campo situam-se na ampliação do conceito de insalubridade, na medida em que discute o **reducionismo** expresso na legislação do MTb, restrita aos agentes físicos, químicos e biológicos e seus Limites de Tolerância e incorpora a discussão da **organização do trabalho** como elemento de nocividade,

420 . *Idem, Ibidem*, p. 193-194.

421 . Trata-se do livro *Medicina e Política*, leitura obrigatória de todos que se envolveram na luta pela Reforma Sanitária e na discussão das relações saúde e trabalho na perspectiva reformista.

"Ocorre que existem além desses, uma ampla gama de fatores insalubres consequentes do trabalho que não são considerados no texto legal. Trata-se dos aspectos relativos à própria organização do trabalho (grifado no original) na indústria capitalista moderna ... 'Para lograr seus propósitos o capital organiza (grifado no original) o trabalho de uma maneira (jornada, ritmos, ..., divisão de tarefas, etc.); o controla, (...), dirige sua execução, supervisão, avaliação; o reprime (grifado no original); estabelece modalidades de pagamento (grifado no original) à força de trabalho (...) e também a 'cuida' (atenção médica, seguro ..., etc.)."⁴²² Além disso, o fato do estudo trazer à baila o envolvimento dos sindicatos com a questão da saúde e trabalho, seja através do DIESAT, seja ao nível dos sindicatos estudados, coloca em cena a discussão da sua possível contribuição para transformar as condições de trabalho, como advoga a MSL

"... o estudo (...) procurou apreender a real influência que a abertura dos processos de insalubridade têm na melhoria das condições de trabalho reclamadas e a postura do Sindicato no sentido de superar (grifado no original) a fase de defesa de direitos (...) e passar à defesa da saúde no trabalho ... da possibilidade de ser (...) 'resolvida' uma situação prejudicial à saúde pela simples indenização do adicional de insalubridade versus uma atuação crítica e positiva em termos sanitários, procurando ir além da 'monetização do risco'. (...) agindo no sentido de promover a conscientização dos trabalhadores (...), utilizando os órgãos previstos em lei (...), e outros como as comissões de fábrica para servirem de alavanca na mudança dessas condições de trabalho."⁴²³

Mais ainda, critica-se a inconsistência do discurso dos peritos que, escudados nos reducionismos da lei, fornecem subsídios, com seus laudos técnicos, para o julgamento das ações na medida em que se demonstra que a riqueza da variabilidade de informações sobre o trabalho fornecidas pelos trabalhadores reclamantes nas iniciais dos processos se restringe no mais das vezes à simples medição de algum agente físico, químico ou à proposta de adoção do uso de EPIs fornecidos. Assim,

"Chamam a atenção o detalhamento das informações (...) em que os operários reclamantes mencionam os produtos químicos utilizados no processo produtivo, a deficiência dos equipamentos de proteção coletiva existentes, os agentes físicos e os sintomas que produzem nos (...) expostos. Tais informações em raras ocasiões são aproveitadas pelo perito (...) que, ou as nega ou simplesmente as ignora, enfatizando os aspectos mais fáceis de serem determinados quantitativamente..."⁴²⁴

A busca por formação de quadros, treinamento de "cipeiros" e organização a partir dos locais de trabalho, a estratégia negocial, que é apreendida como uma nova tendência da prática sindical, é também apontada no estudo, particularmente a partir de 1978, quando se introduz cláusulas relativas à saúde e trabalho nos acordos coletivos de trabalho. Contudo, ao mesmo tempo, são sinalizadas preditivamente as limitações para o sucesso das estratégias pela defesa da saúde e melhoria dos locais e condições de trabalho. Elas ocorrem tanto em função da estrutura sindical que impede a organização por local de trabalho, a ausência de estabilidade no emprego ao que se superpõe a crise econômica do início dos anos 80, com forte influência na perda de postos de trabalho, crise esta que também redireciona os processos produtivos e potencializa os danos produzidos pelo trabalho e sua organização voltada para o aumento da produtividade pela

422 . LACAZ, *op. cit.*, 1983, p. 52.

423 . *Idem*, *Ibidem*, p. 102.

424 . *Idem*, *Ibidem*, p. 104.

intensificação do trabalho numa conjuntura de crise que baliza a competição inter-capitalista.⁴²⁵ Diante disso, assinala-se que

*"É (...), a nível da luta mais geral por mudanças políticas amplas na sociedade brasileira inserindo nela a luta pela saúde na fábrica, que o movimento sindical (...) poderá ultrapassar os limites impostos (...), [e] lograr afirmações de conquistas já conseguidas e obter seu aprofundamento, no sentido de que a saúde assuma um estatuto positivo."*⁴²⁶ (grifos nossos)

E, frise-se, foi justamente este engajamento em lutas mais amplas, como das DIRETAS JÁ!, do processo Constituinte que fez o movimento sindical lograr obter um espaço maior de interlocução com o Capital e o próprio Estado, cujas políticas públicas em algum momento incorporaram aspectos específicos da saúde e trabalho, consubstanciadas nos PSTs.

O outro estudo qualitativo, baseado em análise documental, entrevistas, também considerado como pertencente ao "subtema" movimentos sociais e saúde e trabalho data de 1989 e apreende um momento mais maduro da luta dos trabalhadores, em comparação com estudo anterior, particularmente dos trabalhadores em processamento de dados, ao reconstruir o desenrolar da luta pelo reconhecimento da doença que os acomete coletivamente, as Lesões por Esforços Repetitivos (L.E.R.).

Articulando o período de maior crescimento e visibilidade do movimento sindical pela saúde no trabalho, seu maior poder de pressão sobre o Aparelho de Estado na "Nova República" e as rápidas mudanças no processo de trabalho em processamento de dados, autora levanta os três elementos chave na emergência e constituição da Saúde do Trabalhador, isto é, a atuação sindical; sua demanda junto ao Estado, estabelecendo uma nova relação Estado-Sociedade e a discussão de processos e organização de trabalho relacionados com as novas tecnologias. Dada sua experiência profissional como técnica da DRT-SP, autora situa o estudo como fruto do trabalho articulado da DRT-SP com o SINDPD-SP, a partir de 1985, pela participação dos trabalhadores nas atividades institucionais.⁴²⁷

Apontando para a relevância da atuação sindical na constituição de um novo campo, percebe seus reflexos tanto na Academia com na abertura dos órgãos do Setor Saúde e do Setor Trabalho apesar da refratariedade da Previdência Social, para onde a demanda do reconhecimento é drígida.

Ao nível da Academia são identificadas pesquisas que incorporam a categoria processo de trabalho, com privilegiamento da temática da organização do trabalho e suas relações com a saúde, particularmente diante das novas tecnologias e do trabalho que agora tende a diminuir as demandas por esforço físico e exposição química para aumentar a solicitação por concentração, cognição, ritmo intenso, com conseqüente estresse mental, cuja historicidade muda o perfil de adoecimento e morte.

Disso resultaria um delineamento mais claro da Saúde do Trabalhador com o desenvolvimento

425. Ver a respeito LAURELL, Asa Cristina e SERRANO, Margarita M. Crisis y Salud en America Latina. *Revista Centro Americana de Ciências de la Salud*, v. 21, , ene-abr. 1982.

426. LACAZ, *op. cit.*, 1983, p. 131.

427. ROCHA, *op. cit.*, 1989, p. III. A sigla SINDPD-SP identifica o Sindicato dos Trabalhadores em Processamento de Dados de São Paulo.

"... de campos do conhecimento (...), como por exemplo a *ergonomia* e delimitando um novo fator que gera problemas para a saúde dos trabalhadores: a *organização do trabalho*." 428 (grifos nossos)

Ao lado disso, é assinalada a importante contribuição ao campo, oriunda da psicopatologia do trabalho no estudo do sofrimento mental que advem da organização, conforme DEJOURS (1987) dado pela divisão do trabalho, hierarquia, formas de comando e relações de poder, horários e jornadas, falta de controle sobre o processo. Corrobora esta mudança de paradigmas aquilo que ecoa nas próprias instituições internacionais como a OIT - via PIACT - e a OMS - via Alma Ata - na defesa da participação dos trabalhadores na organização do trabalho e seu controle, o que expressa o posicionamento do próprio movimento sindical, como o italiano, no final dos anos 60, cuja influência no Brasil é patente a partir do final dos 70.

No Brasil estudo detecta um posicionamento do movimento sindical, que estaria superando a 'monetização do risco', em sua busca por desvencilhar-se da tutela do Estado, do assistencialismo, na perspectiva de *autonomizar-se* em seu embate com o capital, procurando a negociação direta inclusive em questões de saúde e trabalho, mediante o fortalecimento de órgãos como as CIPAs, inclusão de cláusulas em acordos, criando assessorias e promovendo debates, cursos, encontros para formação de quadros.

429

Tal movimento, como uma onda de choque, implica em abalos nas estruturas do Aparelho de Estado, com surgimento de experiências na Saúde como os PSTs, nos órgãos de fiscalização do MTb nos estados que se tomam mais permeáveis às demandas sindicais.

Concomitante com a expressão ao nível dos órgãos de saúde pública das experiências dos PSTs a partir de meados dos 80, em 1986 os trabalhadores em processamento de dados passam a organizar-se nacionalmente em sindicatos e a promover intenso debate com a sociedade sobre as relações entre trabalho em análise e processamento de informações e um "mal-estar" que a estratégia "epidemiológica" dos coletivos de trabalhadores mostrava cada vez mais tratar-se de algo que dizia respeito às exigências introduzidas pela tecnologia dos computadores, antes considerados máquinas isentas de riscos e altamente poupadoras de esforços e exigências, conforme veiculava a propaganda das empresas.

O envolvimento de técnicos, assessores, sindicalistas que se comunicam num vasta rede de relações nacional, coloca em discussão a velha prática desenvolvida pelos SMEs ao não reconhecerem o *nexo* daquele "mal-estar", taxando de *simuladores* uma legião de lesionados, característica já discutida desses organismos de apoio ao capital e dos órgãos da Previdência Social, cuja postura assemelha-se à dos SMEs.

Expressão maior e positiva dessa história de lutas no âmbito da Saúde dos Trabalhadores é o reconhecimento de "tenossinovite" dos digitadores pelo Ministério da Previdência e Assistência Social, através de Portaria assinada pelo ministro em 06/08/87, após Encontros Nacionais de Saúde em Processamento de Dados realizados em 1986 e 1987. No MTb os frutos do movimento expressam-se na aprovação de uma Norma

428 . *Idem, Ibidem*, p. 49.

429 . Conforme ROCHA, *op. cit.*, p. 66.

Técnica, discutida entre técnicos e sindicalistas que normatiza o trabalho em processamento de dados.⁴³⁰ Trata-se, então, do momento de maior visibilidade do discurso empreendido, isto é, estar consubstanciado numa norma legal que rompe com a interdição do discurso oficial.

A partir disso, a prática da fiscalização abre-se para a participação dos trabalhadores, tornando-se mais permeável às demandas sindicais e buscando a prevenção, enquanto as empresas passam a ser vigiadas com um olhar cúmplice da burocracia cartorial do MTb e do movimento sindical autonomizado.

Como que a testemunhar a constituição do campo pelo entrecruzamento da política, do direito, da economia, autora detecta em 1987, retrocesso na luta pela melhoria das condições de trabalho, derivado das divisões internas ao movimento e do processo inflacionário que recrudece em 1988.⁴³¹

A isso associa-se um problema estrutural da luta neste campo, a ausência de políticas institucionais em Saúde do Trabalhador, na medida em que os órgãos oficiais acabam agindo pelo envolvimento de técnicos militantes. Para a autora a própria atuação sindical estaria travestida de

*"... um outro tipo de assistencialismo, através dos Departamentos de Medicina do Trabalho que acompanham o trabalhador acidentado, garantem a emissão das CATs (...), mas não têm uma atuação mais global em relação à melhoria das condições de trabalho. [Contudo], estas práticas representaram um avanço no sentido de desenvolverem ações visando à Saúde dos Trabalhadores."*⁴³² (grifos nossos)

Tais assertivas seriam, para o campo, a expressão daquilo que GIANOTTI (1996) declarou a propósito do impasse político mais geral hoje vivido no país, com o que pode-se, em parte, concordar:

*"... o grande problema dos movimentos sociais, na década anterior, foi a sua incapacidade de constituir alternativas às políticas nacionais. Nossos movimentos sociais não ascenderam à política nacional, o que fez do reforço da relação executivo-legislativo a única saída no presente."*⁴³³ (grifos nossos)

De certa forma o envolvimento do movimento sindical com a questão Saúde e Trabalho acumulou avanços que não tiveram continuidade e, nos anos 90, demonstra um certo esgotamento que pode estar relacionado a uma falta de estratégia política mais global, com a teimosa persistência de práticas "economicistas".

430. Conforme ROCHA, *op. cit.*, p. 109 e 116.

431. *Idem, Ibidem*, p. 220.

432. *Idem, Ibidem*, p. 220.

433. Ver a respeito O Primeiro ano do Governo Fernando Henrique Cardoso - Debate com José Roberto Mendonça de Barros, Luiz Gonzaga Belluzzo, Francisco de Oliveira, Sérgio Abranches e José Arthur Gianotti (mediador). In: *Novos Estudos CEBRAP*, n. 44, p. 47-72, mar. 1996. p. 68.

4.3.3.3. Estudos em Saúde Mental e Trabalho.

É o ano de 1989 a data do estudo inaugural da temática "Saúde Mental e Trabalho", o qual ao vislumbrar o caráter **interdisciplinar** do campo Saúde-Trabalho, adota uma articulação da abordagem epidemiológica de corte transversal, associada à **Psicopatologia do Trabalho**, visando a investigação de sintomas referidos de sofrimento psíquico em processos de trabalho de trabalhadores da saúde de um grande hospital geral, através de questionário auto-aplicável. Aponta para a questão de que pela complexidade do estudo das relações Saúde-Trabalho, impõe-se construir uma nova disciplina ou uma **transdisciplina**.⁴³⁴

Utilizando, então, a categoria processo de trabalho para o estudo do trabalho hospitalar discute-o, inicialmente, à luz da proposta metodológica de análise do processo formulada pela **ergonomia** moderna, da escola de WISNER (1987) através da idéia de trabalho prescrito e trabalho real, que **rompe** com a prepotência da administração do trabalho taylorista e introduz a **noção** de cargas de trabalho que, frise-se, é distintiva da assumida pela MSL.⁴³⁵

Trabalha, a seguir, com a noção de sobredeterminação de uma carga sobre outra, conforme propõe a **psicopatologia do trabalho** com reflexos sobre os mecanismos defensivos intersubjetivos, em que o universo do trabalho ocupa parte importante das vivências, conforme sugere DEJOURS (1986). E é ainda em DEJOURS que vai buscar elementos para discutir a **mediação** entre organização do trabalho e as descompensações psíquicas, numa perspectiva que aproxima-se do conceito de desgaste proposto por LAURELL & NORIEGA (1989).

Contudo, se, como chama a atenção autora, o estudo do sofrimento psíquico no trabalho através da metodologia **epidemiológica** é complexo dada a dificuldade de caracterizar tal sofrimento, que estaria situado num espaço fora do reconhecimento da clínica, mais ainda é quantificar e generalizar experiências subjetivas, extrapolando-as para o coletivo. E, aqui, alguns conceitos psicanalíticos são utilizados, particularmente o de **sublimação**, o que é feito com reservas visto que trata-se do uso de

*"... um mecanismo de defesa individual (...) com a possibilidade de um sistema social de defesa e, portanto coletivo, de trabalhadores de saúde ..."*⁴³⁶ (grifos nossos)

Apontando para o fato de que historicamente a medicina somente investe no corpo do trabalhador com o capitalismo e, com a industrialização, o hospital incorpora novas tecnologias advindas da química, física, numa divisão e organização do trabalho que leva ao abandono da prática artesanal, quando então pode-se falar do trabalho hospitalar como **processo de trabalho**, é neste âmbito que procurará discutir as relações com o sofrimento psíquico no trabalho. Aqui, a divisão social do trabalho, a duração da jornada, sua organização articulam-se com o "jeitinho", o trabalho real, conforme a vivência dos indivíduos dentro do coletivo. E, criticando a visão positivista da medicina ao relacionar agentes químicos, físicos, microbiológicos, sempre identificáveis pelas técnicas de

434. PTTA, *op. cit.*, 1989, p. 1. Contudo, não fica explicitado o que se entende por "transdisciplina". A este respeito consultar LAURELL (coord.), *op. cit.*, 1993, cap. 1.

435. Ver a respeito WINSER, Alain. *Por dentro do trabalho: ergonomia: método & técnica*. Tradução por Flora Maria Gomide Vezzà. São Paulo: FTD:OBORÉ, 1987. 189p. Tradução de Analyse de la situation de travail. méthodes et critères.

436. PTTA, *op. cit.*, p. 37.

demonstração, aponta no conceito de **estres**, largamente utilizada por uma certa abordagem na medicina como mediador entre a nocividade da organização do trabalho e patologias "mentais", uma visão positivista semelhante, propondo o deslocamento do eixo explicativo do biológico para o social, do físico para o psicossocial, numa aproximação com a noção de **nexo biopsicossocial da MSL**.

Aqui, a aproximação com o esforço teórico-metodológico da epidemiologia social cunhada por LAURELL, para alguns 'mais social' do que 'epidemiológica' é patente, identificando-se com seu enfrentamento das questões pesquisadas em SICARTSA, que transitam do individual ao coletivo, do biopsíquico ao social e da investigação neutra ao envolvimento claro com o movimento sindical.⁴³⁷

A partir daí, são criticados os estudos sobre a saúde dos trabalhadores em hospital que partem da noção de 'risco', o que coloca uma limitação à abordagem, pela epidemiologia, das relações Saúde-Trabalho, quando propõe-se incorporar então em seu lugar, a sociologia do trabalho, a ergonomia moderna e a psicopatologia do trabalho, que assim têm contribuído mais nos estudos acima referidos do que a epidemiologia que passa a ter uma contribuição como simples referências estatísticas que dão base a outras disciplinas.⁴³⁸

Assim, na busca do espaço que caberia à epidemiologia nos estudos de Saúde (mental) e Trabalho, de resto questionável, dada a crise epistemológica vivida pela disciplina, observa que ela

*"... poderá estabelecer medidas de associação fortes ou fracas entre determinadas condições de trabalho e determinadas reações de trabalhadores, estabelecendo uma teoria, um método e uma técnica de lidar com populações de trabalhadores de modo generalizado, exploratório ou não, incorporando os benefícios que a **quantificação** (...) possa trazer para este campo de conhecimento."*⁴³⁹ (grifos nossos)

Advogando que a simples prova de associações trazida pela epidemiologia, pode levar a mudanças técnicas, jurídicas e políticas das condições de trabalho nocivas, parece então caber à quantificação um papel que é subalterno à qualificação, estabelecendo-se uma contraposição que para o campo não é produtora.

E, caminhando nesta estreita faixa de terreno que parece não comportar cabalmente os dois momentos, até pela natureza do seu objeto, procura-se, com o estudo, contribuir para

*"... a **articulação** entre fenômenos individuais de ordem subjetiva e o todo social no qual eles acontecem, onde **pode-se discutir um 'nexo causal'**, ou uma '**relação de determinação**' entre uma série de fatores ligados ao **processo de trabalho**, de um lado, e **consequências ligadas ao sofrimento psíquico**, de outro."*⁴⁴⁰ (grifos nossos)

E, reconhecendo a contribuição da MSL quanto à historicidade dos nexos biopsíquicos em sua relação com o trabalho, propõe a articulação interdisciplinar no campo das relações Saúde-Trabalho para estabelecer juntamente com a epidemiologia uma

437. *Idem, Ibidem*, p. 83.

438. *Idem, Ibidem*, p. 86.

439. *Idem, Ibidem*, p. 95.

440. *Idem, Ibidem*, p. 196.

hierarquia de determinações psicossociais na definição de relações de causalidade entre o trabalho e a saúde. ⁴⁴¹

Aqui, afinal, aporta-se em terreno seguro, quando é identificado o caráter interdisciplinar do campo e o potencial de articulação de abordagens quali-quantitativas na apreensão dos eventos complexos, como organização e processo de trabalho, em sua relação com a saúde.

O ano de 1989 ainda marca a apresentação de estudo em indústria siderúrgica de Cubatão, realizado entre 1980-88, que demonstra a abertura teórico-metodológica do campo já que, situado na dispersão dos discursos da "*Psiquiatria do Trabalho ou Psicopatologia do Trabalho*", componente da "*Psiquiatria Social*" utiliza o método de '*Estudo de Caso*' numa abordagem ainda não cogitada, a **psicanalítica**, que procura articular subjetividade e relações sociais no trabalho, para analisar casos de "*Síndromes reativas*" (sintomas psicóticos e neuróticos reacionais) entre operários com queixas de fadiga psíquica.

A partir também do olhar sobre a **organização do trabalho**, aqui vista pelo viés psicanalítico, aponta-se seu duplo papel:

"... uma identificação dos trabalhadores com um ideal de produção, ocorre a chamada 'Montagem Perversa' - instrumentalização da subjetividade - levando-os à intensificação do trabalho ... ao fracasso do ideal partilhado corresponde uma perda da identificação e a emergência de Síndromes Reativas..." ⁴⁴²

Situando os limites do campo da Psiquiatria do Trabalho para apreender o caráter social do processo saúde-doença dos comportamentos dados como mórbidos, autor capta a emergência do seu discurso na "*psicoterapia institucional e (...) psiquiatria de setor*" que muito se assemelha ao das "ciências do comportamento" dos anos 20-30, no seu papel seletivo da força-de-trabalho, na medida em que adequaria o

"... aparato psiquiátrico tradicional às necessidades do sistema capitalista de produção, através de uma 'psicologização' de reações comportamentais, criando uma nova 'patologia', que se presta como instrumento de controle, reduzindo ou (...) secundarizando os conflitos e os fatos de caráter político a 'fatos' de ordem subjetiva." ⁴⁴³ (grifos nossos)

E, é a partir de questões postas pela análise da "*etiopatogenia da fadiga psíquica*" que autor vai investigar a "*reatividade psíquica às condições de trabalho.*"

De certa forma, aqui, o conceito de fadiga psíquica como mediador entre o individual e o social, assemelha-se ao de estresse, que expressaria inicialmente a inadaptação ao trabalho para chegar, no limite da cronicidade, a quadros psicossomáticos, como úlceras, hipertensão, ou a sofrimentos psíquicos que acompanham a fadiga. E, é justamente esse o objeto do estudo, realizado a partir do acompanhamento de trabalhadores que apresentavam "*quadro mental*" mais claramente relacionado ao trabalho na sua própria "*percepção*". Mediante entrevistas individuais gravadas e uma grupal com 3 trabalhadores (coordenadores) não doentes, é descrito o que se entende como responsável pelos quadros reacionais dentro da organização do trabalho implantada na

441 . *Idem, Ibidem*, p. 196.

442 . MAGALHÃES, *op. cit.*, p. 198, RESUMO.

443 . *Idem, Ibidem*, p. 7.

siderúrgica. Com isso, procura-se levantar os componentes **intrapésíquicos** afetados pelo trabalho e seus reflexos em termos de possível sintomatologia psicopatológica.

O tema das Síndromes Reativas é então abordado mediante 3 posições epistemológicas: "*a da (...) fenomenologia, (...) a do Positivismo Lógico e a da Psicanálise ...*" 444, adotando-se, finalmente, uma delas.

Enquanto a fenomenologia e o positivismo procuram 'causalidades' o que limitaria suas abordagens, advoga-se a psicanálise porque preocupa-se em estabelecer **relações** entre sofrimento psíquico e trabalho. O que se pretende é avaliar se um sintoma psicopatológico pode ser a resposta de um trabalhador às condições de **organização do trabalho** numa usina siderúrgica moderna. 445

Ao adotar, o "*método de 'estudo de caso' (...) utilizado nas ciências sociais e na medicina*", introduz-se duas regras da psicanálise que é a transcrição literal do discurso do investigado e a não diretividade deste discurso pelo investigador. Aqui, buscar-se-á a universalidade no singular.

E, ao referir-se à proposição de DEJOURS (1987) das entrevistas em grupo por pressupor a existência de 'sistemas coletivos de defesa' que **mascam** as relações entre coletivos de operários e seu trabalho, naquilo que tem de riscos à saúde física e mental, é levantada uma questão importante para o campo, do ponto de vista metodológico (o que não é motivo de maior preocupação do autor) e que se refere à validade da noção de validação consensual pelos grupos homogêneos do Modelo Operário Italiano, em situações de grande risco. Ocorre que, pelo aporte de DEJOURS da **interpretação** com a finalidade de, a partir de relatos intersubjetivos, fazer novas revelações, ou deixar emergir novos conteúdos não percebidos, tais sistemas de defesa situam-se como uma ideologia defensiva, isto é, uma subjetividade compartilhada por certo número de pessoas numa situação de trabalho similar, que mascara a realidade em situações limite de risco e perigo no trabalho. 446

Articulando o "*modelo teórico [de] LACAN*" a propósito da abordagem psicanalítica com a "*Dialética do Senhor e do Escravo*" de Hegel a respeito do reconhecimento no subjugar-se ao outro, autor procura a superação da servidão na subjetividade fruto de uma 'práxis' que desemboca numa ética pessoal, nem sempre capaz de obter a superação, daí a variedade de aparências com que cada um intimamente irá responder a esta luta em que se insere nas relações de trabalho. O pertencimento ao coletivo é encarado como salutar para o Eu e o desprendimento deste coletivo pode ser lesivo à individualidade, e isto poderia explicar alguns quadros reacionais observados.

Na perspectiva de articular a realidade social da empresa, com as expressões reacionais, parte então do depoimento dos 3 coordenadores da fábrica que operaram as transformações na organização do trabalho para gerenciamento produtivo no período de 1978-84, após uma administração que levou a empresa ao "*debacle*" quase falimentar, época em que ocorrem várias mortes em curto período de tempo.

444. *Idem, Ibidem*, p. 47.

445. *Idem, Ibidem*, p. 56.

446. O que se levanta aqui é a possível contraposição entre as formulações de DEJOURS a respeito das defesas coletivas no mascaramento das vivências sob risco de saúde no trabalho com o Modelo Operário Italiano, na absolutização que este concede às subjetividades na definição dos consensos sobre questões a priorizar nas avaliações de condições de risco no trabalho.

Implanta-se neste momento um modelo de disciplinamento que envolve um ideal de todos na busca de maior produção, na superação dos limites individuais, mas tal prática chega a um esgotamento junto aos próprios trabalhadores da COSIPA, expresso pelo aparecimento das "loucuras".⁴⁴⁷

E, através dos depoimentos dos trabalhadores são descritos os reflexos dessa forma de administrar em relação à saúde e trabalho cuja meta dada pela campanha do "acidente zero" como se fosse uma marca da administração que pressionava a todos, leva ao não registro dos eventos por iniciativa do próprio acidentado, para não contrariar às gerências que concorriam entre si surdamente., através do registro de acidentes num placar na sala da diretoria. Nesta nova administração participava-se, falava-se, mas somente aquilo que o chefe queria ouvir! Tal situação era vivenciada de maneira ambígua pois, se era considerada melhor que a anterior colocava aos participantes um desafio cultural de produzir independentemente do olhar da chefia.

Utilizando-se da 'Montagem Perversa' para discutir como pode a hierarquia influenciar o neurótico na busca de seu ideal de pertencimento, autor transpõe tal interpretação para a COSIPA identificando nos quadros reativos uma

*"... espécie de reação coletiva ao que pode ser visto como um ideal que foi atingido e nada mais tem a oferecer a não ser tristeza, desânimo, decepção com aquele que personificou o carisma e a sedução do ideal. "*⁴⁴⁸

Logo em seguida autor pergunta-se se tal trajetória de "ascensão e queda de um ideal" poderia ter efeito patógeno naquele coletivo de trabalhadores?

E, aqui, lança mão de indicadores quantitativos dados pelo número de casos novos e atendimentos psiquiátricos na empresa, ao longo de quatro anos. O aumento do número de casos novos após o pico da produção atingido em 1983 poderia ser uma hipótese. E, nesta realidade, a "Montagem Perversa" de Freud, poderia ser perturbada tanto pelas ameaças de riscos do cotidiano de trabalho, vivenciados no corpo pelos ATs, como pela atuação sindical, o qual poderia potencializar tal perturbação quando lança-se numa resistência organizada contra as ameaças psicológicas de exclusão, demissão e perda de regalias, com ocorreu em 1979 quando o Sindicato denuncia a propósito da morte de um trabalhador por acidente, as condições de segurança, o ritmo intenso. Contrapõe-se ao discurso campanhista do acidente zero, o discurso sindical denunciando as chefias pela pressão sobre o trabalhador para o não registro.

Assim, com o trabalhador premido entre o enquadramento nas exigências da produção pela Montagem Perversa e a exclusão pela Síndrome Reativa, que também servirá de exemplo útil à produção, autor explica que a superação da perversidade vai dar-se na subjetividade de cada um, já que

*"As contradições entre as classes sociais, nas relações de produção, não levam espontaneamente à assunção de uma ética própria."*⁴⁴⁹ (grifos nossos)

Contudo, corre-se um risco. Se, a abordagem aqui empreendida procura articular o subjetivo ao contexto das relações sociais de produção, com possíveis

447. Trata-se da Companhia Siderúrgica Paulista, localizada no parque siderúrgico-petroquímico de Cubatão-SP, que iniciou atividades em 18/12/1963, com controle acionário de 58%, à época, por parte do Governo Federal, até final dos anos 80. Foi privatizada no início dos anos 90.

448. MAGALHÃES, *op. cit.*, p. 169-170.

449. *Idem Ibidem*, p. 195.

contribuições para se entender a importância da subjetividade nos coletivos, o hiperdimensionamento do primeiro termo da equação, traz o risco de anular seu contingente, resvalando para uma explicação psicodinâmica exacerbada que aparta a dialética das relações entre o social (trabalho) e o biológico (saúde mental).

Em 1990, outro estudo epidemiológico de corte transversal em Saúde Mental e Trabalho é apresentado, abordando também as condições de trabalho na siderúrgica COSIPA - que passava por mudanças tecnológicas (automatização) e de organização produtiva, visando aumento de produtividade - no qual era enfatizada a importância da relação entre *"processos e formas de organização do trabalho sobre a esfera psicoemocional."*

Através de questionário aplicado por entrevistadores à amostra probabilística do total de trabalhadores, levantou-se *"variáveis sócio-demográficas"* (idade, naturalidade, escolaridade e renda familiar *per capita*); *"variáveis de inserção na produção"* (departamento e tempo de trabalho, ocupação, esquema de trabalho e dobras de turnos, horas-extras, pausa para refeição) e *"condições de saúde"*, particularmente internações, morbidade geral, distúrbios mentais menores e alcoolismo. Mesmo considerando-se o caráter parcial de instrumentos como este observou-se, através de análise estatística simples das variáveis independentes (sócio-demográficas, de inserção da produção e condições de saúde) em relação às dependentes (suspeita de apresentar distúrbios psiquiátricos menores e alcoolismo), a prevalência elevada dos distúrbios mentais pelos vários setores da empresa, associando-os *"às condições gerais de vida e à (...) organização e condições de trabalho."*

Ao aproximar-se do campo da Saúde e Trabalho, autor aponta para a existência, ainda pouco explorada no Brasil, de um *"vasto campo multi-interdisciplinar"* de estudos sobre as relações Saúde Mental e Organização do Trabalho, autor chama a atenção para as contribuições nestes estudos da MSL, através da Epidemiologia Social com o uso da metodologia proposta por LAURELL; da Ergonomia em função do aumento das cargas mentais nos processos automatizados, com maior exigência da cognição - atenção, concentração, senso-percepção, memória - e da Psicopatologia do Trabalho, pela abordagem relativa aos mecanismos de defesa psíquicos coletivamente elaborados, questões estas **interditadas** no discurso da MT-SO.

Assim, o estudo parte da apreensão do primeiro momento de mudanças entre 1977-80, em que empresa apregoa a implantação da Administração por Objetivos (APO) uma forma de organização do trabalho que alia aumento da produção, sem investimentos reais e aumento da mão-de-obra, e controle dos acidentes de trabalho, mediante a participação de todos os funcionários, na perspectiva do desafio de atingir-se a **eliminação completa dos acidentes**.⁴⁵⁰ Há um aprofundamento do "taylorismo" existente, com aumento do controle externo, do ritmo e da monotonia e os trabalhadores têm *"autonomia mínima em virtude dos requisitos técnicos do processo."* Disso advem a ansiedade, a insatisfação ou medo, com distúrbios físicos e psico-emocionais.⁴⁵¹

450. Esta meta constituiu-se na Campanha do Acidente Zero, conforme explicitado por seu Presidente Plínio Assmam em pronunciamento no XVIII CONPAT, em 1980, e envolveu uma verdadeira "guerra" ideológica para a venda de uma imagem de coesão de todos os trabalhadores num engajamento em que "... cada funcionário da empresa passou a se preocupar com a melhor maneira de acabar com o acidente." (ASMANN, Plínio IN: *Anais do XVIII CONPAT* apud Borges, op. cit., p. 35. É importante ressaltar que tal meta não se concretizou, sendo desmascarada por importante atuação do Sindicato dos Metalúrgicos de Santos e Cubatão, quando no início dos anos 80 denuncia a presença de centenas de casos de intoxicação por benzeno na empresa, conforme relatado em REBOUÇAS et al. (1989). Estudos acadêmicos como de FARIA et al. (1983) também apontam para a ocorrência de ATs em população de trabalhadores siderúrgicos da região.

451. BORGES, op. cit., p. 40.

É justamente sobre as novas exigências de produtividade implantadas - que trouxeram reflexos sobre a organização do trabalho incorporando um ritmo intenso, elevada frequência de turnos alternantes, ausência de pausas - que se concentram as atenções do autor ao identificar num processo produtivo cada vez mais automatizado, apesar das atividades simples, exigências de maior capacidade de abstração e integração, com efeitos sobre a saúde mental expressos na prevalência dos distúrbios mentais menores.

E, aqui, a psicopatologia do trabalho tem importante papel quando detecta

"... uma contradição entre o conteúdo significativo do trabalho, (...), e as aspirações do trabalhador, bem como uma organização do trabalho rígida, há uma tendência à somatização e ao aparecimento de doenças psicossomáticas." ⁴⁵² (grifos nossos)

Por fim, é apontado que a Saúde Mental é um indicador privilegiado para analisar relações saúde/doença e trabalho, cabendo ao método epidemiológico, discurso situado no *"cruzamento de diversas disciplinas, (...) um papel importante a desempenhar."* ⁴⁵³

E, não seria este justamente o estatuto do campo da Saúde do Trabalhador, quando procura **integrar e articular** o conhecimento **interdisciplinar** (para outros transdisciplinar) trazido pelas várias disciplinas, saberes e práticas sobre as relações saúde-trabalho, na perspectiva da superação das nocividades?

Finalmente, em 1991, é apresentado clássico estudo epidemiológico transversal que repete a abordagem anterior, com questionário aplicado a amostra de sepultadores do Serviço Funerário do Município de São Paulo, que levantou dados pessoais, sócio-demográficos, ocupacionais e de saúde. [Utilizou-se, da mesma forma o questionário para distúrbios psiquiátricos menores e para alcoolismo, validado com a aplicação de outros dois questionários.

Considerou-se que o achado de

"... elevados índices tanto de distúrbios psiquiátricos menores como de alcoolismo devem ser atribuídos à natureza do trabalho exercido. (...) determinados (...) menos pela elevada solicitação de serviço, (...) mais pelo confronto com o objeto de trabalho, o cadáver humano." ⁴⁵⁴ (grifo nosso)

Situando-se também no cruzamento da Saúde Mental e Trabalho, estudo procura compreender aspectos da subjetividade dos sepultadores, a partir de sua atividade, preocupação que se cristalizou e ampliou-se em função da **experiência** do autor como psiquiatra com grupos terapêuticos em clínica da PM de São Paulo onde atendia muitos casos de sepultadores alcoólatras, o que configurou como quadro de *"alcoolismo ocupacional"*.

Ao abordar a Saúde Mental e Trabalho, autor refere-se à visão clássica do modelo de HND em seu reducionismo causal e cita o questionamento de LAURELL ao modelo, apontando para a historicidade do adoecer e morrer. Ao lado disso, situa as explicações da relação dadas pelo modelo tradicional da teoria do 'stress', e suas fases de

452. *Ibidem*, p. 147.

453. *Ibidem*, p. 147.

454. DFTMAR, *op. cit.*, p. VI, RESUMO.

reação adaptativa. Passa pela contribuição da 'psicopatologia do trabalho' calcada na psicanálise que valorizaria as reações individuais e coletivas frente ao processo de trabalho, o que pode precipitar quadros mentais tendenciais. Por fim chega no "*Enfoque Epidemiológico em Saúde Mental*", retomando à taxionomia clínica, cujo

"... desenvolvimento dos questionários de rastreamento, ao longo dos anos 70, ampliou (...) o espectro de captação de casos ... de sintomas psiquiátricos menores, uma combinação de ansiedade, depressão, sintomas somáticos (...) mais frequentes na *comunidade* e nos níveis assistenciais (...) não especializados ... [trazendo] outra envergadura para as pesquisas." ⁴⁵⁵ (grifo nosso)

Advoga-se, ainda, o estatuto de patologia psiquiátrica para o alcoolismo, para o qual é admitida um "*multicausalidade*", com reflexos para a produtividade, propensão a ATs, absenteísmo e relacionamento prejudicado no trabalho. Quando, então, passa a ser valorizado como "*o alcoolismo 'ocupacional'*".⁴⁵⁶

Assim, quanto aos "*dados ocupacionais*", foi pesquisado através de questionário, a satisfação no trabalho; o interesse em mudar de atividade; o controle da chefia; o esforço e empenho como fator de promoção; o relacionamento com colegas e reconhecimento das atividades por outros.

Através da exploração de variáveis clássicas como idade, naturalidade, estado civil, escolaridade, ocupação, religião, habitação, renda, aliadas a problemas de saúde, uso de medicamentos, licenças médicas, observa-se que quanto aos distúrbios psiquiátricos houve associação com fato de não existir **prazer** no trabalho, o mesmo não ocorrendo em relação ao alcoolismo, o que foi mais explorado no estudo.

Por tratar-se de investigação que reproduz metodologia baseada em questionário já utilizado em estudos anteriores, sem observação das reais condições de trabalho, que não se filia a marcos teóricos adotados nos estudos dessa temática - Ciências Sociais e desgaste mental; Psicanálise, Psicopatologia do Trabalho e sofrimento mental; Ergonomia e cargas de trabalho - ⁴⁵⁷ pouco contribui para avanços [teórico-metodológicos] no estudo das relações Saúde Mental e Trabalho, cuja importância para o campo da Saúde do Trabalhador é estratégica em vista das mudanças que hoje ocorrem nas formas de organização, gestão e administração do trabalho.

4.3.3.4. O Estudo Epistemológico.

Dentre os estudos realizados no DMP da FM da Usp, o último aqui analisado data de 1988 e constitui-se numa pesquisa "epistemológica" na medida em que discute os limites do conhecimento proporcionado pelas formas de abordar as relações Trabalho-Saúde ainda hoje hegemônicas.

455 . *Idem, Ibidem*, p. 35.

456 . Cf. MAGALHÃES, p. 43-44.

457 . Ver a respeito SELIGMANN SILVA, Edith Pesquisas Brasileiras em Saúde Mental e Trabalho. In: 1º. Seminário Nacional de Saúde e Trabalho (SENAST). *Anais*. Ribeirão Preto: Núcleo de Estudos sobre Saúde e Trabalho. EERP-USP, 1991. p.112-154.

Na verdade autor vai dialogar com a SO apontando suas lacunas e deficiências teórico-metodológicas, sinalizando com o surgimento de uma perspectiva "mais abrangente, multidisciplinar" que denomina "Saúde do Trabalhador" e sobre a qual vai discurrir considerando seus aspectos teórico-conceituais, sua constituição enquanto campo de conhecimento integrado pelo referencial do "materialismo histórico" e as contribuições de áreas como a Ergonomia e Psicopatologia do Trabalho.

A partir da análise de livros de autores de vários países relativos à SO, percebe-se que há uma homogeneidade conceitual calcada na proposição emanada da OMS-OIT de 1950, mostrando o peso da legitimidade do discurso destas entidades internacionais.

Seu enfoque ambientalista restritivo, a-histórico, que se limita aos aspectos físicos, químicos, biológicos, isola-os quando dos estudos científicos sobre seus efeitos, o que impõe como horizonte as doenças profissionais. Isto produz uma formulação ideologizada que mascara os efeitos patogênicos reais do trabalho em sociedades concretas.

Se, de um lado, a SO não relaciona sequer as doenças crônicas mais prevalentes com o trabalho, por seu olhar ambientalista vesgo, menos ainda pode contribuir para perceber a própria historicidade dos quadros clínicos das doenças profissionais. E, em termos globais é na formação deficiente e restrita de profissionais que repercute tal abordagem, apesar de evidências empíricas cabais sobre relações entre trabalho e hipertensão arterial, doença coronariana, doenças psicossomáticas, etc.. Assim, a abstração das questões relativas à organização do trabalho nas sociedades modernas interdita da vontade de saber do discurso da SO tais preocupações.

Disso resulta uma crítica à pretensa **neutralidade** da Saúde Ocupacional, da Higiene do Trabalho que leva-as a encobrir o caráter social do trabalho, fixando-se em questões técnico e aparentemente educativas.

Mais ainda, mesmo estudos epidemiológicos clássicos sobre a temática, apresentam viéses metodológicos que desconsideram, por exemplo o Efeito do Trabalhador Sadio, usam registros pouco confiáveis e adotam comparabilidade discutível das populações sob estudo. Aqui a ocupação como "*variável independente*" toma lugar do trabalho e sua rede de relações.

E, diante das novas formulações teóricas para embasar estudos e práticas mais abrangentes, autor destaca dois grandes grupos: baseadas no materialismo histórico ou em fatores psicossociais.⁴⁵⁸

Do materialismo histórico, salienta-se sua abordagem globalizante, tendo o momento da produção como foco, mas procurando integrar produção e consumo; considerando o trabalhador sujeito da sua própria saúde, não mais um simples hospedeiro; compondo classes sociais e inserido num **processo de trabalho**, considerado em concordância com LAURELL (1987)⁴⁵⁹

458 . REGO, *op. cit.*, p. 84.

459 . LAURELL, Ana Cristina. Proceso de producción y salud: una propuesta teórico-metodológica y técnica y su utilización en un estudio de caso. Tesis (Doutorado en Sociología) Universidade Nacional Autónoma de México, México, 1987. [mimeo] apud REGO, *op. cit.*, p. 91.

"em sua dupla dimensão técnica e sócio-política (...) como a 'categoria analítica central para a compreensão do trabalho em sua relação com a saúde na sociedade capitalista.'" 460

Deste universo também fazem parte a alienação, o estresse e os fatores psicossociais que engendra.

A segunda vertente dá ênfase aos fatores psicossociais na geração de variado número de doenças relacionando-se com desemprego, crises econômicas, recessão, em análises macro-econômicas.

Por outro lado, é em áreas específicas do conhecimento que autor encontra a possibilidade de avanço do campo, identificando duas delas como principais: a Ergonomia e a Psicopatologia do Trabalho, cujo objeto privilegiado de análise, sob olhares diferentes, é a **organização do trabalho**, categoria interdita pela SO.

Ao identificá-las, autor pontua suas maiores contribuições para o campo, situando-a no estudo dos efeitos do trabalho em turnos, no caso da Ergonomia moderna e no conteúdo significativo (simbólico) do trabalho para as subjetividades no caso da Psicopatologia do Trabalho, incorporando o conceito de ideologias defensivas e de sofrimento mental que se processam para o enfrentamento do "conflito" entre a "organização do trabalho e comportamento livre", cuja contribuição em estudos de Saúde Mental e Trabalho tem sido notória.

Se, como assinala o autor a preocupação com as relações Saúde e Trabalho, somente assumem efetiva importância no capitalismo, é também sob ele que se engendram formas de mascarar o caráter patogênico do trabalho sob o capital, papel este exercido pela SO, mas aqui a dialética impõe um olhar que traz para a cena a atuação dos trabalhadores e suas formas de resistência, configurando-se assim, no início dos 70, as condições de possibilidade na América Latina de superação das formulações da SO que por sua abordagem restritiva das relações Trabalho-Saúde oculta aspectos hoje centrais da influência patogênica do trabalho.

Mais ainda, questiona-se o modelo medicalizante, através da MSL que vem expressar a relevância do marxismo

*"... como corrente **hegemônica** nas ciências sociais latino-americanas [e] a questão do trabalho assumiu papel de categoria analítica central nas análises e propostas colocadas (...) Surge (...) na área da saúde uma produção científica **questionadora** dos modelos tradicionais e que privilegia a questão do trabalho como eixo necessário para a compreensão do caráter **social** do processo saúde-doença."* 461 (grifos nossos)

E, para apreender esta complexidade interdisciplinar, preenchendo lacunas importantes do conhecimento cunha-se o termo "**Saúde do Trabalhador**" que englobaria a SO, a relação psiquismo trabalho, o desemprego, saúde da família do trabalhador, etc.. E, numa multidisciplinaridade integra-se conhecimentos vários com particular contribuição da Ergonomia (na Organização do Trabalho), da Epidemiologia (nas Doenças do Trabalho), da Psicopatologia (na Saúde Mental e Trabalho). 462

460. REGO, *op. cit.*, p. 91.

461. REGO, *op. cit.*, p. 145.

462. Conforme REGO, *op. cit.*, p. 165.

Ocorre, porém, que aqui haveria a necessidade de pontuar duas questões: não parece pertinente que a Saúde do Trabalhador englobasse a SO porque se tratam de discursos com diferentes "vontades de saber" e que interdita-se; por outro lado, uma instância mais integradora dos conhecimentos no campo da Saúde do Trabalhador é a MSL que vem tratando das questões relacionadas à organização e processos de trabalho, às doenças do trabalho através da Epidemiologia Social e que ultimamente também tem incorporado a discussão da Saúde Mental e Trabalho.⁴⁶³ Ao se propor tal enfoque, não se descarta, evidentemente, as contribuições da Ergonomia e da Psicoptologia como se observou, empiricamente, pelos estudos até aqui analisados. Mais ainda, quando se trata da subjetividade, da resistência ao trabalho enfadonho, da insatisfação endêmica com o trabalho, do mal-estar no trabalho, dos instintos reprimidos pela organização do trabalho no capitalismo é na Saúde Mental e na Psicanálise que haveria possibilidades de contribuições interessantes.

Assim, assinalada a importância para o campo de uma questão ainda não colocada, ou seja, a

"integração do conhecimento operário no processo de geração de conhecimento sobre a relação entre Trabalho-Saúde [e]

*"o estudo sobre a repercussão, no âmbito da saúde, da atuação sindical e política dos trabalhadores..."*⁴⁶⁴ (grifos nossos)

E, é justamente disso que se trata quando engloba-se no estudo da constituição do campo da Saúde do Trabalhador em São Paulo, a atuação organizada dos trabalhadores participando da formulação de políticas em Saúde do Trabalhador junto ao Aparelho de Estado, mesmo atentando-se para os limites estruturais dessa prática.

4.3.4. A produção da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp.

Dentre os estudos analisados produzidos no Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp referentes à temática Saúde e Trabalho, situam-se 9 investigações que foram classificadas como: epidemiológicas (5); de higiene do trabalho (2); de política pública (1) e clínica (1).⁴⁶⁵

463. Ver a respeito BERMANN, Silvia. El Estudio de la Salud Mental en Relación con el Trabajo. In: LAURELL, Asa Cristina (coord.) *Para la investigación sobre la salud de los trabajadores*. Washington: OPAS, 1993. p.189-234.

464. REGO, op. cit., p. 178.

465. Ver: 1. COSTA, José Luiz Riani. *Estudo da Asbestose no Município de Leme*. Dissertação (Mestrado em Medicina) Departamento de Medicina Preventiva e Social, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, 1983. 2. CAPITANI Eduardo Mello de. *Risco de Pneumocitomas em Trabalhadores Expostos à Rocha Fosfática*. Dissertação (Mestrado em Medicina) Departamento de Medicina Preventiva e Social, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, 1987. 3. BAGATEN, Ericson. *Avaliação Clínica, Radiológica e da Função Pulmonar em Trabalhadores Expostos à Poeira de Sílica*. Tese (Doutorado em Medicina) Departamento de Medicina Preventiva e Social, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, 1988. 4. TOLOSA, Dora Elisa R. *Avaliação das Condições de Trabalho dos Servidores Braçais da Prefeitura Municipal de Botucatu*. Lavantamento das Condições de Riscos e Estado de Morbidade. Dissertação (Mestrado em Medicina) Departamento de Medicina Preventiva e Social, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, 1990. 5. CORDEIRO, Ricardo. *Pressão Arterial Diastólica entre Motoristas e Cobradores de Campinas, Usuários de um Serviço de Saúde Ocupacional*. Dissertação (Mestrado em Medicina) Departamento de Medicina Preventiva e Social, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, 1991. 6. OLIVEIRA, Tânia Cristina. *Morbidade e Acidentes de Trabalho em Trabalhadores Rurais: um estudo de caso em Araras, S.P.*. Dissertação (Mestrado em Medicina) Departamento de Medicina Preventiva e Social, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, 1992. 7. DE LUCCA, Sérgio Roberto. *Epidemiologia dos Acidentes do Trabalho Fatais na "Região de Campinas", S.P., no período de 1979 a 1989*. Tese (Doutorado em Medicina) Departamento de Medicina Preventiva e Social, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, 1992. 8. DIAS, Elisabeth Costa. *A Atenção à Saúde dos Trabalhadores no Setor Saúde (SUS), no Brasil: Realidade, Fantasia ou Utopia?* Tese (Doutorado em Medicina) Departamento

Ao longo do tempo foram quatro (4) nos anos 80 e cinco (5) nos anos 90 até 1995.

4.3.4.1. Estudos epidemiológicos.

O primeiro estudo epidemiológico (clínico) data de 1983 e investiga uma doença profissional que, apesar de clássica, a asbestose, era até então pouco conhecida em São Paulo. Procura-se estimar o número de expostos nas várias atividades profissionais no país, à semelhança do estudo de MENDES (1979) sobre a silicose na Região Sudeste do Brasil.

Utilizando-se de dados da Previdência Social, da agência do INPS de Leme - cidade onde havia três indústrias de cimento-amianto, com 700 empregados - relativos aos doentes com 'pneumopatias crônicas', foram examinados clinicamente 86 pessoas, através da realização de história clínica e profissional, exames de RX e função pulmonar, encontrando-se 14 casos de asbestose, analisados conforme as variáveis idade, hábito de fumar, ocupação e tempo de exposição.

Como conclusão, considera então o autor que a doença deve ser muito mais frequente do que se sabia, propugnando pela realização de investigações semelhantes, inclusive longitudinais, acompanhadas de avaliação ambiental, na perspectiva da Higiene Industrial.

Dada a inexistência de SESMETs pelo tamanho das empresas, é apontada a necessidade de uma atuação mais ativa dos **serviços públicos de saúde** no acompanhamento dos casos. ⁴⁶⁶

Observa-se, pois, que pela abordagem utilizada, configura-se como um estudo de Saúde Ocupacional por associar a clínica e a epidemiologia, tendo como objeto uma doença profissional clássica, apesar de pouco conhecida.

No ano de 1991 outra investigação epidemiológica é divulgada, cujo objeto foi o estudo da distribuição da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) em condutores (motoristas e cobradores) de ônibus urbanos de Campinas.

Trata-se, então, de analisar o comportamento da doença em população representada por uma categoria de trabalhadores, e não na população geral, na perspectiva de levantar possíveis associações estatísticas entre HAS e trabalho.

Aqui inova-se sob o aspecto de abordar uma doença não classicamente relacionada ao trabalho, ao lado de ter sido buscada a amostra sob estudo na clientela de condutores matriculada no PST do Município de Campinas, criado no início de 1987.

de Medicina Preventiva e Social, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, 1994. 9. CORDEIRO, Ricardo *Quando Começa o Sanarismo?* Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) Departamento de Medicina Preventiva e Social, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, 1995.

466. Conforme COSTA, *op. cit.*, 1983, p. 68.

A par das dificuldades metodológicas de um estudo transversal, com uso de dados secundários, na obtenção de conclusões insofismáveis; do Efeito do Trabalhador Sadio em que tomam parte o Serviço médico na seleção da força de trabalho e a própria expulsão da categoria dos hipertensos; foi inviável o estabelecimento de

“... qualquer relação de causa e efeito entre trabalho e hipertensão. Mesmo uma associação entre trabalho como condutor e hipertensão (...) para os trabalhadores em geral.”
467

Apesar de tratar-se de um estudo epidemiológico-estatístico, é, porém, importante salientar a discussão feita pelo autor sobre a historicidade do conceito de doença em sua relação com o desenvolvimento das forças produtivas, como o conhecimento, a cultura, a ideologia das sociedades e modos de produção. Neste aspecto, o estudo aproxima-se de uma reflexão própria da MSL, o que é atestado pelas citações bibliográficas de autores como ESCUDERO (1976), LAURELL (1981, 1983, 1986), BREILH (1977), BREILH & GRANDA (1981, 1982), LAURELL & NORIEGA (1987, 1989), NUNES (1980), POSSAS (1989).

Data de 1992 o **segundo** estudo epidemiológico analisado dentre todos, que aborda a Saúde e Trabalho no meio rural. Tal carência de estudos refletiria, de certo modo, o baixo poder dos trabalhadores rurais "*como força social e politicamente ativa*". 468

A pesquisa adota pressupostos da Epidemiologia Social e da MSL, buscando, através do "estudo de caso", o conhecimento da estrutura assistencial, perfil de morbidade e frequência de acidentes do trabalho dos cortadores de cana da região de Araras, S.P., mão-de-obra volante, a partir do atendimento no Ambulatório do Sindicato dos Trabalhadores Rurais de Araras, para propor mudanças no atendimento médico.

Referindo-se às diferentes abordagens da relação Trabalho-Saúde, autora cita o modelo da Medicina do Trabalho; das Ciências Sociais e da Medicina Social, observa que utilizar-se-á das três "*tendências*" dado seu objeto.

Dialogando com a MSL, autora vai buscar em LAURELL & NORIEGA (1989) a historicidade do processo saúde/doença em sua relação com o processo produtivo, utilizando o conceito de processo de trabalho, carga e os **indicadores de desgaste**, bem como a importância da participação dos trabalhadores na geração do conhecimento e na transformação da realidade o que, porém, não pode ser aplicado no presente estudo, já que a atuação dos trabalhadores mostrou-se inviável dada a cooptação sindical pelo patronato. 469

Diante das condições objetivas em que a investigação foi realizada, só conseguiu-se levantar indicadores sobre sinais e sintomas gerais e o perfil de morbidade num certo tempo, utilizando-se de informações do ambulatório médico do Sindicato - apesar de sua baixa cobertura (20%) - o qual não tinha qualquer especificidade voltada para as questões de saúde do trabalhador, e das CATs notificadas pela empreiteira que contratava os volantes. Dados coletados foram relativos a sexo e idade.

467. CORDEIRO, *op. cit.*, 1991, p. 176.

468. OLIVEIRA, *op. cit.*, p. 9. De certo, tal poder estaria hoje sendo analisado com outro olhar, levando em conta o Movimento dos Sem Terra em sua feroz luta pela Reforma Agrária.

469. *Idem. Ibidem*, p. 28-29.

Pelo perfil de morbidade observado levanta-se a hipótese de que a predominância dos Sinais e Sintomas Mal Definidos (Grupo XVI da Classificação Internacional de Doenças), seguida de problemas respiratórios e osteo-musculares, seja um

"... indicativo do desgaste, no sentido atribuído por LAURELL. [pois] uma das formas encontradas pelos trabalhadores para expressar a dura realidade da exposição a um trabalho intenso, de longas jornadas, repetitivo e sem perspectivas de mudança seria a procura dos serviços médicos do Sindicato com queixas vagas, afim de conseguir um 'atestado médico' na garantia de um dia (...) de descanso (...), de forma remunerada e com justificativa de (...) falta ... [e] pelo alto grau de absenteísmo apresentado por estes trabalhadores." 470 (grifos nossos)

Por outro lado, a própria estrutura de atendimento poderia levar a um estereótipo de diagnóstico gerado pelo modelo assistencialista do Sindicato, sem envolvimento dos médicos com a questão Saúde-Trabalho, que seria semelhante ao do serviço público, tipo 'queixa-conduta', conforme GONÇALVES (1986). 471

Além disso, em função da estrutura de atendimento, há baixíssimo registro de "Lesões e Envenenamentos" por isso, perde-se um importante indicador da modificação da base técnica do trabalho rural, que seria o das intoxicações, particularmente por agrotóxicos e acidentes com máquinas. Além da base técnica, quanto ao processo de trabalho, autor refere-se às queimadas anteriores ao corte da cana, ao transporte precário, postura do corpo, uso de EPIs, ganho por peso de cana cortado. E, é aqui onde ocorre o maior número de acidentes do trabalho, geralmente nas pernas e por ferramentas cortantes, quase sempre imputados ao "ato inseguro".

Se, a fundamentação teórica adotada é calcada na MSL, incorporando conceitos e noções que dela partem, ao que se agrega a preocupação com a qualidade do atendimento, aspecto importante da atuação no campo da Saúde do Trabalhador, em suas conclusões o estudo aponta viéses que o aproximam das preocupações da MT-SO, na medida em que o controle do absenteísmo, a seleção admissional e o uso de EPIs é que as norteia. Assim, propõe a criação de ambulatório gerido pelos trabalhadores, Prefeitura, Sindicato e Usina visando

"... diminuir e desestimular a emissão de atestado médico sem necessidade ... exame admissional efetivo ... [uso] de EPIs melhor adaptados ao clima e tipo de trabalho (...), com adaptação dos instrumentos de trabalho, os quais, além de serem capazes de garantir a produtividade, possam diminuir a frequência de acidentes entre os trabalhadores." 472 (grifos nossos)

Aqui, as influências do processo e organização do trabalho na gênese de acidentes, do mal-estar no trabalho e não adaptação aos exagerados índices de produtividade são abandonados, em nome de uma pretensa racionalidade técnica que tudo pode prever e controlar!

Data ainda de 1992, outro estudo epidemiológico que tem como objeto os acidentes do trabalho fatais, ocorridos e levantados na "região" de Campinas entre 1979 e

470 . *Idem. Ibidem*, p. 48.

471 . *Idem. Ibidem*, p. 51 e 54. Autora refere-se a GONÇALVES, Ricardo Bruno Mendes *Tecnologia e Organização das Práticas de Saúde: características tecnológicas do processo de trabalho na Rede Estadual de Centros de Saúde de São Paulo*. Tese (Doutorado) Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina de São Paulo, Universidade de São Paulo, 1986. 416 p. [mimeo]

472 . *Idem. Ibidem*, p. 109-110.

1989, a partir de informações de prontuários de 476 acidentados, colhidas na Agência de Campinas do INSS, mediante "ficha de investigação codificável", considerando o local da ocorrência (empresas), tipo dos acidentes (típico, de trajeto e doenças profissionais), relacionando-os com número de trabalhadores (RAIS/MTb) por ramo de atividade e ocupação, para cálculo do risco probabilístico. Levantou dados das Comunicações de Acidentes do Trabalho, Boletins de Ocorrência e Atestados de Óbito.⁴⁷³ As variáveis foram: "vínculo empregatício (...), idade, sexo, estado civil, profissão, salário (...), local de residência e número de filhos." A construção civil e transportes foram os ramos de maior frequência dos acidentes.⁴⁷⁴

Para a análise da causa dos acidentes, os parâmetros considerados foram aqueles tradicionalmente aplicados em estudos de Higiene e Segurança do Trabalho: condição insegura, ato inseguro, ato/condição insegura.

Neste sentido, é retomado o hoje clássico estudo de MENDES (1975) sobre acidentes do trabalho em São Paulo, para dar a seus achados, uma explicação agora influenciada pelas "Ciências Sociais" dentro da "contradição capital-trabalho" expressa, particularmente, na "contradição entre produção e segurança do trabalho" e, aqui, a distribuição diferenciada dos acidentes em termos de risco estatístico deixa de ser auto-explicável, relacionando-se com os

*"... diferentes níveis de organização entre os trabalhadores de pequenas, médias e grandes empresas e diferentes possibilidades de 'luta' por melhores condições de trabalho e saúde."*⁴⁷⁵ (grifos nossos)

Após detalhada descrição da distribuição dos acidentes fatais conforme as variáveis adotadas, introduz-se um certo olhar sobre a questão da "organização do trabalho", algo descontextualizada, por referência a DEJOURS (1987), em sua ação no psiquismo, expressando-se como medo, sofrimento e ansiedade.

E, na mesma linha, faz-se uma crítica ao papel da

*'falha humana' na gênese do acidente de trabalho, [por] tentar individualizar atitudes e comportamentos que estão intimamente ligados ao coletivo no ambiente de trabalho, da forma como é organizado o processo de trabalho."*⁴⁷⁶ (grifos nossos)

Na dispersão dos discursos depreende-se, pois, que mesmo em abordagens clássicas de temas tradicionais da SO, ou seja, os acidentes do trabalho, a influência atual do discurso mais "abrangente" sobre as relações Saúde-Trabalho e que supera a explicação hegemônica de causalidade destes agravos é, por vezes incorporada, superando a interdição da vontade de saber. Isso se depreende, indiretamente, pelas citações de autores da MSL, como DIESAT (1989), LAURELL (1981), LAURELL & NORIEGA (1989), POSSAS (1981 e 1989), RIBEIRO & LACAZ (1985) e TAMBELLINI AROUCA (1975).

Finalmente, em 1995, é apresentado estudo epidemiológico "observacional, transversal" que analisa, em relação ao saturnismo, a pertinência dos Limites de Tolerância

473 . Conforme DE LUCCA, *op. cit.*, p. i (RESUMO). A Relação Anual de Informações Sociais (RAIS) são dados sobre mão-de-obra por ramo, ocupação, etc. publicados pelo Ministério do Trabalho (MTb) todo ano, podendo fornecer informação sobre a população "exposta". A "região" de Campinas envolve as cidades de Campinas, Cosmópolis, Sumaré, Paulínia e Valinhos.

474 . *Idem*, *Ibidem*, p. 25.

475 . *Idem*, *Ibidem*, p. 43.

476 . *Idem*, *Ibidem*, p. 111-112.

Biológicos atualmente previstos na legislação brasileira, para dois tipos de indicadores de exposição ao chumbo.

E, trabalhando com variáveis como idade, escolaridade, renda, tempo de exposição, peso, altura, exames bioquímicos de sangue e urina, testes neurocomportamentais e eletrofisiológicos, arma-se para propor maior rigorismo nos padrões limites dados hoje como normais.

Apoiado em contribuições da neuropsicologia, eletrofisiologia, toxicologia, clínica, e estatística, situa-se no âmbito da Saúde Ocupacional, até porque não questiona a noção de Limite de Tolerância, mas sim um maior refinamento técnico-científico na sua definição para o caso do chumbo, com redução do seu valor numérico.⁴⁷⁷

Ocorre, porém, que ao identificar a origem do saturnismo na

*"... incapacidade da sociedade em criar mecanismos de controle que impeçam que o trabalho produza além da riqueza e do bem estar social, a doença."*⁴⁷⁸

Autor assume, de certa forma, a determinação social do processo saúde/doença, conforme prescreve a MSL, em sua luta contra a hegemonia da explicação biológica e ambientalista dos nexos entre trabalho e biopsiquismo .

4.3.4.2. Estudos de Higiene do Trabalho.

Data do ano de 1987 estudo clínico-epidemiológico e de Higiene do Trabalho, suscitado pela atuação do autor no Centro de Saúde Escola de Paulínia, que mantinha desde o início de 1981 um "Programa de Atenção à Saúde dos Trabalhadores" voltado para "pequenas e médias empresas" da cidade. A população estudada foi a clientela de trabalhadores de uma pequena fábrica de "estocagem e manipulação (...) de rocha fosfática", matéria prima de fertilizantes, cuja poeira é nociva à saúde.⁴⁷⁹

Através das visitas do Programa à empresa foram detectadas precárias condições de trabalho, sendo feitas propostas de modificações 'no processo de trabalho (...) dos depósitos' e o controle médico dos trabalhadores através de inquérito clínico e RX de tórax. Em função do interesse e da "pressão" dos trabalhadores procedeu-se ao estudo clínico-epidemiológico dos 73 expostos, caracterizando-se as ocupações anteriores e na empresa atual, tempo de exposição, idade, raça, doenças associadas e avaliação ambiental da poeira.⁴⁸⁰

Diante da prevalência encontrada de doença (profissional) pulmonar, foi proposta mudança de processo e redução da jornada dos expostos, com acompanhamento clínico-laboratorial. À fragilidade sindical, debilidade dos órgãos de fiscalização do Estado e parcialidade da legislação, são imputadas as poucas alterações do ambiente de trabalho.⁴⁸¹

477 . CORDEIRO, *op. cit.*, p. XIV, RESUMO.

478 . *Idem, Ibidem*, p. 162.

479 . Conforme CAPITANI, *op. cit.*, 1987, p. 15.

480 . *Idem, Ibidem*, p. 17-18.

481 . *Idem, Ibidem*, p. 54-56.

Pelo fato de articular uma abordagem clínico-epidemiológica e de higiene, estudo enquadra-se dentro dos pressupostos da Saúde Ocupacional sendo, no entanto, importante assinalar sua origem a partir da atuação de Programa de Atenção à Saúde dos Trabalhadores criado em unidade de Saúde Pública acadêmica (CSE) na época atuando conforme proposição da OMS, ou seja, voltada para as "pequenas e médias empresas" e mediante atividades de Vigilância Epidemiológica e Sanitária; aliada à pressão dos trabalhadores, o que seria uma das marcas dos PSTs criados alguns anos depois, cuja abrangência rompia com aquele restrito universo de empresas.

No ano de 1990 é apresentado outro estudo de Higiene do Trabalho que avalia riscos ocupacionais, envolvendo também uma análise da morbidade ambulatorial (mediante ficha criada para o estudo) e coeficiente de frequência de acidentes do trabalho, de trabalhadores braçais da Prefeitura do Município de Botucatu. Ao lado da avaliação das condições de trabalho, por meio de visitas e registro em fotografias, procedeu-se à realização de entrevistas gravadas grupais e individuais mediante roteiros, para melhor caracterizar as tarefas, atividades e percepção sobre acidentes e doenças. Na avaliação das condições de trabalho foi dada ênfase à análise do processo e organização do trabalho, como jornada, ritmo, controle, salário.⁴⁸²

Constatando o predomínio de doenças osteo-musculares, circulatórias e mentais (predomínio do alcoolismo), características dos braçais, propõe-se a criação de "Programa de Saúde Ocupacional na Prefeitura Municipal de Botucatu" com finalidade de avaliar as condições de trabalho, analisar ATs, "faltas ao trabalho" e a morbidade dos trabalhadores que deveriam ser atendidos na rede básica da Prefeitura de Botucatu.⁴⁸³

Para autor tal Programa na rede básica municipal

*"... segue as diretrizes da VIII Conferência Nacional de Saúde e I Conferência Nacional de Saúde dos Trabalhadores (...) [com] estudo das relações Saúde-Trabalho [que] deve ser feito por uma Divisão de Higiene e Segurança do Trabalho na Prefeitura Municipal de Botucatu."*⁴⁸⁴ (grifos nossos)

Na verdade aqui promove-se uma confusão conceitual, já que as Conferências citadas apontaram para a implantação Programas de Saúde do Trabalhador na rede básica com abordagem de Saúde Pública, ampla participação e gestão dos trabalhadores organizados, independentes das administrações.

Assim, na medida em que dentre os objetivos do Programa de Higiene e Segurança da Prefeitura de Botucatu figuram o controle de faltas, avaliação de morbidade, análise de ATs sem a previsão de qualquer participação dos trabalhadores, ele aproxima-se, conforme seu próprio nome refere das tradicionais atribuições da higiene e da segurança, ou seja, o controle e a normatização de condutas. E, apesar da preocupação assinalada no estudo com a organização do trabalho e a percepção dos trabalhadores, sua abordagem situa-se nos limites da Saúde Ocupacional, o que é corroborado pela proposta sugerida finalmente.

482. Conforme TOLOSA, *op. cit.*, 1990, p. 1 e 12-13.

483. *Idem, Ibidem*, cf. p. 101-102.

484. *Idem, Ibidem*, p. 107.

Apesar desta impropriedade conceitual, autora refere-se a vários autores da MSL, o que demonstra sua influência, tais como: GARCIA (1983), LAURELL (1981), POSSAS (1981), NAVARRO (1982).

4.3.4.3. O Estudo clínico.

Em 1988 é divulgado estudo clínico que reavalia 145 trabalhadores da cidade de Jundiaí, S.P., expostos à poeira de sílica, a maioria ceramistas, já submetidos a estudo radiológico e de função pulmonar anteriormente, que procuraram o INPS para obter benefício, visando avaliar presença de quadros de silicose, doença profissional clássica, sua evolução no tempo e aspectos relacionados à incapacidade para o trabalho. Tratava-se de tema objeto de estudos anteriores, inclusive da própria Disciplina de Medicina do Trabalho da FCM da Unicamp.⁴⁸⁵

Observa-se, pois, que é um estudo clínico-radiológico de portadores de doença profissional, enquadrando-se como investigação em Medicina do Trabalho.

4.3.4.4. O estudo de Política Pública.

No ano de 1994 é apresentado estudo qualitativo que, cerca de 10 anos depois, de certa forma retoma e atualiza as preocupações de MENDES (1986), como análise de políticas públicas, agora no espaço do Sistema Único de Saúde, para sistematizar experiências acumuladas, esclarecer conceitos, levantar questões, estabelecer relações, a propósito da incorporação da Atenção à saúde do trabalhador na rede pública, "na perspectiva da Saúde do Trabalhador" aqui tomada como uma "área temática" que dá origem a uma vertente programática consubstanciada nos Programas de Saúde do Trabalhador (PSTs) que articulam ao nível do SUS serviços,

*"enquanto direito de cidadania e reponsabilidade do Estado (grifado no original) ...[e] os demais atores sociais envolvidos, na direção da promoção, da proteção e recuperação de todos (grifado no original) os trabalhadores brasileiros ."*⁴⁸⁶

Se, de um lado, a preocupação específica com a configuração dos serviços de atenção à saúde dos trabalhadores, a percepção da sua influência pelas agências internacionais como a OMS e OIT, lhe dá maior especificidade de análise; por outro, ao não aprofundar-se na discussão teórica bastante dinâmica que envolve(u) a "área temática" Saúde do Trabalhador, perde-se em capacidade analítica, o que seria fundamental, na medida em que, conforme autor, busca-se, pela observação

485 . Conforme BAGATEN, *op. cit.*, 1988, p. 8 e 10. Frise-se que era histórica a luta do Sindicato dos Ceramistas de Jundiaí para tornar visível à opinião pública a questão da silicose, vide a temática da I SEMSAT de 1979. A propósito, sua Diretoria é alvo de agradecimentos do autor do estudo "pela relevante preocupação com a saúde de seus associados ..."

486 . DIAS, *op. cit.*, 1994, p. 3.

"...da atenção à saúde dos trabalhadores nos serviços de saúde (...) identificar elementos (...) para a construção de uma teoria sobre a atenção à saúde dos trabalhadores no Sistema de Saúde ... " 487 (grifo nosso)

De fato, ao assim proceder estar-se-ia, neste primeiro momento, apenas construindo uma "teoria descritiva" o que, segundo ALTHUSSER (1992) " representa uma etapa da constituição da teoria, que exige ela mesma uma 'superação' desta etapa... em teoria propriamente dita..." 488

Assim, mesmo identificando a emergência da Saúde do Trabalhador como "área temática" dentro da formulação da determinação social do processo saúde-doença, conforme propõe a Epidemiologia Social latinoamericana, com a centralidade da categoria processo de trabalho e suas interfaces com a Saúde Coletiva e a Saúde Pública; acaba por não valorizar clara e veementemente as diferenças fundamentais desta maneira de compreender as relações entre Trabalho e Saúde e aquela formulada pela Medicina do Trabalho e a Saúde Ocupacional, abordagens hegemônicas, frente às quais a Saúde do Trabalhador coloca-se como **contra-hegemônica** e mesmo a contribuição de outras disciplinas na conformação do campo, como a Psicopatologia do Trabalho, a Saúde Mental e Trabalho, o próprio Modelo Operário Italiano e seus aportes da subjetividade.⁴⁸⁹ Assim, para autor, como

" ... prática social, a Saúde do Trabalhador apresenta dimensões sociais, políticas e técnicas indissociáveis, que marcam sua ação e respondem pela ruptura com a concepção hegemônica que estabelece um vínculo causal entre doença e um agente específico (...) e tenta superar o enfoque que situa sua determinação no social, reduzido ao processo produtivo, desconsiderando a subjetividade ... mas incorpora conceitos, procedimentos e métodos originados da Medicina do Trabalho, (...), da Medicina Social, da Saúde Pública e Saúde Coletiva e, mais recentemente o enfoque ecológico-ambientalista ... na construção da área temática Saúde do Trabalhador depreende-se que ela se apóia em dois pilares básicos: um fornecido pela Medicina do Trabalho/Saúde Ocupacional, outro pela Saúde Pública/Saúde Coletiva, com uma influência decisiva da chamada corrente da Epidemiologia Social ... " 490 (grifos nossos)

O primeiro pilar de apoio é questionável, pois é, considerada em termos de sua prática concreta como uma área construída fortemente colada ao movimento social, particularmente dos trabalhadores organizados a partir do final dos anos 70; transdisciplinar, interinstitucional - apesar das disputas corporativas e dos enfoques institucionais díspares - dinâmica, viva, contraditória; contradição esta que lhe conferiria existência quando olhada sob alguns aspectos e não existência sob outros, particularmente quando se considera as necessidades de atenção num país como o Brasil e a ocultação pelo privado daquilo que deveria ser de domínio público. Dessa forma,

487 . *Idem. Ibidem*, p. 104.

488 . Ver a respeito ALTHUSSER, Louis *Aparelhos Ideológicos de Estado*: nota sobre os aparelhos ideológicos de Estado (AIE). Tradução por Walter J. Evangelista e Maria Laura Viveiros de Castro. Rio de Janeiro: Graal, 1992, 6a. edição. (Biblioteca de ciências sociais, v. n. 25) Tradução de: Posicion. A idéia de "teoria descritiva" é empregada por ALTHUSSER a propósito da teoria do Estado e dos aparelhos ideológicos e repressivos de Estado.

489 . Ver a respeito as contribuições também da Psicologia Social, dentre elas: ARAUJO, Maristela Dalbello de *Trabalhadores do Petróleo-Convivência Diária com o Risco*. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Social. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 1990; SATO Leny *Abordagem Psicossocial do Trabalho Penoso*: Estudo de Caso de Motoristas de Ônibus Urbano. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Social, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 1991.

490 . DIAS, *op. cit.*, 1994, p. 69-70.

"... no que se refere aos parâmetros tradicionais utilizados para medir o desempenho de um serviço de saúde, não se pode negar : ela existe! [pela] desassistência dos (...) acidentados do trabalho ... chega-se ao outro extremo e à conclusão: não existe! (...) Porém, ao se perceber a rede de relações que se constrói entre os Serviços, Programas, (...) e o movimento social, particularmente (...) de trabalhadores (...) o impacto sobre as estatísticas oficiais (...) das doenças profissionais, o desvelamento da situação das doenças relacionadas ao trabalho, (...), ou na forma de alguns setores do empresariado lidar com esta questão da saúde, é possível concluir: existe! " ⁴⁹¹ (grifos nossos)

Colocada então numa ambiguidade que lhe exige superações e o enfrentamento de desafios, se de fato pretender assumir a contra-hegemonia, é na formulação teórica do campo que emerge sua riqueza a qual pode e deve informar a prática dos serviços de saúde. Assim,

"... na medida que a área (...) se institui e institucionaliza-se, mais se aproxima de sua diluição, ou de fusão com outras áreas maiores, tanto no plano conceitual, quanto operacional. (...) mas paradoxalmente, mais fica reforçada naquilo que constitui sua especificidade e sua identidade. " ⁴⁹² (grifos nossos)

De fato este caráter dialético da identidade já acompanhava, desde o início, as preocupações programáticas em Saúde do Trabalhador, sendo os PSTs um espaço que foi ocupado dentro da rede pública na atenção integral à saúde do adulto que trabalha. Contudo, o sucateamento dos serviços públicos, a proposta de "Estado Mínimo", a quietude do movimento sindical ameaçam tal empreitada e, hoje, parece ser mais correto afirmar que o campo encontra-se num momento de refluxo e que é da Academia e do seu avanço teórico-metodológico que pode-se esperar resistir para que as potencialidades da superação sejam vislumbradas, num embate que hoje acirra as disputas interinstitucionais no Aparelho de Estado e as lutas corporativas que daí advêm.

4.4. À Guisa de uma Síntese.

Quando iniciou-se o estudo da produção acadêmica de dissertações e teses no campo das relações Saúde-Trabalho, havia a hipótese de que na Faculdade de Saúde Pública (FSP) em comparação com os Departamentos de Medicina Preventiva e Social, estaria acontecendo a elaboração de estudos mais tradicionais na forma de abordagem daquelas relações. De fato, analisando-se a trajetória, pode-se assumir que aquilo que norteia os estudos na FSP parte da Higiene do Trabalho, passando pela Medicina do Trabalho-Saúde Ocupacional, até chegar na presente década em temáticas e abordagens teórico-metodológicas que colocam questões novas, sob ecléticos olhares, como o da Ergonomia, por exemplo, que permite considerar uma superação dos estreitos limites iniciais.

Ao lado disso, a influência de autores ligados à MSL, à Psicopatologia do Trabalho, à Ergonomia, também permite sugerir que a "velha" instituição renova-se e, dado

491 . *Idem. Ibidem.* p. 242-243.

492 . *Idem. Ibidem.* p. 259.

o caráter **multiprofissional** de seus alunos, produz pesquisas que vislumbram horizontes não delineados no espaço dos DMPs.

Se, questões como as novas formas de gestão da produção e da força-de-trabalho; as atividades do trabalho automatizado, computadorizado, altamente qualificado; a temática da organização do trabalho olhada pelo viés do trabalho em turnos representam inquietações hodiernas e desafiadoras, apesar da tendência a uma **reprodução** da produção acadêmica, traduzindo um certo colonialismo científico, é alvissareiro observar que ares oxigenados envolvem os pulmões do antigo Instituto de Higiene e do ex-Departamento de Higiene do Trabalho. Tal oxigenação talvez obrigue a uma revisão do olhar que até então atribuía um caráter **marcadamente** tradicional às pesquisas e ao ensino que emanavam da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, no campo da Saúde e Trabalho.

Por outro lado, se aos DMPs era imputada uma produção mais "avançada" e criativa em termos dos pressupostos teórico-metodológicos, a maior parte dos estudos (16/21) filiou-se à Higiene, Medicina do Trabalho e Saúde Ocupacional, ao que se alia o retardo histórico com que assumiram a discussão e a produção de conhecimento no campo.

Contudo, pode-se apontar contribuição importante desses Departamentos, particularmente quando do desenvolvimento da temática da Saúde Mental e Trabalho, a qual, apesar do ecletismo com que foi abordada abre um vasto campo de estudos e pesquisas que permitem vislumbrar uma estratégia **inter/transdisciplinar** que, dada a complexidade do objeto, é o espaço discursivo com maior potencial de avançar quanto ao conhecimento das relações entre saúde e trabalho num mundo em que cada vez mais rapidamente modificam-se as formas de relacionamento homem-natureza, obrigando a perceber sua influência na construção dos novos perfis epidemiológicos de desgaste, adoecimento e morte. A própria instalação da Pós-Graduação em Saúde Coletiva com a possibilidade de uma clientela discente multiprofissional abre interessantes perspectivas na interdisciplinaridade dos estudos e até mesmo na definição de linhas de pesquisa que se esboçaram em alguns momentos da trajetória aqui analisada.

Se ainda parece distante o momento de consolidação do campo como espaço privilegiado de produção de uma contra-hegemonia - até porque a "centralidade do trabalho" como categoria explicativa está posta em debate - a aproximação com os serviços através dos Programas de Saúde do Trabalhador; com outras áreas do conhecimento como a Ergonomia, as Ciências Sociais, a Psicopatologia, a Ecologia; com o Movimento Sindical de trabalhadores pode sinalizar para a abertura de "frentes de trabalho" interessantes que se consubstanciem em linhas de pesquisa interinstitucionais, para o que poderá contribuir bastante a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO) na medida em que atue como um catalizador dos grupos de estudiosos do campo que proliferam pelo país, denotando a sua vitalidade, o que também pode ser aferido "cientificamente" pelo número expressivo de trabalhos que são apresentados em Congressos e Eventos patrocinados pela ABRASCO. ⁴⁹³

⁴⁹³. Sobre reunião realizada em 25-26/10/1995 na qual a ABRASCO discutiu a situação da Pós-Graduação em Saúde do Trabalhador, ver: Oficina sobre Pós-Graduação em Saúde do Trabalhador. ABRASCO *Boletim*. Ano XIII, p. 6, ago.-set./ 1995. Já em agosto de 1996 a ABRASCO realizou uma oficina sobre Investigação em Saúde do Trabalhador, assumindo um papel mais ativo na discussão do campo.

A própria tendência de uma maior concentração dos estudos nos anos 90 - 14 dos 38 estudos analisados na FSP são dos anos 90; 5 dos 9 do DMPS da FCM da Unicamp - sendo também o ano de 1996 pródigo em teses e dissertações apresentadas, faz crer que o espaço da Academia poderá ser o mais privilegiado para a "arregimentação" de forças visando o fortalecimento do campo na virada do século! ⁴⁹⁴

4.5. A Academia e os Serviços.

A atuação primeira da Universidade na organização de serviços voltados para o atendimento de agravos à saúde relacionados com o trabalho situa-se na Escola Paulista de Medicina no início dos anos 70. Consistiu de um ambulatório em convênio com a Fundacentro e que funcionava junto à disciplina de

"Medicina Legal do Prof. Armando Canjer Rodrigues e o Edgar Pereira da Silva era a pessoa que 'tocava' esse ambulatório." ⁴⁹⁵ (grifo nosso)

Observe-se que a vinculação à Medicina Legal era originária do enfoque da infortunística do trabalho, cuja influência sobre médicos e peritos foi marcante nos anos 30-40 época da fundação, no ano de 1933, da Escola Paulista de Medicina (EPM) por um grupo de professores egressos da Faculdade de Medicina de São Paulo, no ano logo imediatamente após a Revolução Constitucionalista de 1932.

No ano de 1972, foi proposto que o ambulatório, na linha do Parecer nº. 506/69 do CFE "saísse de dentro da Medicina Legal física e (...) institucionalmente." Com isso passou a ser coordenado pelo Departamento de Medicina Preventiva da EPM. Ele funcionava

"nos mesmos modos conceituais de um ambulatório da R. Catumbi [do SESI], inclusive com convênio com o INPS para ser serviço reconhecido para atendimento de doenças profissionais. [Nele] se formou uma geração toda de pessoas que vieram (...) à Fundacentro, colegas de turma inclusive ... foi efetivamente um núcleo acadêmico dentro de uma escola médica, que entendo ter sido o primeiro. Porque o SESI nunca foi (...) tinha convênio com a Faculdade da Santa Casa, mas dentro de uma escola de medicina foi de 1972 a 1976 a Escola Paulista que (...) implantou e desenvolveu em convênio com a Fundacentro ... um serviço (...) centrado na questão das doenças profissionais." ⁴⁹⁶

Observa-se, pois, que o enfoque adotado para o atendimento no ambulatório da EPM é aquele da Medicina do Trabalho, voltado para as doenças profissionais clássicas, baseando-se inclusive na experiência pioneira do SESI, iniciada nos anos 50. Problemas técnico-administrativos que se expressaram num pequeno envolvimento da instituição com o ambulatório, levaram à sua desativação em 1976. Assim,

"não sobrou nada da EPM (...) não ficou estrutura, infra-estrutura nenhuma ... Eu registro e rotulo isso como falta de sensibilidade política e de visão da Departamento de Medicina Preventiva da EPM de ter capitalizado aquele momento de (...) poder ter sido o grande centro (...), a

494. Somente no 1º semestre de 1996 no DMP da FM-SP da Usp, foram apresentadas duas Dissertações e uma Tese. No DMPS da FCM da Unicamp, uma Tese e uma Dissertação. No DSA da FSP da Usp duas Dissertações.

495. Conforme entrevista gravada concedida ao autor em 30/07/1994 por F, médico e professor universitário.

496. Conforme entrevista gravada concedida ao autor em 30/07/1994 por F, médico e professor universitário.

liderança das Preventivas, porque as outras (...), que eu saiba não tinham nada ... perdeu-se uma grande oportunidade (...) impar de arrancar um Programa que hoje poderia ser um 'super' Instituto vinculado a uma Escola Federal de Medicina ..." ⁴⁹⁷

Na sequência, o envolvimento da Academia com os serviços vai ocorrer no Departamento de Medicina Preventiva e Social (DMPS) da FCM da Unicamp, a partir de 1978, para onde havia ido René Mendes, agora contratado como professor. Observa-se que a influência do SESI como "escola fundadora" de referência é mais uma vez patente. O DMPS da FCM

"... bancou: 'nós queremos e nós contratamos. O Departamento quer desenvolver essa área' ... [era] um lindo ambulatório lá, muito bem montado (...) [n]o mesmo espírito da EPM, de certa forma inspirado no do SESI, mas a diferença é que ali era uma Escola Médica ... o Departamento 'bancou', abriu a área, contratou as pessoas e foi, (...) uma proposta institucional (...) o DMP (...) na época chefiado pelo Manildo Fávero, propiciou todas as condições indispensáveis para que o ambulatório fosse uma realidade (...) neste ambulatório (...) se criou uma escola também, com a vinda do Riani ... Yvaldo e (...) tantos que passaram por lá como Residentes [de Medicina do Trabalho] dentro do DMP a partir de 1979. [que apesar dos] seus limites, falta de orientação ou de clareza, postura ideológica, mas com todas as suas indefinições e dificuldades, prestou um papel de 'puxar' essa linha de ensino na graduação, de um ambulatório dentro de um Hospital Universitário." ⁴⁹⁸

Contudo, antes disso, foi ao nível do CSE que se iniciou as atividades de serviço, pois,

"Quando o prof. René Mendes veio para o Departamento. (...), ele acabou assumindo a diretoria do Centro de Saúde [Escola] de Paulínia. (...) ele era formado em Saúde Pública ... ele introduziu atividades assistenciais em Medicina do Trabalho no Centro de Saúde ... começou a fazer visitas nas empresas (...), começou a montar atendimento ..." ⁴⁹⁹

Alguma tempo depois, o Ambulatório do setor de Saúde Ocupacional do DMP da FCM-Unicamp teve então um papel de articular a atividade clínica com o ensino, num viés diferente do adotado pelo restante do Departamento, o que cria um certo estranhamento, questão frequente ao nível dos Departamentos de Medicina Preventiva e Social, particularmente quando desloca-se para a estrutura hospitalar o locus privilegiado de atuação:

"... na verdade a área sempre teve o (...) como aglutinador. Só que foi uma área diferente de outras áreas do Departamento de Preventiva, porque havia uma certa (...) necessidade sempre presente com a clínica, então a gente sempre manteve um Ambulatório de Doenças Profissionais e, nas outras áreas do Departamento ..., não havia tanto essa ênfase. Agora, o problema (...) é que (...) na época de 1975-76 (...) depois de uma intervenção ..[se] reformulou o Departamento de Preventiva ... só que (...) com a vinda de pessoas mais engajadas politicamente, (...), houve um acirramento ... isso fez com que a nossa área fosse se isolando gradativamente do Departamento; (...) pela característica da questão da visão do Ambulatório, (...), então fisicamente,

⁴⁹⁷ - Conforme entrevista gravada concedida ao autor em 30/07/1994 por F, médico e professor universitário.

⁴⁹⁸ - Conforme entrevista gravada concedida ao autor em 30/07/1994 por F, médico e professor universitário.

⁴⁹⁹ - Conforme entrevista gravada concedida ao autor em 22/02/1995 por D, médico e professor universitário.

por causa do Ambulatório nós fomos a primeira área a mudar, nós mudamos para o Hospital [Universitário] ...” 500

A criação do PST da Prefeitura de Campinas, impõe uma outra dinâmica aos serviços e o Ambulatório “acadêmico” passa a ter que rever sua atuação, numa aproximação com o Programa o que não se concretiza, levando a uma demanda basicamente de **doenças profissionais clássicas** e de tratamento clínico de **intoxicações por metais**, determinada basicamente pela formação clínica e trajetória acadêmica de seus profissionais, sem poder inclusive servir de campo para treinamento clínico para os estudantes do Curso Médico. Nem mesmo doenças que mais recentemente passaram a ser consideradas como relacionadas ao trabalho, como as L.E.Rs. e que estão a exigir um envolvimento da Academia, dado a carência de conhecimentos sobre seu tratamento, reabilitação, prevenção constituem-se em objeto de sua atenção. Assim,

“... eu vejo que a gente ‘perdeu o pé’. Que não estar inserido desde o princípio no Programa de Saúde do Trabalhador, a gente perdeu demanda ... o Ambulatório se dá no nível de referência e contra-referência. (...) no início, (...), a gente ia lá orientava, discutia, ... , mas o Programa foi tendo cada vez mais autonomia e (...) mais produtividade, então o pessoal de vez em quando (...) vem nas reuniões da Disciplina, mas hoje dificilmente e nossa demanda é uma demanda regional, sindical ou não e espontânea, mas sem uma ligação com o PST de Campinas. O ambulatório funciona 3 vezes por semana, tem uma demanda muito grande de pneumoconiose, de silicose, principalmente pelo histórico das pessoas que estão lá. O Eduardo fez tese na área, o Ericson é pneumologista de formação, 501 (...); tem uma demanda de toxicologia. Nós temos uma experiência acumulada muito grande de tratamento [de intoxicação] de chumbo e agora a gente está até começando a entrar com tratamento de [intoxicados por] mercúrio. Nós temos pouca LER, esta demanda fica (...) restrita ao PST... O ambulatório atende em média (...), 6 a 8 casos por período...com a demanda de algumas empresas, embora nós nunca interferíssemos no ambiente de trabalho. A gente faz levantamento de condições de trabalho, sugere algumas mudanças, faz uma busca de casos, mas a intervenção no trabalho acaba não existindo ... [há] quatro anos (...) a gente tentou fazer com que o pessoal passasse no Ambulatório, mas não dá certo porque nós só temos duas salas e depois o aluno do 4º ano tá começando, então é muito complicado, não deu certo ...” 502

Situado, portanto, numa posição que não o credencia como estrutura acadêmica na geração de conhecimento, enfrentando resistências atávicas dos DMPs em assumir ao atendimento clínico, inexistindo como campo de formação, incrustado na estrutura “elefantina” de um HU e divorciado da rede e do PST, a proposta de Serviço acadêmico voltado para a morbidade relacionada ao trabalho conduzida no DMP da FCM da Unicamp, padece de limitações que, inclusive, levantam a necessidade de ser repensado o papel de experiências universitárias com tal perfil.

Padecendo de problemas semelhantes, agravado pela disputa “de ocasião” por espaço com a própria Clínica em relação à Preventiva, dentro de um Hospital do porte do HC da FM-Usp, com resistências de peso por parte do corpo clínico e de seu elitismo, “sobreviveu” o Serviço de Doenças Ocupacionais do DMP da FM da Usp de São Paulo, criado no início dos anos 80, cuja atribulada e longa trajetória como “questão” dentro do

500. Conforme entrevista gravada concedida ao autor em 06/02/1995 por T, médico, professor universitário.

501. Trata-se de Eduardo Melo de CAPITANI, cuja dissertação de mestrado datada de 1987, foi acima analisada e de Ericson BAGATTI, cuja tese de doutorado datada de 1988, foi também acima referida.

502. Conforme entrevista gravada concedida ao autor em 06/02/1995 por T, médico e professor universitário.

Departamento findou em 1992, para ser incorporado pelo Departamento de Medicina Legal e Social a partir de então. É o que se apreende do relato abaixo:

“A outra perspectiva que eu tinha era de ter alguma coisa em termos de um serviço de saúde do Hospital (...), tentando articular dentro do HC (...), porque em 1980 foi inaugurado o (...) prédio dos ambulatórios. E (...), tinha uma área que era da Medicina Preventiva, mas por questões políticas, O DMP era considerado um Departamento ‘de esquerda’ (...) então não tinha muitas condições de ter um serviço de medicina preventiva (...) em que você pudesse treinar o aluno num atendimento de primeira linha ... E aí, como tinha essa área, o Márcio e eu, inocentes, fomos discutimos [e] dissemos: ‘esse espaço aqui nós queremos’ e o Departamento (...) não se opôs e nós conseguimos! Então, (...), não era um espaço da Preventiva, era um espaço dentro da Clínica Médica que a Medicina Preventiva podia atuar. E aí comecei a atendimento, com a idéia de montar alguma coisa em relação a questão da saúde do trabalhador ... em 84 foi feito um projeto para o Serviço de Saúde do Trabalhador onde tem estrategicamente (...) as articulações entre ações de promoção, entre epidemiologia [e] assistência, que teria todo um papel para se preocupar com os modelos de atendimento, de (...) uma ação (...), dirigida prá comunidade. Não só (...) vinculada com os órgãos públicos, mas com a comunidade em termos também dos trabalhadores que são os principais agentes. Então era um negócio (...) que a gente pensava que podia desenvolver e que tinha condições ... tinha um Governo [Montoro] que tinha de certa forma englobado isso ... tinha um Superintendente do HC que era do DMP ... [mas] tinha professores que iam no Palácio [do Governo] dizer que não queriam que o trabalhador viesse (...) Mas eu acho que com tudo isso poderia ter avançado mais ... Então, em 87, quando o Montoro sai, sai o Decreto e aí a minha indicação para a direção do serviço não é levada em consideração. Veio o Vicente Amato como Superintendente (...) [que] me atendia extremamente mal ... ele chama um cara para ser assessor específico sobre esta questão da Unicamp ... eu não consigo ir prá frente ... mas todo esse contexto aí, tem essa questão com a Preventiva (...) não tem espaço ... eu sugeri: ‘faz uma Comissão e se discute’. Já que está emperrado (...) politicamente não aceitam que o Departamento [de Preventiva] assuma (...) faz uma Comissão e se discute, é uma maneira de tentar implementar ... Aí é que aparece o Segre (...) ficou como presidente da Comissão ... Então seria presidente dessa Comissão da Medicina Legal e a direção do serviço da Medicina Preventiva ... E nós fomos numa conversa com o Amato, o Segre que era o presidente, eu que seria a futura diretora e o Bernardo [Bedrikow] que seria o assistente. (...) saímos da conversa com o Amato (...) com tudo certo: a minha indicação sairia, o Bernardo seria comissionado ... Fizeram o comissionamento do Bernardo, mas não fizeram a minha indicação ... o Bernardo ... disse: ‘olha, eu não aceito, a Marcília não foi indicada, eu não aceito’ ... E aí o serviço foi passado prá lá e eu nunca puz os pés nesse serviço nesse período todo. O serviço começou a funcionar em 91. É muito tempo né?...” 503

Experiência dispar em termos de organização de serviços, com outro viés paradigmático, que não da Medicina do Trabalho, calcado na proposta da Saúde do Trabalhador originalmente pensada em meados dos anos 80, foi a do DMS da FM da Usp de Ribeirão Preto, a qual inicia-se numa articulação com a própria rede básica de saúde, num momento de refluxo da efervescência da Saúde do Trabalhador na Secretaria de Estado da Saúde (SES), com perseguições políticas na conjuntura Pinotti. A partir da implantação de um Núcleo de Estudos organizado no DMS com a participação de médicos sanitaristas da SES, foram implementadas atividades de formação acopladas à

503 . Conforme entrevista gravada concedida ao autor em 08/10/1994 por C, médica e professora universitária.

organização de serviços, numa conjuntura de envolvimento sindical e em que a municipalização era vislumbrada. Assim,

"... nós reestruturamos o grupo de trabalho que antes era (...) constituído na Vigilância na SES. Então esse grupo acabou sendo oficializado via DMS (...) nós passamos a denominá-lo de Núcleo de Estudos e Pesquisas de Saúde e Trabalho ... Continuava a nossa preocupação com o setor de formação de recursos humanos para a área e continuava a nossa preocupação de implantar um serviço que a partir daí nós não chamávamos mais programa, porque entendíamos que chamar de programa (...) podia dar a conotação de ter a (...) equivalência aos programas tradicionais e também continuar a desenvolvendo análises de processos de trabalho específicos. Então nós organizamos o Serviço de Saúde do Trabalhador no Centro de Saúde Escola ... em 1989. Em 1992, já um conjunto de limites estavam se manifestando e em seguida ocorre a vitória do Palocci na Prefeitura (...) e nós então passamos a nos debruçar com a possibilidade de implantar o serviço a nível municipal ... Agora eu diria que não foi demanda sindical que determinou esse esforço de implantar o Serviço de Saúde do Trabalhador (...) no Centro de Saúde Escola. Eu acho que foi mais o entendimento - não é tanto de quem está no grupo da Universidade, como do grupo de profissionais de serviços - que a questão da Saúde Coletiva tinha que (...) adquirir uma outra conotação (...) Tanto é que (...), até hoje, (...), a gente não trabalha com uma demanda espontânea, (...) ela é mais provocada ... a partir do próprio atendimento médico onde clínicos do próprio Serviço referenciam (...) casos para o ambulatório e a partir desses casos o (...) ambulatório então procura fazer contatos com os sindicatos, procura trabalhar com o próprio trabalhador (...) para que eles conversem com outros colegas de trabalho pedindo para que eles venham para o Serviço ... enquanto eu vejo que (...) todos os grupos estão se organizando enquanto Centros de Referência de Saúde do Trabalhador (...) nós somos o único Programa que ainda continuamos mantendo uma especificidade porque nós entendemos que o PST ... me transpõe como uma 'super-super' especialidade. (...), a nossa proposta continua se pautando no sentido de fazer com que todo e qualquer trabalhador da área da saúde em sua atividade cotidiana passe a considerar a questão, a presença de uma possível relação entre saúde-trabalho na demanda que aflui ao Serviço e no caso de haver uma suspeita, claro que aí precisa ser feita uma investigação e por quem tem a competência prá tal. Então, um dos fundamentos da nossa proposta ainda continua sendo esse (...) A segunda característica é que nós entendemos que o Programa (...) deve continuar tendo uma função muito importante no sentido de estar (...) desenvolvendo esforços para que se mude um pouco a perspectiva do entendimento do que é saúde-doença. Isso quer com os usuários, isso quer entre os próprios trabalhadores da saúde porque é claro, nós sabemos que a concepção hegemônica é outra (...) E também entendemos que nós devemos priorizar as práticas de Vigilância que até o ano passado nós falávamos epidemiológica e sanitária e hoje nós estamos começando a raciocinar em termos de Vigilância à Saúde ... fundamentada num entendimento das questões de saúde de uma população delimitada, (...) como um processo social (...) ter a própria população como agente da sua saúde ... significa ter entendimento das condições de saneamento de um território específico, (...) moradia, das atividades produtivas, características daquele território. E, enfim, é um conhecimento (...) para poder estar exercitando ações e tendo a população também como elemento integrante e (...) desencadeante das ações desse processo ... " 504

O que se observa é que o envolvimento da Academia com os serviços, dá-se numa vertente que ainda prioriza as doenças profissionais como é o caso dos Ambulatórios da FCM Unicamp e da FM da Usp de São Paulo, atuando em outra vertente a

504. Conforme entrevista gravada concedida ao autor em 09/09/1994 por S, socióloga e professora universitária.

proposta do Serviço de Saúde do Trabalhador existente no CSE do DMS da FM da Usp de Ribeirão Preto, inclusive com formulações teóricas que podem retro-alimentar a prática do Serviço, com perspectiva de envolvimento multiprofissional no atendimento acoplado a uma atividade de Vigilância no território com participação da clientela.

A propósito da Vigilância em Saúde um novo "instrumento de trabalho" foi criado dentro da "tecnologia" de atendimento do Serviço de Saúde do Trabalhador do CSE, a "*Ficha Epidemiológica de Saúde e Trabalho (FEST)*" cuja finalidade é o "*registro [e notificação] de acidentes e doenças do trabalho*" em substituição, com um olhar da Saúde Coletiva, ao instrumento usualmente adotado, a Comunicação de Acidentes do Trabalho (CAT), sabidamente insuficiente, pelas suas características excludentes: somente aplicada a segurados da Previdência Social, preenchimento primordialmente pela empresa, viés securitário, de difícil análise epidemiológica para intervenção. Num balanço de cinco anos de uso da FEST (1990-94), socializado entre todos os funcionários do Serviço observou-se que, a coleta de informação como um fim em si mesmo, prática comum dos órgãos de fiscalização, é incompatível com a perspectiva da Vigilância em Saúde, pois:

"... com o uso do instrumento FEST e sua comparação com a CAT tem sido possível verificar que registrar dados somente tem sentido quando a sua compilação e análise constituir-se como prática de saúde coletiva e desencadeadora de ações de Vigilância em ambientes de trabalho e de discussões coletivas com grupos de trabalhadores para a reconstrução de seus processos de trabalho." 505

Trata-se, pois, de uma proposta que visa operacionalizar, no campo da Saúde do Trabalhador, o conceito de Vigilância em Saúde, cunhado na perspectiva do reconhecimento de "territórios de ação", com a participação dos usuários de serviços para uma intervenção em problemas detectados, empreitada estratégica, inclusive pela possibilidade de superar velhas e consagradas práticas oriundas do Setor Trabalho e calcadas na Inspeção do Trabalho de traço cartorial e redutor na análise de nexos entre Trabalho-Saúde/Doença. Muito provavelmente é através de estratégias como estas que poder-se-á ocupar espaços institucionais que deem visibilidade ao Setor Saúde na busca pela superação de sua "vocação funcional excludente", divisão técnico-social de trabalho ao nível do Aparelho de Estado: a assistência medicalizante à população trabalhadora.

505. Ver a respeito ALESSI, Neiry Primo Vigilância em Saúde In: Programa do 1º Congresso Brasileiro de Ciências Sociais em Saúde Cidade e Saúde. ABRASCO-Secretaria de Estado da Saúde do Paraná-Núcleo de Estudos de Saúde Coletiva (NESCO), Curitiba-Pr, 07-10/11/1995, p. 199. Poster P 13.14.

Quadro 4: Classificação das dissertações e teses conforme sua inserção e transição quanto aos campos de abordagem das relações entre saúde e trabalho *

Disciplinas e Temáticas	Campos			
	Medicina do Trabalho	Saúde Ocupacional	Saúde do Trabalhador	Saúde e Trabalho
Higiene do Trabalho	6	2, 3, 8, 19, 23, 24, 31, 41, 57, 43⇒		
Epidemiologia	6⇒	5, 6, 9, 10, 11, 13, 15, 22, 26, 27, 28, 31, 41, 42, 44, 45, 46, 51, 55, 56, 62, 63 7⇒, 17⇒, 18⇒, 21⇒, 36⇒, 52⇒, 60⇒	53	
Ergonomia		12, 16, 27, 39, 54, 43⇒, 62⇒		
Toxicologia	49	34		
Epidemiologia Clínica	32	47		
Epidemiologia Social			50, 58	
Serviços de Medicina do Trabalho	1, 4, 25	52, 56		
Enfermagem do Trabalho		14, 30⇒, 48⇒		
Políticas em Saúde do Trabalhador			59, 61 29⇒	
Saúde Mental e Trabalho			35, 40 37⇒	
Movimento Social, Saúde e Trabalho		45		
Epistemologia			33	33

* O quadro acima situa a inserção dos estudos analisados dentro dos 4 "campos", considerando-se as disciplinas e temáticas em que foram enquadrados conforme a classificação elaborada. Com ele procura-se mostrar quais as investigações que estariam

aproximando-se da Saúde do Trabalhador, o que é representado pela seta em seguida ao número de ordem do estudo, de acordo com a listagem apresentada na sequência, um indicador da visibilidade dos campos e de sua "força" e influência "epistêmica".

Listagem das teses e dissertações analisadas por ordem cronológica:

1. Serviços Médicos de Empresas Industriais no Município de São Paulo (Tese, 1967).
2. Determinação Semi-qualitativa de Coproporfirina Urinária: Sua Variabilidade em Função de Medidas de Higiene e Segurança em Fábricas de Acumuladores Elétricos (Dissertação, 1969).
3. Condições de Higiene do Trabalho e Incidência de Cromoergopatias em Trabalhadores de Galvanoplastias Sindicalizadas de São Paulo (Dissertação, 1970).
4. Serviços Médicos de Empresas Industriais em Salvador e Centro Industrial de Aratu (Dissertação, 1973).
5. Condições de Saúde Ocupacional dos Lixeiros de São Paulo (Dissertação, 1973).
6. Silicose Pulmonar em Trabalhadores de Pedreiras na Cidade de Ribeirão Preto, São Paulo, 1972 (Dissertação, 1974)
7. Importância das Pequenas Empresas Industriais no Problema de Acidentes do Trabalho em São Paulo (Dissertação, 1975).
8. Avaliação do Risco de Intoxicação Profissional por Vapores de Mercúrio (Dissertação, 1976).
9. Contribuição ao Estudo da Exposição Profissional ao Benzeno em Trabalhadores das Indústrias de Calçados, São Paulo (Dissertação, 1976).
10. Doença de Chagas e Trabalho em Área Urbana (Dissertação, 1976).
11. Surdez Profissional em Trabalhadores Metalúrgicos: Estudo Epidemiológico em uma Indústria da Grande São Paulo (Dissertação, 1978).
12. Dispendio Energético e Reposição Calórica em Algumas Funções da Indústria Automobilística (Tese, 1978).
13. Epidemiologia da Silicose na Região Sudeste (Tese, 1979).
14. Organização de Serviços de Enfermagem do Trabalho (Dissertação, 1979).
15. Absentismo-Doença: Aspectos Epidemiológicos (Livre-docência, 1980).
16. Trabalho em Turnos: Alguns Aspectos Econômicos, Médicos e Sociais (Dissertação, 1980).
17. Estudo Preliminar das Repercussões do Processo de Trabalho sobre a Saúde dos Trabalhadores de um Hospital Geral RP/SP (Tese, 1981).
18. Saúde e Trabalho: A Doença de Chagas no Setor Industrial (Tese, 1981).

19. Higiene e Segurança em Estações de Tratamento de Esgotos (Tese, 1982).
20. Saúde no Trabalho (Dissertação, 1983).
21. Acidentes do Trabalho na Mão-de-Obra Volante Empregada na Agricultura (Bóias-Frias) Botucatu-São Paulo (Dissertação, 1983).
22. Estudo da Asbestose no Município de Leme-São Paulo (Dissertação, 1983).
23. Inquérito Preliminar de Higiene Industrial na Indústria de Carnes Bovina e Suína da Grande São Paulo (Dissertação, 1984).
24. Avaliação de Exposição Profissional a Fumos Metálicos em Operação de Solda (Tese, 1984).
25. Serviços Médicos de Empresas de São Luís-MA com mais de 100 Empregados (Dissertação, 1984).
26. Saúde do Trabalhador em Operação de Solda (Livre-docência, 1984).
27. Absentismo e Acidentes do Trabalho Entre Trabalhadores de Indústrias Automobilísticas (Tese, 1984).
28. Doença de Chagas em Área Urbana: Avaliação da Função Cardíaca de Trabalhadores Industriais e Implicações para a Atividade Laboral (Dissertação, 1985).
29. Doutrina e Prática da Integração da Saúde Ocupacional no Setor Saúde: Contribuição para a Definição de uma Política (Livre-docência, 1986).
30. Curso de Especialização para Enfermagem do Trabalho: Avaliação e Proposta de Reestruturação Curricular (Tese, 1986).
31. Risco de Pneumoconiose em Trabalhadores Expostos a Rocha Fosfática (Dissertação, 1987).
32. Avaliação Clínica, Radiológica e da Função Pulmonar de Trabalhadores Expostos à Poeira de Silica (Tese, 1988).
33. Trabalho & Saúde: Contribuição para uma Abordagem Abrangente (Dissertação, 1988).
34. Análise de Resíduos de Policloreto de Bifenila em Tecido Celular Sub-cutâneo (Dissertação, 1989).
35. Trabalho Hospitalar e Sofrimento Psíquico (Tese, 1989).
36. A Compreensão dos Trabalhadores Sobre o Processo Saúde-Doença no Âmbito do Trabalho: Estudo de Casos de Intoxicados por Chumbo em Bauru (Dissertação, 1989).
37. Síndromes Reativas numa Indústria Siderúrgica (Dissertação, 1989).
38. Tenossinovite como Doença do Trabalho no Brasil: A Atuação dos Trabalhadores (Dissertação, 1989).
39. Condições de Trabalho e de Vida em Trabalhadores do Setor Petroquímico (Livre-docência, 1990).
40. Transtornos Mentais Entre Trabalhadores de Usina Siderúrgica (Dissertação, 1990).
41. Avaliação das Condições de Trabalho dos Servidores Braçais da Prefeitura Municipal de Botucatu: Levantamento de Riscos e Estudo de Morbidade (Dissertação, 1990).

42. Doenças Respiratórias Associadas à Mineração de Carvão - Estudo de Coorte de 5 Anos (Tese, 1991).
43. Trabalho em Turno e Riscos Químicos: O Horário de Trabalho como Fator Interveniente no Efeito Tóxico (Dissertação, 1991).
44. Sub-notificação de Acidentes do Trabalho em Pacientes Atendidos no Hospital Universitário Antonio Pedro - Niterói-RJ (Dissertação, 1991).
45. Um Estudo Sobre a Prevalência de Distúrbios Psiquiátricos Entre Sepultadores do Serviço Funerário de São Paulo (Dissertação, 1991).
46. Pressão Arterial Diastólica entre Cobradores e Motoristas de Campinas, Usuários de um Serviço de Saúde Ocupacional (Dissertação, 1991).
47. Estudo Clínico Epidemiológico em Trabalhadores de Campanhas de Saúde Pública Expostos Cronicamente a Inceticidas - SUCEN - São José do Rio Preto (Dissertação, 1991).
48. Contribuição para o Conhecimento da Enfermagem que Atua na Assistência à Saúde do Trabalhador na América Latina (Dissertação, 1992).
49. Efeitos Renais Crônicos em Trabalhadores Expostos ao Chumbo e suas Relações com a Pressão Arterial (Tese, 1992).
50. Estudo do Processo de Trabalho - Desgaste em Trabalhadores de Destilaria de Álcool (Tese, 1992).
51. Epidemiologia dos Acidentes de Trabalho Fatais na "Região de Campinas" - São Paulo, no Período de 1979 a 1989 (Tese, 1992).
52. Morbidade e Acidentes do Trabalho em Trabalhadores Rurais: Um Estudo de Caso em Araras - São Paulo (Dissertação, 1992).
53. Epidemiologia das Doenças Profissionais Registradas no Brasil na Década de 80 (Dissertação, 1993).
54. Critérios Cronobiológicos na Adaptação ao Trabalho e Turnos Alternantes: validação de um instrumento de medida. (Dissertação, 1993).
55. Percepção de Riscos na Ocupação Precedendo Lesões do Trabalho - Um Estudo no Município de Campinas (Tese, 1994).
56. Análise dos Atendimentos Realizados pelo Serviço Médico de Empresa Siderúrgica na Região Sudeste, Brasil, 1986 a 1990 (Dissertação, 1994).
57. Avaliação da Utilização Industrial de Mercúrio Metálico no Estado de São Paulo e Aplicação de Metodologia de Intervenção nas Condições de Trabalho (Dissertação, 1994).
58. Cargas de Trabalho em Técnicos da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (Dissertação, 1994).
59. Atenção à Saúde dos Trabalhadores no Setor Saúde (SUS) no Brasil: Realidade, Fantasia ou Utopia? (Tese, 1994).

60. Acidentes de Trabalho com Máquinas: Estudo a Partir do Sistema de Vigilância do Programa de Saúde dos Trabalhadores da Zona Norte, São Paulo, em 1991 (Dissertação, 1995).
61. Gestão Participativa no Trabalho e Saúde (Dissertação, 1995).
62. Exigências e Organização do Trabalho em Sala de Controle de Processo de Automação Microeletrônica. (Tese, 1995).
63. Quando Começa o Saturnismo? (Tese, 1995).

Capítulo V

**A SAÚDE DO TRABALHADOR NO ESTADO DE SÃO PAULO.
DO EXPERIMENTALISMO PROGRESSISTA À
INSTITUCIONALIZAÇÃO CONSERVADORA.
O DESAFIO DA MUNICIPALIZAÇÃO.**

5.1. Introdução.

A emergência do discurso (e das práticas) em Saúde do Trabalhador no Estado de São Paulo ao nível da **rede básica** da Secretaria de Estado da Saúde (SES) tem como condição de possibilidade importante o processo eleitoral que antecede à vitória para o Governo do Estado do candidato do Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB), André Franco Montoro, posteriormente eleito nas primeiras eleições **diretas** que ocorriam após cerca de 20 anos de Regime Militar - período em que os governadores foram indicados indireta e autoritariamente pelo Regime - a partir de uma **aliança** política que envolveu um amplo arco de forças democráticas e de caráter supra-partidário.

Ainda durante o espaço de discussão da plataforma política do candidato vários grupos de trabalho compostos por intelectuais, acadêmicos, sindicalistas, técnicos reuniram-se com o objetivo de elaborar seu programa de governo, constituindo um agrupamento que ficou conhecido como "a Sorbone da rua Madre Teodora" ¹, contemplando questões temáticas dentre as quais a da Saúde, sob a coordenação daquele que viria a ser o futuro Secretário de Estado da Saúde, o médico sanitário João Yunes. Dentro do grupo temático da saúde, constituiu-se um sub-grupo composto de acadêmicos e técnicos - com importante peso dos sanitários - e de alguns sindicalistas militantes, que passou a discutir a elaboração da "Proposta Para A Questão Saúde e Trabalho - PMDB 1982", a qual posteriormente foi incluída no Programa de Governo. ² Em linhas gerais a proposta continha os seguintes itens programáticos:

*"I - incorporação da questão de **saúde e trabalho** no âmbito de uma política estadual de saúde pressupondo a integração **sob** a coordenação da Secretaria da Saúde dos vários órgãos envolvidos com esta questão.*

"II - Com relação à Assistência Médica e Serviços de Medicina, Higiene e Segurança do Trabalho.

*1. Adequar a **rede básica** de serviços de saúde, preparando-a para atuar na **promoção, prevenção e recuperação** da saúde do trabalhador urbano e rural através da utilização dos seus vários níveis de atenção **primária, secundária e terciária**. As ações de prevenção prevêm também a **fiscalização** das condições de trabalho que seriam desenvolvidas por técnicos (...) capacitados, aproveitando a característica de **regionalização** da rede, para **descentralizar** estas atividades hoje concentradas na Secretaria de Relações do Trabalho.*

*2. Criar condições para que Médicos, Enfermeiros, Engenheiros do Trabalho, Supervisores de Segurança e outros profissionais da área, tenham uma prática dirigida (...) pelos princípios **éticos, técnicos e de conhecimento** sobre a saúde do trabalhador. Neste sentido sugerimos que a contratação destes profissionais seja feita de comum acordo com o Sindicato através de suas comissões de fábrica.*

¹. Ficou assim conhecido pelo fato de congregar as chamadas "cabeças pensantes" da oposição e porque reunia-se periodicamente numa casa situada à rua Madre Teodora no bairro do Ibirapuera.

². Ver a respeito: PMDB *Diretrizes Básicas para o Setor Saúde no Governo Democrático. Proposições do Grupo Saúde*. São Paulo, 1982. 12 p. [mimeo]

3. Que a representação dos operários nas CIPAs se faça através de trabalhadores eleitos com a participação ativa dos Sindicatos." ³

III. Com relação à formação de pessoal:

1. formação básica sobre os agravos à saúde a que estão expostos os trabalhadores, entre os estudantes de todos os níveis de ensino (primeiro e segundo graus).

2. Enfatizar o estudo das situações de risco à saúde do trabalhador nos currículos das Escolas médicas e incluí-lo nos das Escolas de Engenharia, Agronomia, Enfermagem e outras (...) que tenham estreita relação com o problema.

3. Promover a nível universitário a formação de profissionais na área de Saúde e Trabalho, por meio do apoio, criação e reconhecimento de cursos de pós-graduação 'sensu lato'. Além disso, a criação de um Centro interdisciplinar voltado para a pesquisa, o estudo e a formação de técnicos nesta área, contando com recursos humanos e materiais suficientes e a partir da integração dos já existentes." (grifos nossos)

Trata-se de "declaração de princípios" que engloba termos característicos do "discurso sanitário", posteriormente consagrado na Constituição Federal de 1988, apontando para a importância do Setor Saúde nuclear as ações inclusive de prevenção, numa perspectiva de atenção que envolvesse a "promoção, recuperação da saúde do trabalhador ..." aliada à hierarquização e descentralização dos serviços componentes da "rede básica de serviços de saúde". De certa forma, do ponto de vista político-programático são colocados em relevo alguns pilares da proposta do "movimento sanitário" que se expressara nacionalmente alguns anos antes.⁴

A possibilidade de se alcançar metas de tal envergadura e abrangência pressupunha, conforme expresso no já citado Documento do PMDB:

"além da conquista do Executivo [em São Paulo] perspectiva de vitória das oposições a nível nacional e a possibilidade de se legislar em escala federal sobre estas questões." (grifos nossos)

Tal estratégia poderia ter se viabilizado cabalmente se o coroamento da Campanha das DIRETAS JÁ! tivesse sido a eleição direta também para presidente no ano de 1985, perspectiva esta frustrada pela aliança que permitiu uma "transição transada" em torno da candidatura de Tancredo Neves finalmente consagrada na eleição indireta através de Colégio Eleitoral formado pelo Congresso Nacional, inaugurando o que ficou conhecido como a "Nova República", ou como refere LAURELL (1991) "uma reforma por cima".⁵

³. As Comissões Internas de Prevenção de Acidentes (CIPAs) são organismos já previstos pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) de 1943, de caráter paritário, com metade dos seus membros indicada pela patrão, com finalidade consultiva sobre as condições de segurança e salubridade dos ambientes e condições de trabalho. A proposta de eleição de todos os seus membros é uma meta até hoje perseguida pelo Movimento Sindical e que não se concretizou.

⁴. Ver a respeito: ESCOREL, Sara SAÚDE: Uma Questão Nacional. In: TELXEIRA, Sonia Fleury (org.) REFORMA SANITÁRIA: Em busca de uma teoria. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 1989. 232 p. (Pensamento social e saúde: 3) p.181-92.

⁵. LAURELL, *op. cit.*, 1991, p. 321.

5.2. A Gestão Yunes e as propostas programáticas *experimentais* em Saúde do Trabalhador.

De fato, com a vitória daquele partido, toma posse como Secretário de Estado da Saúde de São Paulo, o médico-sanitarista João Yunes que, honrando os compromissos assumidos durante a campanha, patrocina a criação, no Instituto de Saúde, órgão de pesquisa da Secretaria de Estado da Saúde (SES) - que passara a ser dirigido pelo professor José da Rocha Carneiro, docente do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Usp e prócer do Movimento Sanitário - de um espaço institucional onde iriam florescer as "áreas emergentes" com estatuto ainda "experimental" dentro da Saúde Pública, dentre elas a Saúde Ambiental e a Saúde do Trabalhador.⁶

Contando então, inicialmente, com uma equipe composta por três médicos-sanitaristas egressos da Residência-Médica em Departamentos de Medicina Preventiva e do chamado "Curso de Saúde Pública a nível local", a Área técnica *Saúde e Trabalho* do Instituto de Saúde, criada no final de 1983, dá início a um "mapeamento" das demandas regionais que poderiam estar surgindo a partir dos Departamentos Regionais de Saúde (DRSs), no campo das relações entre saúde e trabalho.

Tais instâncias compunham, na época, o nível diretivo regional da estrutura da Secretaria e seus diretores, durante a gestão Yunes eram, em sua maioria, jovens médicos formados na "nova safra" de sanitaristas do Curso de curta duração ministrado pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, em decorrência de convênio firmado com a Secretaria da Saúde e o Ministério da Saúde. Tal fato possibilitou, a partir de 1976, a capacitação de profissionais que passaram a compor a carreira de médico sanitarista na qual predominavam então

*"...jovens entre 25-30 anos (74%) ... formados nos Departamentos de Medicina Preventiva [que] trazem conhecimentos técnicos específicos, voltados para os aspectos de planejamento e administração do sistema de saúde, com uma perspectiva de atendimento global à saúde e não do ponto de vista meramente do ato médico."*⁷ (grifado no original)

⁶. O Instituto da Saúde é o órgão da Secretaria da Saúde que foi criado em 1969, durante a Reforma Administrativa da SES/SP iniciada em 1968, que tinha como tarefa ser o "cérebro" da reforma como instância de reflexão sobre as propostas de mudança então previstas. De sua estrutura técnico-administrativa constavam, à época, as Divisões e Serviços "tradicionais" como: Saúde Materno-Infantil; Educação em Saúde, Nutrição, Oftalmologia Sanitária, Enfermagem de Saúde Pública, Doenças Crônico-Degenerativas. Na administração Montoro, tenta-se recuperar o papel nucleador do Instituto, incorporando em sua estrutura as "novas" áreas de interesse da Saúde Coletiva dentre as quais se colocavam a Saúde do Trabalhador e a Saúde Ambiental.

⁷. NEMES Filho, Akexabdre *Os Médicos Sanitaristas e a Política de Saúde do Estado de São Paulo, no Período de 1976 a 1988*. Dissertação (Mestrado) Departamento de Práticas de Saúde Pública, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 1992, p. 18-19. Segundo este autor, é na 2ª. gestão de Walter Leser como Secretário de Estado da Saúde, que durou de 1975-78 que se dá a re-agilização da implementação da Reforma Administrativa (iniciada na 1ª. gestão, em 1968) período em que são adotadas "duas novas estratégias (...) a introdução de uma nova organização do trabalho nos Centros de Saúde, chamada de **Programação** e novos mecanismos de **recrutamento**, formação e ingresso de médicos sanitaristas para o trabalho de gerência das unidades reorganizadas." (p.11, grifos nossos) Assim, a Programação adota "como eixo principal a

Para o mesmo autor os médicos sanitaristas são "os agentes estratégicos da reorganização" trazida pela Reforma Administrativa da SES e pela proposta de Programação.⁸

E, é calcado na idéia de **programação** que os sanitaristas consultados pelo Instituto de Saúde, todos eles diretores de algumas Regionais de Saúde propõem a formulação de atividades **programáticas** na rede de Centros de Saúde da SES voltadas para o tema das relações entre saúde e trabalho.⁹

É o que ocorre, por exemplo, a partir de demanda do Departamento Regional de Saúde da Baixada Santista e do Vale do Rio Ribeira (DEVALE), contudo por motivos bastante distintos conforme será discutido em subitem a seguir.

No caso da Baixada Santista tinha grande peso a discussão já acumulada pela sociedade civil local e referente à calamitosa realidade da poluição ambiental provocada pelas empresas do pólo industrial de Cubatão¹⁰ - denominado o Vale da Morte na reunião sobre Meio Ambiente promovida pela ONU em 1972 - enquanto que no Vale do Ribeira era a questão do uso dos agrotóxicos, recém introduzido e em larga escala, que motivava a preocupação pela demanda, enquanto agravo à saúde pública e coletiva.

A partir dessa primeira aproximação, percebe-se a potencialidade da questão como um **problema de saúde pública** e que poderia ser incorporado às atividades **programáticas** da rede básica de saúde.

Tal fato motivou a proposição de que um membro da equipe da Área Saúde e Trabalho do Instituto de Saúde participasse do Seminário "Atividades de Saúde

ampliação e diversificação da assistência médica individual prestada nos Centros de Saúde de modo 'subordinado à idéia de ação programática, na qual aquela aparece como meio de realização de objetivos definidos epidemiologicamente sobre o coletivo...' em toda a rede de Centros de Saúde, com ações hierarquizadas conforme a complexidade de unidade (...) articulando um conjunto de atividades de rotina (vacinação, atendimento médico, atendimento de enfermagem, visita domiciliar) destinados ao atendimento de grandes grupos populacionais (**adultos**, crianças, gestantes) e de sub-programas objetivando atender os danos ... [e a] integração de atividades de promoção, prevenção e cura no mesmo serviço ..." (*Idem, Ibidem, p. 11-12, grifo nosso*)

⁸. Para uma discussão detalhada da tecnologia da programação dentro do processo de trabalho em saúde na rede de serviços da SES/SP ver: SCHRAIBER, Lília Blima (org.) *Programação em Saúde Hoje*. São Paulo: HUCITEC, 1990, particularmente capítulos 1, 2 e 3.

⁹. Assume-se, então, que os **intelectuais** (orgânicos) que produzem o trabalho que cria o discurso "programático" em Saúde do Trabalhador são basicamente os sanitaristas da "nova safra", que através do instrumento de trabalho das "relações militantes" com o movimento social de trabalhadores, buscando como objeto a transformação de "consciências sanitárias" sobre as relações entre Saúde e Trabalho, formulam os pressupostos básicos dos projetos e experiências iniciais em Saúde do Trabalhador, posteriormente deslocados pela "volta" da abordagem tradicional, numa conjuntura político-social desfavorável, apesar da continuidade da luta político-ideológica nela travada por eles, como procurar-se-á mostrar aqui.

¹⁰. A época o pólo industrial de Cubatão era "constituído por 23 indústrias de transformação e cerca de 100 empresas do ramo da construção pesada, montagem e manutenção (...) No setor de transformação encontramos indústrias do ramo siderúrgico, de refino de petróleo, químico, petroquímico, fertilizantes, cimento, (...), papel e papelão.

O processo produtivo dessas indústrias expõe os trabalhadores primariamente e também à população circunvizinha a poluentes químicos e de outras naturezas, que se refletem sobre a saúde." Ver a respeito, AUGUSTO, Lia Giraldo da Silva, MINAKI, Gustavo, NEVES, Edlamar Guimarães e RUIZ, Milton Antonio Balanço de Atendimento do CESAT-Centro de Saúde do Trabalhador. A questão das alterações hematológicas em trabalhadores expostos ao benzeno. São Paulo, outubro de 1987. [mimeo] Texto apresentado em Mesa Redonda na Fundacentro-SP, sobre o tema Programas de Saúde do Trabalhador na Rede Pública, em 28/10/87.

Ocupacional na Rede de Serviços de Saúde", promovido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e Organização PanAmericana de Saúde (OPAS) em Campinas, no período de 12-15/03/1984, como parte das atividades do Programa de Saúde dos Trabalhadores da OPAS, em colaboração com Núcleo de Ecologia Humana e DMPS da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp). Este evento contou com a participação de técnicos de vários países latino-americanos como Argentina, Bolívia, Chile, Colômbia, Cuba, México que discutiram a proposta de incorporação das ainda chamadas atividades de **saúde ocupacional** na rede de serviços básicos de saúde.

Frise-se que durante o Seminário foi apresentado, para apreciação e discussão, o "*Projeto do Programa de Saúde do Trabalhador para Cubatão*", que estava em fase incipiente de elaboração e definição, à época, sob a coordenação da *Área Saúde e Trabalho* do Instituto de Saúde (TS).

Nas discussões levadas a efeito durante o Seminário constatou-se a semelhança entre a metodologia de trabalho relativa à Vigilância Epidemiológica das intoxicações por agrotóxicos proposta para o Vale do Ribeira e aquela que já vinha sendo desenvolvida pela equipe do Núcleo de Ecologia Humana da Unicamp na região de Mogi-Mirim, o que aproximou fortemente as duas equipes e levou a uma articulação estreita entre elas quando da efetiva implantação da experiência no Vale do Rio Ribeira, região da cidade de Registro, onde predominam as atividades rurais.

Neste momento dá-se uma experiência bastante interessante, ou seja, a articulação entre Universidade e rede de serviços de saúde estreita-se e o modelo inicialmente restrito, em termos geográficos, desenvolvido pela Academia é incorporado por toda uma área do Estado de São Paulo, permitindo que fosse adotada como paradigma para ações de saúde do trabalhador na área rural, como ocorreu depois em outras regiões como Marília, Presidente Prudente, Ribeirão Preto.¹¹

A partir da avaliação positiva que dentro da SES/SP foi feita do Seminário de Campinas, cristaliza-se a idéia de que a Secretaria promovesse, no Instituto de Saúde, através da *Área Saúde e Trabalho* um encontro semelhante em São Paulo, envolvendo funcionários da rede básica de conformidade, inclusive, com recomendação emanada do próprio Seminário de Campinas.¹²

¹¹. A respeito da experiência acumulada pelo Programa na região de Ribeirão Preto, consultar: Alessi, Neiry Primo et al. *Saúde e Trabalho no Sistema Único de Saúde*. São Paulo: HUCITEC, 1994.

¹². É interessante observar que no Seminário de Campinas a discussão das "implicações doutrinárias e práticas das interrelações Saúde Ocupacional e Serviços de Saúde, permitiu avançar além da conceituação de 'Saúde Ocupacional' adotada pela OMS/OIT desde 1950, de abrangência limitada, pouco prática e a-histórica. Introduce-se o conceito de 'Saúde do Trabalhador', o qual amplia a abordagem ao considerar as relações sociais de produção em determinado modo de produção, suas repercussões no desgaste da força de trabalho em consequência da organização do trabalho, das formas de controle da produção com seus efeitos tanto a nível das condições de saúde como de vida das classes trabalhadoras. Tal percepção (...) rompe com a visão clássica das condições de trabalho adversas apenas relacionadas aos agentes físicos, químicos e biológicos, apontando na direção de uma re-conceituação do que é a doença do trabalho. Ao lado disso, supera-se a preocupação que é advogada pela OMS e OIT de, em termos operacionais, centrar as atividades sobre as pequenas e médias empresas, passando a enfocar grupos de risco em função da categoria profissional (...) levando em conta inclusive a situação dos países do 3º. mundo dentro da divisão internacional do trabalho." Ver: Relatório sobre participação no Seminário - LACAZ, Francisco Antonio de C., São Paulo, 30/03/1984. [mimeo] Aqui cabe concordar com AROUCA (1975) de que as idéias - e sua história - se relacionam com a estrutura social que as originou e que permitiu seu surgimento e das consequências e modificações que emergem de certo discurso introduz na produção teórica e na prática política. Mais ainda, como aponta FOUCAULT (1987): "A história

Mais ainda, ficava consolidada também a postura de procurar-se uma estreita interlocução com o movimento sindical no processo de formulação de propostas programáticas em saúde do trabalhador. Com isso auscultava-se tendência assumida pelo "novo" sindicalismo em sua relação com o Aparelho de Estado e a sociedade, conforme será observado no capítulo 6.

Em termos concretos, isto já se pronunciava com a proposta de estudo conjunto, em relação à morbidade por silicose na cidade de Pedreira, envolvendo Sindicatos de Trabalhadores Ceramistas e o Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas e de Saúde e dos Ambientes de Trabalho (DIESAT), projeto este apresentado pela Área Saúde e Trabalho do Instituto de Saúde no final de 1983, em Fórum Interinstitucional sobre saúde do trabalhador patrocinado pela Secretaria de Estado de Relações do Trabalho (SERT).

Na mesma linha insinuava-se proposta formulada - com a assessoria técnica do DIESAT - pelo Sindicato dos Trabalhadores Químicos do ABCD, com objetivo de criar um Programa de Saúde na rede básica, com gestão sindical, dentro da programação de atenção aos adultos, visando ao atendimento de trabalhadores daquela categoria.¹³

5.2.1. O Seminário "Estratégias para a Implantação de Ações de Saúde do Trabalhador na Rede Básica da Secretaria da Saúde": um marco na emergência de um espaço discursivo.

Como foi referido acima, após o evento de Campinas concretiza-se a decisão política da SES em promover a realização do Seminário "*Estratégias para a implantação de ações de Saúde do Trabalhador na rede básica da Secretaria de Saúde*", o qual ocorreu nos dias 23 e 24/08/1984. Foi utilizado como material de apoio para as discussões durante o Seminário documento que situava a

*"questão das Ações de Saúde do Trabalhador no campo da Saúde Pública e [dava] exemplos dos projetos em andamento na rede, além de (...) dois textos que descrevem as experiências de trabalho sobre o tema na Colômbia e em Cuba."*¹⁴

de um conceito é a de seus diversos campos de validade, a de suas regras sucessivas de usos, dos meios teóricos múltiplos em que prosseguiu e se acabou sua elaboração." De fato as reformulações conceituais engendradas a partir deste momento terão importância fundamental para o desenvolvimento de uma teoria e uma prática no enfrentamento das relações entre trabalho e saúde.

¹³. É importante observar aqui que mudanças institucionais na articulação dos órgãos de saúde pública como as Secretarias de Estado de Saúde e de previdência social como o INAMPS, através de convênios de prestação de serviço, como foi o caso das Ações Integradas de Saúde (AIS) a partir de 1983, possibilitaram essa aproximação, na medida em que o perfil da clientela da rede pública modificava-se com a incorporação da população de trabalhadores segurados pela Previdência Social.

¹⁴. O texto produzido pela equipe de sanitaristas do Instituto de Saúde relativo à "*questão das Ações de Saúde do Trabalhador no campo da Saúde Pública*" em São Paulo foi posteriormente publicado em revista especializada, servindo de referência para situar a operacionalidade dessas ações na rede da Secretaria de Saúde de São Paulo. Ver: FREITAS, LACAZ & ROCHA, *op. cit.*, 1985.

Os dois textos estrangeiros foram utilizados nas discussões do Seminário da Campinas, sendo elaborados por "experts" daqueles países à pedido da OPAS. NOGUEIRA (1984), professor decano do Departamento de Saúde

O evento aconteceu nas dependências do Instituto de Saúde, sob a coordenação e organização da Área Técnica Saúde e Trabalho e contou com a participação de mais de 150 pessoas dentre profissionais de saúde da rede básica, acadêmicos e sindicalistas, os quais representavam:

1. Diretorias Regionais de Saúde (DRSs) e Distritos Sanitários (DSs) de Americana (DS), Amparo (DS), Botucatu (DS), Campinas (DS), Guarulhos (DRS), Jundiaí (DS), Mogi-Mirim (DS), Osasco (DRS), Ribeirão Preto (DRS e DS), Santos (DRS), Santo André (DRS e DS), São Bernardo do Campo (DS), São José dos Campos (DRS), São Paulo [Belenzinho (DS), Jabaquara (DS), Lapa (DS), Nossa Senhora do Ó (DS), Penha (DS), Santa Cecília (DS), Vila Maria (DS)], São Sebastião (DS), Sorocaba (DRS e DS), Taubaté (DS), Vale do Ribeira (DRS-DEVALE).
2. Centros de Saúde Escola da Barra Funda, vinculado ao Departamento de Medicina Social da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo; Botucatu vinculado ao Departamento de Medicina Legal e Saúde Pública da Faculdade de Medicina da Unesp de Botucatu; Butantã vinculado ao Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Usp de São Paulo; Cotia; Ribeirão Preto vinculado ao Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina da Usp de Ribeirão Preto.
3. Departamentos de Medicina Preventiva e/ou Social das Faculdades de Ciências Médicas da Unicamp e Santa Casa de São Paulo; da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto; Departamento de Saúde Ambiental da Faculdade de Saúde Pública da Usp.
4. Coordenadoria de Assistência Hospitalar e Instituto Adolfo Lutz da Secretaria de Estado da Saúde.
5. Fundação Jorge Duprat Figueiredo de Segurança e Medicina do Trabalho (Fundacentro) do Ministério do Trabalho.
6. Prefeituras dos Municípios de Diadema e de São Paulo.
7. Organização Internacional do Trabalho (OIT).
8. Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde e dos Ambientes de Trabalho (Diesat).
9. Secretaria de Estado de Relações do Trabalho (SERT).
10. Sindicato dos Trabalhadores Químicos de São Paulo e de Santo André e região do ABCD.

Este expressivo leque de instituições e instâncias participantes testemunhava o elevado nível de interesse que a questão despertava, particularmente entre os profissionais e técnicos da rede de saúde pública.

Dentre os objetivos principais do Seminário destacavam-se:

Ambiental da Faculdade de Saúde Pública da Usp, instituição pioneira no ensino da Higiene do Trabalho no país, no artigo "Incorporação da Saúde Ocupacional à Rede Primária de Saúde", publicado na *Rev. de Saúde Públ.*, n. 18, p. 495-509, defende que a rede básica de saúde assumira ações de "saúde ocupacional", conforme diretriz emanada da OMS e discutida no Seminário de Campinas, do qual participou e refere-se ao Seminário realizado no Instituto de Saúde como um marco importante na possibilidade de florescimento do campo na rede pública de saúde.

"1. Envolver os profissionais (...) da Secretaria da saúde na discussão do problema, no sentido de se traçar diretrizes de trabalho na área da Saúde do Trabalhador, viabilizando o apoio da Coordenadoria de Saúde da Comunidade - Diretores das Regionais de Saúde, chefias de Distritos Sanitários, bem como de Centros de Saúde situados em áreas estratégicas e Centros de Saúde Escola ¹⁵, além da rede de laboratórios de Saúde Pública (Instituto Adolfo Lutz) para se avaliar a retaguarda possível para o desenvolvimento da programação [e] do nível de referência hospitalar..." (grifos nossos)

"2. Promover articulação com profissionais vinculados à Universidade, com experiência no campo e aqueles ligados a entidades e órgãos especializados que atuam em Higiene e Segurança no Trabalho, como Fundacentro, Sesi, Diesat, Secretaria de Relações do Trabalho (Sert), visando a reciclagem e formação de pessoal para atender às novas necessidades."

"3. Promover a articulação das várias Coordenadorias da Secretaria da Saúde com a perspectiva de viabilizar uma programação voltada para a saúde do trabalhador, dentro da programação do adulto." (grifos nossos)

"5. Possibilitar a definição de áreas programáticas para a implantação de projetos relativos à saúde do trabalhador." ¹⁶

A dinâmica do Seminário é pensada para que, num primeiro momento, ocorra a "Apresentação das Experiências e Projetos em andamento no campo da Saúde do Trabalhador", ocasião em que é discutido o projeto do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, que havia sido

¹⁵ Um levantamento preliminar feito pelo Instituto de Saúde no final de 1983, mostrou que num Centro de Saúde Escola acumulou-se algum tipo de experiência, nos anos 70, com a tentativa de incorporar ações de Saúde Ocupacional em Unidade Sanitária. Foi o Projeto apresentado ao Centro de Saúde Experimental da Barra Funda, ligado à Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, denominado "Atividades de Saúde Ocupacional em uma Unidade Sanitária - Considerações teóricas". Tal documento, datado de 1974 e que era parte do seu estágio prático do Curso de Saúde Pública na Faculdade de Saúde Pública da Usp. Informações colhidas a partir de entrevista gravada, concedida ao autor por F, médico e professor universitário, em 30/07/1994. O Centro de Saúde Escola de Paulínia, vinculado ao Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp também desenvolveria ações na área desde 1978, voltadas para as pequenas e médias empresas, conforme preconizava a OMS. A este respeito ver: WHO - Meeting on Organization of Health Care for Small Industries. Geneva, 22-27 July 1975 [mimeo] e Primary Health Care and Working Populations. Geneva, 13-16 April 1982. É digna de nota também uma experiência desenvolvida, a partir desses pressupostos, por dois médicos-sanitaristas da Secretaria de Estado da Saúde, no final dos anos 70 e início dos 80, na região do então Distrito Sanitário da Penha de França, em quatro Centros de Saúde de Cangaíba, a qual foi apresentada pelos autores no II Congresso Paulista de Saúde Pública e I Congresso Nacional da ABRASCO, em 1983. Neste texto, PEREIRA, Julio Cesar & OTANI, Koshiro (1983, p. 7-8) em suas "CONCLUSÕES" preveem que "A posse de governos estaduais eleitos por voto direto traz novas oportunidades para a execução de tais projetos, tendo em vista os compromissos democráticos que devem honrar ... O papel do Estado como elemento financiador e administrador de serviços de saúde é princípio consagrado pela saúde pública. (...), embora possa vir o setor privado a colaborar em alternativa para resolução dos problemas de saúde do trabalhador, (...) através de atividades cooperativas de pequenas e médias empresas, será o alinhamento comum das instituições estatais (...) e as Secretarias Estaduais de Saúde, que desempenhará papel decisivo para o encaminhamento dessa questão." (grifo nosso) Ver a respeito: PEREIRA Julio Cesar & OTANI Koshiro A Saúde Ocupacional Como Atividade De Saúde Pública: uma experiência. In: II Congresso Paulista de Saúde Pública e I Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva. Anais. São Paulo, abril de 1983. 10 p. [mimeo].

¹⁶ Ver a respeito: Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES)/Coordenadoria de Serviços Técnicos Especializados (CST)/Instituto de Saúde (TS) Seminário "Estratégias ... - Justificativa e Objetivos. São Paulo, s.d., 4 p. [mimeo]

implantado em meados dos anos 70 e era dirigido às **pequenas e médias** empresas da região da Barra Funda, área de abrangência do Centro de Saúde Experimental (Escola) e calcado nos pressupostos da **Saúde Ocupacional**.

Recentemente, o autor dessa proposta observou que ela sugeria a

*"... atuação do Centro de Saúde Experimental da Barra Funda no campo da Saúde Ocupacional, assim chamada ... Este trabalho de 1974 (...) até hoje [é] (...) a matriz, o embrião inicial da proposta de saúde do trabalhador no sistema de saúde. ... a idéia de que o Centro de Saúde da Barra Funda poderia ter um papel ativo, principalmente voltado para as pequenas e médias empresas, onde teria um papel não só de prestador de serviços, como (...) promotor de saúde, no sentido de ajudar a organizar Cipas, (...) treinar os trabalhadores, (...) colher informação ... [assim] a preocupação por serviços começa em 1974 na Barra Funda e se seguiu numa tentativa de reproduzir ou ampliar essa proposta em Paulínia onde fui ser diretor do Centro de Saúde Escola ..."*¹⁷

Observe-se que se tratava de uma proposição que se insere como projeto acadêmico - sendo neste aspecto **pioneiro** - num Centro de Saúde Experimental e que incorporava as diretrizes veiculadas nos anos 70 pelo discurso da OMS, dentro da **Saúde Ocupacional** - apesar do termo Saúde do Trabalhador também ter sido verbalizado - priorizando as **pequenas e médias** empresas e a preocupação com a "educação" dos trabalhadores.

Conforme refere AROUCA (1975), o poder de difusão do discurso das instituições internacionais é muito grande, adquirindo "estatuto" de verdade. Em função disso, a questão da prioridade de ações ao nível das pequenas e médias empresas foi também motivo de discussões na época da implantação das primeiras experiências na SES de São Paulo, sendo **superada** tal visão de que a rede básica deveria voltar-se primordialmente para tal grupo de empresas, porque as maiores estariam "cobertas" por seus próprios serviços de medicina do trabalho. Diante do desafio de uma atividade programática com uma visão de Saúde Pública "ampliada" e diante da realidade vivida, pintada com a tintas fortes das denúncias de práticas anti-éticas e de controle dos serviços de empresas e dos dados de doenças e acidentes do trabalho existentes, esta posição não se sustentou, conforme é discutido no próprio Relatório final elaborado a partir dos debates realizados no Seminário, conforme texto abaixo transcrito:

*"(...) em vários setores de produção o parque industrial subsidiário das grandes corporações multinacionais é representado por indústrias semi-artesaniais em que o processo produtivo expõe o trabalhador a riscos (...) de toda ordem. Isso não quer dizer que a nível das grandes empresas o processo de trabalho seja isento de riscos. A incorporação de tecnologia que ameaça à saúde também ocorre nestas empresas com a agravante de que, por disporem de serviços médicos próprios, detêm uma maior capacidade de controle da mão-de-obra, (...), além de monopolizarem informações sobre os reflexos das condições de trabalho na saúde dos trabalhadores."*¹⁸ (grifos nossos)

¹⁷ Conforme entrevista gravada, concedida ao autor em 30/07/1994 por F, médico e professor universitário.

¹⁸ Tal discurso dialoga com e questiona o discurso elaborado pela OMS que apontava a prioridade de desenvolvimento de ações de saúde do trabalhador na rede primária de saúde com ênfase na atuação sobre as pequenas empresas, fonte de maiores problemas e que não contavam com serviços de medicina ocupacional próprios. Esta questão é retomada dois anos depois por MENDES (1986) em sua Tese de Livre Docência, ao questionar a qualidade da atuação dos serviços de medicina do trabalho existentes.

*"Assim, na medida em que se exige da Saúde Pública a superação dos restritos marcos de atuação hoje existentes - prevenção de doenças transmissíveis, atenção materno-infantil, (...), atendimento às endemias... - e que devem ser melhor executados, é necessário voltar a atenção para este novo campo de atuação que engloba a saúde do adulto (...) que trabalha, respeitando (...) metodologia de ações programáticas..."*¹⁹ (grifos nossos)

Ainda durante o Seminário, com finalidade pedagógica, são discutidos também os projetos que naquela época estavam sendo recém-implantados como o "Programa de Saúde do Trabalhador para Cubatão e Baixada Santista", o "Projeto Mogi-Mirim" (área rural) e o "Programa de Atenção à Saúde do Adulto: Projeto de Atenção à Saúde do Trabalhador Químico no ABC".

Com essa dinâmica, o que se objetivou foi cotejar experiências cujos pressupostos teórico-metodológicos eram marcadamente diferenciados; além de socializar e dar visibilidade ao discurso institucional através das propostas que a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo começava a patrocinar ao nível da sua rede básica e que também era influenciado pelas formulações que advinham, dentre outras "dispersões", dos discurso da OMS emanado da Conferência de Alma-Ata, sobre Atenção Primária de Saúde, organizada pela OMS no ano de 1978.²⁰

Num segundo aspecto, o Seminário também propiciou a troca de informações entre os profissionais da rede através da formação de "grupos de discussão" entre os participantes, visando a elaboração de relatório de compromisso que definisse um "documento conclusivo das discussões", a ser elaborado no segundo dia, na perspectiva de que as instâncias técnico-administrativas e operacionais da Secretaria situadas em áreas geográficas consideradas estratégicas, pudessem já ter uma "proposta-guia" de reflexão e de trabalho, ou seja, teórico-prática.

O Relatório Final do Seminário elaborado pelos sanitaristas da área *Saúde e Trabalho* do Instituto de Saúde alguns dias depois foi enviado a todos os participantes e instâncias administrativas que poderiam ser envolvidas na proposta.

Na sua Introdução o Relatório já apontava que os participantes, mesmo constatando a

"...ainda notória insuficiência de recursos humanos e materiais da rede de Centros de Saúde da Secretaria, entendem (...) que o grande desafio da incorporação

¹⁹ Ver a respeito: Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo/Coordenadoria de Serviços Técnicos Especializados/Instituto de Saúde/Setor Saúde e Trabalho Seminário "Estratégias para Implantação de Ações de Saúde do Trabalhador a nível de Rede Básica da Secretaria de Estado da Saúde. *Relatório Final*. São Paulo, s.d., p. 1-2. [mimeo]

²⁰ Na Conferência de "Atenção Primária em Saúde - Saúde Para Todos no Ano 2000", realizada em 1978 na cidade de Alma-Ata, fica expresso pela "Declaração de Alma-Ata", que era estabelecida "a necessidade de levar a atenção à saúde o mais próximo possível do lugar onde residem ou trabalham as pessoas." (grifo nosso) Como já foi discutido no capítulo 3, de certa forma esta estratégia vai balizar o discurso da OMS/OPAS nos anos posteriores, com alguns matizes. Em 1979, a Assembléia Mundial de Saúde prescreve em seu relatório final a necessidade emergente de maior atenção à saúde dos trabalhadores, através do desenvolvimento de programas especiais dirigidos a este grupo da comunidade. Em 1980, Diretriz OMS num olhar dirigido aos países periféricos que viviam mais dramaticamente a crise econômica do capitalismo do final dos anos 70, propõe que seja dado "Apoio decisivo para a promoção de melhoramentos das condições de vida e trabalho dos trabalhadores rurais, industriais (...) principalmente em países em desenvolvimento." (grifos nossos)

de ações relacionadas com a Saúde do Trabalhador como parte de sua **Programação** deve ser enfrentado, na medida em que esbarra em dificuldades político, técnicas e administrativas pois o atendimento à **faixa produtiva** da população tem sido, ao longo dos anos, **monopólio da Previdência Social**, com seu padrão de assistência (...) de caráter **individualizado e curativo**, ou dos serviços médicos de empresa ou Convênios, cuja lógica de atuação é baseada no controle da mão-de-obra. A entrada dos serviços de Saúde Pública na atenção à saúde do adulto (grifado no original) e que trabalha, trará uma perspectiva qualitativamente diferente, podendo incorporar instrumentos de **abordagem epidemiológica** que irão subsidiar uma atuação quanto à prevenção de agravos (...). Ao lado disso, a possibilidade de uma maior permeabilidade da rede de serviços da Secretaria da Saúde às pressões sociais, permitirá a **participação dos usuários na gestão** dos serviços. Tal decisão, articula-se com a nova realidade que tem como pano de fundo a celebração do convênio entre a Previdência Social e as Secretarias de Saúde Estaduais e Municipais (...) [em que] os serviços de Saúde Pública terão que incorporar a **assistência médica ao previdenciário**. (...) envolve uma decisão política (grifado no original) dos órgãos de Estado que deve contemplar o aporte de recursos (...) necessários para implementá-la." ²¹ (grifos nossos)

Mais ainda:

"É pois, assumindo o pressuposto de que o trabalho ... é (...) **gerador de doenças**, especialmente em países do 3º. Mundo, onde a incorporação de tecnologia, dentro da Divisão Internacional do Trabalho, dá-se de maneira a introduzir (...) processo de produção obsoleto e predador do meio ambiente que o problema da saúde do trabalhador deve ser discutido."

Note-se que estava a balizar este discurso, em linhas gerais, a mesma formação discursiva do Movimento Sanitário, em sua crítica à dicotomia individual x coletivo, curativo x preventivo, à privatização da assistência médica patrocinada pela Previdência Social; em sua defesa da incorporação da assistência médica ao adulto na rede de Saúde Pública, com controle social, mediante participação e gestão dos serviços pela clientela; da descentralização através das Ações Integradas de Saúde (AIS) e da Municipalização, preservando a atividade programática e tomando público o que era mantido privado pelos serviços médicos de empresa.²²

Em suas "CONCLUSÕES" o Relatório ressaltava a novidade do tema e seu caráter, naquele momento, ainda **experimental** o que exigiria

"maior discussão e conhecimento por parte dos profissionais das (...) Regionais de Saúde presentes, inclusive (...) no que diz respeito à realidade das forças produtivas, organização do trabalho, fatores de risco e organização do movimento sindical".

²¹ . Observa-se nesta formulação a "presença" de forte influência do chamado discurso sanitário, o qual vai balizar as lutas e ações nos próximos anos até a VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986 e a discussão sobre saúde durante a Constituinte que elaborou a Constituição Federal de 1988, talvez o momento mais significativo da história do movimento sanitário brasileiro, constituída por um feixe de acontecimentos que se expressaram e culminaram no discurso acolhido pela norma constitucional quanto ao Sistema Único de Saúde (SUS).

²² . Ver a respeito, no que se refere à conformação do "discurso sanitário" na conjuntura do Movimento Sanitário e da Reforma Sanitária, a propósito da formulação de uma possível contra-hegemonia popular-democrática no campo das políticas sociais em saúde, TEIXEIRA (org.), *op. cit.*, 1989. p.17-137.

Além disso, apontava-se para a necessidade de, ao incorporar "a atenção à saúde do trabalhador ... [como] parte da Programação de adultos (...) precisa ser elaborada, testada, implantada e supervisionada, na medida em que a quase totalidade da rede (...) à exceção de algumas experiências isoladas que devem ser aproveitadas, não tem prática nessa área de atuação." Do ponto de vista da estrutura técnico-administrativa para a sustentação da proposta era enfatizado como "entrave fundamental a ser superado" a necessidade de "adequação e expansão dos recursos humanos e materiais ... A retaguarda laboratorial e os níveis de referência hospitalar, (...), são aspectos críticos da programação que se propõe a incorporar... [a qual] Pelo fato de envolver o atendimento da faixa produtiva da população e atingir interesses empresariais cristalizados (...) terá que ser embasada numa decisão política da Secretaria."

Daí, impõe-se

"... uma suplementação e expansão orçamentária da Secretaria ... [e superação de] entraves político-administrativos como a expedição de atestados aceitos pela Previdência Social e pelo empregador, funcionamento de um 3º. turno, fora do horário de trabalho (...) sob risco de inviabilização ... [e da] **desarticulação** das instituições que atuam na área da saúde do trabalhador (...) para um efetivo trabalho que desdobre na melhoria das condições de saúde e trabalho." (grifos nossos)

Para isso, vislumbrava-se como

"instrumentos com [que] conta a Saúde Pública para (...) atividades programáticas, (...) a **Vigilância Epidemiológica** para doenças (...) do trabalho [como] forma mais abrangente de tratar o problema, inclusive pensando-se (...) a **prevenção de agravos.**"²³ (grifos nossos)

Finalmente é lançado um repto à postura paradoxal da

"Universidade [a qual] tem suas **próprias** prioridades, que não se relacionam, em geral, com os problemas de saúde da população na área onde se insere, especialmente no que diz respeito aos problemas que se referem aos **interesses** dos trabalhadores."²⁴ (grifos nossos)

No item das "RECOMENDAÇÕES E PROPOSTAS" reitera-se, com um matiz de caráter operacional, os principais pontos colocados anteriormente. Daí a ênfase na importância de que ocorra uma Reforma Administrativa na SES, com a **descentralização** das atividades e real poder decisório dos níveis loco-regionais.

Especificamente, defende-se que o modelo do PST de Cubatão era modelo a ser adotado.

Ao lado disso, assume-se a positividade de

"Lutar para melhor aparelhamento da rede de serviços da Secretaria da Saúde em termos de recursos (...) visando equacionar a retaguarda laboratorial do Instituto Adolfo Lutz (IAL); sistemas de referência e contra-referência, treinamento de pessoal; maior racionalidade, capacidade resolutiva e superação da ociosidade dos Centros de

²³ . SES/CST/TS Seminário ... Relatório Final. p. 3, 1984.

²⁴ . *Ibidem*, p. 4-5.

Saúde, para dar substrato à nova realidade a ser incorporada pelas ações programáticas de adultos..."

E, tais atividades,

"... deverão ser pensadas em termos das realidades regionais, através de um diagnóstico de situação de saúde com base no perfil de morbi-mortalidade e dos recursos de saúde existentes."

A preocupação com a falta de integração interinstitucional na área é expressa na proposta de que a Saúde nucleie a estratégia de se articular as várias instituições que operam na Saúde e no Trabalho, bem como a Universidade para pesquisas de caráter operacional.

Ao lado disso, a **aliança** com o movimento social é assumida ao se colocar que

"É de fundamental importância que os Sindicatos de trabalhadores e outros órgãos de representação operária e da população participem da elaboração de Programas de Saúde nesta área."

Quanto à questão da intervenção e controle dos agravos propõe-se a estratégia de que

*"No Sistema de **Vigilância Epidemiológica** para doenças do trabalho deverão estar envolvidos os serviços médicos de sindicatos, do Inamps, de empresas, convênios de medicina de grupo mediante instrumentos legais baixados pela Secretaria da Saúde que enquadrem estes serviços no Sistema, o que possibilitará (...) dados para planejar ações na área de saúde e trabalho." 25 (grifo nosso)*

A nova realidade que se avizinhava precisava ser assumida politicamente com pela SES e suas instâncias assessoras, com

"... a incorporação da atenção ao adulto (e ao trabalhador) na rede. Para isso cada Regional deverá definir um Grupo de Trabalho para refletir a Programação de Adultos (e do trabalhador) que deve estar em conexão com o Instituto de Saúde para assessoria."

A aproximação com o ao movimento sindical e a ampliação da base social é mais uma vez claramente explicitada, o que se soma à proposição de

"Amadurecer a discussão a nível das Regionais da criação de um Fórum Permanente de Debates (...) objetivando (...) o papel da rede dentro da nova realidade que se coloca para a Saúde Pública no Estado de São Paulo." 26

Em linhas gerais, este discurso fundador, já vaticinava e contemplava as grandes questões que irão acompanhar, como uma marca, a trajetória da Saúde do Trabalhador em São Paulo, enquanto movimento social e proposta **contra-hegemônica** de formulação teórica e de práticas sanitárias, cujas condições de possibilidade caminham coladas com a correlação de forças engendrada e que caracterizaram o período de avanços da luta pela democracia no país, até culminar no processo constituinte, em 1988.

25. *Ibidem*, p. 6.

26. *Ibidem*, p. 6-7.

Frise-se que nesta conjuntura parcela importante dos médicos sanitaristas

*"... alinhada ao PMDB, constitui-se no núcleo gerador das propostas da saúde e, posteriormente, acabou por assumir os principais cargos da SES."*²⁷

Assim, na gestão YUNES, pode-se caracterizar como panorama extra-discursivo o empenho do recém-eleito governo de oposição ao regime autoritário, na construção de uma proposta que objetivava dar prioridade às políticas de cunho social e de democratizar e descentralizar o poder. Nele o grupo de novos médicos sanitaristas, intelectuais que com seu trabalho coordenam a formulação das propostas programáticas de Saúde do Trabalhador, assume de maneira mais clara a especificidade de sua atuação como parte do aparelho de Estado, conformando uma tecno-burocracia com posição de

*"... gerência direta da política de saúde, ocupando postos chaves ... [associada] a um intenso vínculo com os movimentos populares (...) da saúde ..."*²⁸ (grifos nossos)

Com isso, passam a ocupar as Diretorias Regionais de Saúde da Coordenadoria de Saúde da Comunidade, que tinham sido levados à condição de verdadeiras "Sub-Secretarias, agora comandadas pelos sanitaristas da chamada "nova geração."²⁹

Também no que diz respeito à incorporação da atenção à saúde dos trabalhadores na rede, constituem-se no bloco que irá impulsionar seu desenvolvimento enquanto área de atuação do campo da Saúde Pública no Estado de São Paulo.³⁰

²⁷ NEMES FILHO, *op. cit.*, 1992, p. 124.

²⁸ *Idem, Ibidem*, p. 30.

²⁹ *Idem, Ibidem*, p. 126.

³⁰ Nesta conjuntura, um "outro feixe de acontecimentos" explicita-se no discurso da Previdência Social e, dá-se uma série de reformulações ao nível da assistência médica previdenciária, explicitada a partir de discursos como Resoluções, Portarias, Documentos e Planos, objetivando, "além da contenção de despesas, introduzir modificações gerais neste Sistema. [cria-se, em 02/08/1981] o Conselho Consultivo da Administração Previdenciária (CONASP) junto ao Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), com a incumbência de intervir na política da Secretaria de Assistência Médica da Previdência". (NEMES FILHO, *op. cit.*, 1992, p. 132) Em 23/08/1982 o MPAS aprova o 'Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no Âmbito da Previdência Social' [e] inicia-se a implantação do 'Programa de Ações Integradas de Saúde' tendo como objetivo a reversão gradual do modelo assistencial existente..." (*Idem, Ibidem*, p. 133) A SES/SP incorpora-se às AIS no ano de 1983 e, a partir de 1985 a SES amplia-as para "grande parte dos municípios do Estado [servindo como] órgão articulador das ações de saúde no Estado. (...) diretores regionais [assumem] a responsabilidade política de articular a integração dos municípios ao convênio AIS e acompanhar o desenvolvimento técnico-administrativo de sua região." (*Idem, Ibidem*, p. 134) Dentro desta estratégia a rede da SES/SP deveria atuar para fornecer "as consultas ambulatoriais dos serviços privados credenciados pelo INAMPS." (p.134) Esta situação contribuiu para a entrada da rede pública na assistência da clientela de previdenciários antes não cobertos por ela, composta especialmente de trabalhadores segurados da Previdência social.

5.2.2. O experimentalismo progressista dos anos 1984-86: as propostas originais dos Programas de Saúde do Trabalhador (PSTs) em quatro Departamentos Regionais de Saúde (DRSs).

Como já referido, a partir da realização do Seminário de agosto de 1984 pela SES, no Instituto de Saúde e coordenado pelo setor *Saúde e Trabalho*, instaura-se um processo de fomento às propostas programáticas advindas dos DRSs que enfocassem a questão das relações saúde e trabalho.³¹

De 1984 a 86 desenvolvem-se, então, 4 propostas na rede estadual de saúde nas regiões da Baixada Santista-Santos-Cubatão, Vale do Ribeira-Registro, ABCD e Campinas, mais especificamente na cidade de Pedreira.

Uma intensa e fervilhante atividade de reciclagem e formação de profissionais da rede básica é desencadeada, sob a coordenação do Instituto de Saúde - *Área Saúde e Trabalho* - que passa a assessorar os níveis regionais na implantação do Programa de Saúde Ambiental e do Trabalhador da Baixada Santista (Santos-Cubatão), do Programa de Vigilância Epidemiológica de Intoxicações por Agrotóxicos do Vale do Rio Ribeira (Registro), do Programa de Diagnóstico e Controle da Silicose nas Indústrias de Cerâmica de Pedreira (Campinas) e do Programa de Atenção à Saúde do Trabalhador Químico do ABCD (Santo André).

Frise-se que eram pautados todos eles pela perspectiva de acoplar ações de assistência à saúde, às ações de vigilância dos ambientes de trabalho, com ênfase na interlocução com o movimento social de trabalhadores e na atividade interinstitucional e multiprofissional, procurando sempre uma aproximação com a Universidade. Tais experiências desenvolvem-se de maneira a avançar sobre o conhecimento das realidades de saúde e doença das populações trabalhadoras, constituindo-se em importante elemento de denúncia da morbi-mortalidade dessas populações e pautando-se pela abordagem preconizada pelos pressupostos advindos da Medicina Social Latinoamericana e da Saúde Coletiva, com peso particularmente importante da determinação social do processo saúde-doença, assumindo as relações entre trabalho e saúde como das mais privilegiadas para o estudo e a demonstração/comprovação desta determinação.³²

³¹ A. decano da área, em entrevista gravada concedida ao autor no dia 31/05/94, referiu-se a esta intervenção do Instituto de Saúde como o trabalho do "grupo do Instituto", na configuração da outra visão das relações entre trabalho-saúde/doença, mostrando a visibilidade assumida pela atuação do Instituto de Saúde na incorporação e desenvolvimento programático na Atenção à Saúde do Trabalhador.

³² Autores como BREILH, GARCIA, LAURELL, NAVARRO, NORIEGA, TAMBELLINI, exercem forte influência sobre tais formulações, que se tornam um instrumento de mobilização social na medida em que permitem desvendar uma realidade escondida pela ação dos serviços médicos das empresas; ao mesmo tempo em que subsidiam o movimento sindical de trabalhadores em suas reivindicações por melhoria das condições de trabalho e defesa da saúde, que caracterizou as ações de várias categorias particularmente químicos, metalúrgicos, construção civil, ceramistas, petroleiros, etc., seja contribuindo para a continuidade de lutas já pré-existentes como a dos metalúrgicos de Santos e Cubatão, seja para apoiar lutas emergentes como dos trabalhadores químicos do ABCD e ceramistas de Pedreira, ou para trazer para a opinião pública questões de saúde que dizem respeito a grandes grupos populacionais como o uso de agrotóxicos em produtos de consumo de massa, a exemplo da realidade do Vale do rio Ribeira, região de Registro.

5.2.2.1. O Programa de Saúde do Trabalhador (PST) da Baixada Santista.

Planejado por Grupo de Trabalho Interinstitucional, envolvendo pela SES: o Instituto de Saúde, a Coordenadoria de Saúde Mental, a Coordenadoria de Assistência Hospitalar, Coordenadoria de Saúde da Comunidade através do Departamento Regional de Saúde da Baixada Santista; a CETESB e a Universidade, e implantado no ano de 1984, o originalmente chamado Programa de Vigilância Epidemiológica e Sanitária das Doenças Decorrentes da poluição Industrial e das Condições de Trabalho, possibilitou na região de Santos e Cubatão o desenvolvimento de atividades de Vigilância que foram desencadeadas pela prioridade na **notificação** das doenças ocupacionais previstas na Resolução SS 69/84, de maior prevalência naquele pólo industrial; ³³ o que também ensejou a elaboração do Manual de Vigilância Epidemiológica de Doenças Ocupacionais, ³⁴ a implantação do boletim de morbidade nos **ambulatórios das empresas** de Cubatão, tendo como "pano de fundo" os princípios da Saúde Coletiva, compatibilizados com as diretrizes do SUDS-SP. ³⁵

Por princípios da Saúde Coletiva entendia-se o planejamento de um plano aderido a compromissos com a sociedade e que não é

*"... um processo puramente 'técnico-formal' e isolado do processo histórico (...) que **determina** o padrão de Saúde da coletividade.*

*"O plano para o [PST], tem que (...) [seguir] uma postura **definida** frente aos **interesses** sociais dos **trabalhadores**, os verdadeiros agentes desse processo. O planejamento (...) implica em conhecer os padrões da saúde e doença na classe trabalhadora (estrutura econômica ... as forças sócio-políticas e (...) culturais) ... conhecer as causas **essenciais** dos problemas e o modo como o **social** está determinando o padrão de saúde." ³⁶ (grifos nossos)*

Paralelamente, ratificando a MSL, colocava-se criticamente frente

*"... às soluções parciais, **paliativas** que devolvem apenas alguma funcionalidade aos doentes, como podemos verificar na prática (...) da **Medicina do Trabalho**. (...) as ações de Saúde do Trabalhador devem **instrumentalizar** e fortalecer as ações (...) de **transformação** dessa realidade ... [contribuindo] seriamente para que os espaços de **participação** se ampliem, nos quais as necessidades da classe trabalhadora se expresse e sua experiência de **gestão** se consolide e assim possam ser*

³³ Ver a respeito: DOE de 19/10/84, Secção I, p. 9 Resolução SS-69 de 18/10/84 que "Acrescenta doenças profissionais no elenco de doenças de notificação compulsória e de investigação, **exclusivamente** na área do Município de Cubatão." Isto ocorria a partir da consideração da "... necessidade de investigação de ações **preventivas multiprofissionais** ... como agravo inusitado à saúde [d]as doenças profissionais, na área do Município de Cubatão ...: dermatoses ocupacionais, pneumopatias ocupacionais, fluorose, doenças hematológicas consequentes da manipulação de produtos orgânicos e surdez profissional." (grifos nossos)

³⁴ Ver a respeito: AUGUSTO, Lia Giraldo da Silva, ROCHA, Lys Esther, FREITAS, Clarice Umbelino de, LACAZ, Francisco Antonio de Castro e BICHIR, Aloisio Vigilância Epidemiológica de Doenças Ocupacionais. *Rev. Bras. Saúde Ocupacional*, v. 54, n. 14, p. 32-64, 1986.

³⁵ Ver: Secretaria de Estado da Saúde (SES)/Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde-Regional-52 (SUDS-R-52) Programa de Saúde do Trabalhador-SUDS-R-52. Balanço de 1989. s.l., 1990. 123 p. p. 2. [mimeo]

³⁶ *Ibidem*, p. 2.

*desencadeadas ações preventivas ... fundamentalmente [com] a participação do trabalhador, não como objeto da ação, mas como ator social principal, entendendo o conhecimento do trabalhador e sua participação no processo de gestão como essenciais para que o objetivo pretendido seja alcançado. (...) a análise do processo de trabalho deve ser a chave para o entendimento dos determinantes de saúde da classe trabalhadora e para orientar a ação de prevenção."*³⁷ (grifos nossos)

Mais ainda,

*"(...) prevê a necessidade de uma aproximação com as entidades da população: sindicatos, (...), associações ecológicas no sentido de instrumentalizar lutas na (...) melhoria das condições de vida e trabalho, além de priorizar a educação sanitária como um instrumento para a consciência sanitária das populações atingidas."*³⁸

Ao nível discursivo tratava-se de uma aderência às formulações do campo da Saúde Coletiva em suas vertentes do planejamento, da educação em saúde e da consciência sanitária, e da Medicina Social (Latinoamericana) no que tange à centralidade do conceito de processo de trabalho no estudo da determinação social do processo saúde/doença.³⁹

Do ponto de vista operacional, tratava-se de uma nova empreitada que consistia na **integração** interinstitucional, já que tais questões são tratadas dentro do arcabouço institucional de forma reduzida, isolada, partida, envolvendo, naquele momento, competências institucionais do setor Saúde (diagnóstico, avaliação e tratamento de doenças do trabalho), Trabalho (fiscalização e controle das condições de trabalho) e Meio-Ambiente (controle da poluição ambiental) e que deveriam estar subsidiadas pela atividade de pesquisa, daí a aproximação com a Universidade (DMP da Faculdade de Medicina da Usp-SP, EPM), colocando como **centro** das preocupações a saúde do homem que trabalha em região altamente industrializada e poluída.

"O arcabouço institucional em que atuamos, é parte do aparelho de Estado e de suas políticas, que expressam (...) a hegemonia (...) dominante como também a luta contra-hegemônica ... existem espaços concretos para práticas coerentes com os princípios de Saúde Coletiva (...) quanto mais democrático for o governo instituído ...

*"O Programa da Baixada Santista, bem como os demais surgidos no seio do Movimento Sanitário (...), surgiram no processo de redemocratização do país. (...) incorporam um entendimento e uma prática nova que se **contrapõe** à tradicional Medicina*

³⁷ *Ibidem*, p. 3.

³⁸ Conforme SES/CST/TS/Área Saúde e Trabalho *Projeto de Saúde do Trabalhador para a Região de Cubatão*. São Paulo, 1984, 3 p. [mimeo]

³⁹ É interessante assinalar o que diz BREILH (1994, p. 89) sobre tal temática, quanto à sua "superfície de emergência" e as "rupturas" que se estabelecem: "La Salud Coletiva, **también conocida** como Medicina Social, surge en América Latina como una expresión renovada de la Salud Pública tradicional ... Propugna (...), una **superación** de los métodos funcionalista y fenomenológico (...) [d]el trabajo tradicional y **rompe** con el estrecho marco médico y Estatal, reclamando el carácter **protagónico** dela (...) población y de otros escenarios que **no son** los **servicios curativos** de salud: el centro laboral, las organizaciones de los trabajadores (...) y también los espacios más democráticos del propio Estado." (grifos nossos) Ver BREILH, *op. cit.*, 1994. Para o mesmo autor a Saúde Coletiva constitui-se de disciplinas como a **epidemiologia**, o **planejamento** e o **saber em saúde**, **epistemologia** e nos novos enfoques que promove as questões de saúde relacionadas com o **processo de produção** podem ser abordados a partir de quaisquer destes olhares, constituindo o conceito de "salud en el trabajo" em **substituição** ao de "medicina ocupacional". (*Idem, Ibidem*, p. 89-90)

do Trabalho. ... [com] ações que contemplassem a **participação** dos trabalhadores e superasse a **dicotomia** entre prevenção e cura." ⁴⁰ (grifos nossos)

Para tal, em 1985, com a contratação de profissionais para o Centro de Saúde de Cubatão e o Hospital Geral do Estado "Guilherme Álvaro" de Santos, introduz-se a atividade de Vigilância Epidemiológica (ViGe) numa abordagem até então não incorporada ao sistema que na época estava totalmente voltado para as doenças transmissíveis.

Assim, a partir do diagnóstico de um "caso-índice" de doença relacionada ao trabalho, eram **rastreados**, nos locais de trabalho, outros possíveis casos semelhantes, intervindo-se **paralelamente** na geração dos agravos e retirando o "monopólio" dos serviços de medicina do trabalho das empresas no atendimento.

No ano de 1986 as empresas iniciaram a notificação, não regularmente, o que permitiu uma demanda contínua de casos, das diversas empresas, levando à **investigação** dos ambientes de trabalho. Isso possibilitou levantar dados de grandes empresas e a elaboração de um **cadastro** geral.

Frise-se que uma preocupação adicional do projeto e bastante avançada, cuja viabilidade prática tomou-se prejudicada - conforme balanço do PST feito em 1989 - objetivava a **implantação** do Programa de Saúde Mental e Trabalho, ou seja, dos

"... **problemas de saúde mental** que se originam (...) da forma de **organização** (...) e do **processo de trabalho** (...) Neste caso procura ampliar a conceituação de **doenças do trabalho**, envolvendo o problema do **desgaste** (...), as repercussões da **alienação do trabalho** sobre o processo saúde/doenças." ⁴¹ (grifos nossos)

Com isso, procurava-se considerar uma gama de situações ainda muito pouco relacionadas ao trabalho e cuja relevância já se denotava a partir das internações de trabalhadores, especialmente **siderúrgicos**, em clínicas psiquiátricas da região. ⁴²

Após a tentativa de implantação de atividades no Centro de Saúde de Cubatão em 1985/86, opta-se pela instalação de um **ambulatório** para atender aos trabalhadores, o qual é inaugurado em 11/11/86, o Centro de Saúde do Trabalhador (CESAT), nas dependências do Hospital Estadual Guilherme Álvaro, ligado à Faculdade de Ciências Médicas de Santos. Torna-se um local de referência para os serviços de saúde da região, atuando como **centro** de diagnóstico e orientação; como também em atividades de Vigilância Epidemiológica das doenças ocupacionais e de Vigilância Sanitária dos riscos ambientais; ao lado de informar trabalhadores, mediante programa educativo sobre riscos do trabalho e saúde, colaborando para formar a consciência sanitária no sentido de auxiliar a organização dos trabalhadores em defesa da saúde. É ainda local de estágio e treinamento para estudantes e profissionais de saúde. Atuava de maneira interinstitucional, mediante **convênios** com a Secretaria de Relações do Trabalho, para ações de Vigilância

⁴⁰. Ver: SES/SUDS-R-52, p. 4, 1990.

⁴¹. Conforme SES/CST/TS/Área Saúde e Trabalho *Projeto de Saúde do Trabalhador para a Região de Cubatão*, p. 2, 1984.

⁴². A propósito, é interessante assinalar que trabalhos acadêmicos realizados posteriormente com trabalhadores de empresas da região voltaram-se para essa problemática, tais como: MAGALHÃES, *op. cit.*, 1989; BORGES, *op. cit.*, 1990; FISCHER, *op. cit.*, 1990.

e Educação; com a Universidade Católica de Santos através do Departamento de Psicologia e Ecologia Humana para estágios e ações educativas, Faculdade de Ciências Médicas de Santos para atendimento docente-assistencial; com os Sindicatos da Construção Civil e dos Químicos para ações de Educação em saúde dos trabalhadores e com a Previdência Social, através das AIS, sendo credenciado pelo INAMPS para atender doenças do trabalho e avaliar **nexo causal**. Dada a problemática das doenças hematológicas relacionadas à exposição ocupacional a produtos químicos como benzeno e derivados, contava com assessoria de professores das Faculdades de Ciências Médicas de Santos e da Unicamp. Ao lado disso, o Programa era assessorado por uma Comissão de Assessoria Técnico-Científica, da qual participavam as instituições referidas e mais a Faculdade de Saúde Pública e Faculdade de Medicina da Usp, a Delegacia Regional do Trabalho (DRT) e a Fundação Oswaldo Cruz. ⁴³

A verdadeira epidemia de benzenismo em trabalhadores metalúrgicos da COSIPA, detectada e denunciada ainda em 1983 pelo Sindicato dos Metalúrgicos de Santos e Cubatão, é uma marca que vai acompanhar o Programa em toda sua trajetória ocorrendo então ao CESAT, uma demanda importante de trabalhadores com tal doença, que atingia também aos operários da construção civil que operavam na área da siderúrgica. Tal situação levou ao conhecimento de uma grave situação epidemiológica. ⁴⁴

Outras doenças eram diagnosticadas como surdez ocupacional, silicose, asma, tenossinovites, dermatoses, mas **predominava** a intoxicação pelo benzeno e derivados. Assim, da realidade social composta pela descontrolada exposição aos gases tóxicos da coqueria na produção siderúrgica, sobressaía uma demanda em que predominavam as doenças profissionais **clássicas**, particularmente as alterações hematológicas por exposição ao benzeno (como gás) e derivados. Isso acaba por monopolizar a atividade diagnóstica do Programa durante sua existência, o que também lhe dava **visibilidade**.

Por outro lado, atividades outras são desenvolvidas como no ano de 1987, primeiro ano da nova administração da SES, quando se prioriza a

"Elaboração dos mapas de riscos e desenvolvimento de métodos para estudo dos riscos a partir das notificações compulsórias com equipes interinstitucionais. [e] Instalação da Comissão de Assessoria Técnico-Científica do Programa (...) Desenvolvimento de projetos de pesquisa; credenciamento do CESAT (...) como Centro de Referência para Doenças ocupacionais, pelo INAMPS." ⁴⁵ (grifo nosso) ⁴⁶

Ainda em 1987, seus técnicos participam da Reunião da Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência (SBPC), apresentando resultados de trabalhos realizados pelo Programa.

Observa-se, pois, uma aproximação com a Academia, numa estratégia de respaldo junto à "comunidade científica" diante das novas perspectivas que se avizinhavam

⁴³ Conforme AUGUSTO, et al., *op. cit.*, 1987.

⁴⁴ Ver a respeito: REBOUÇAS et al., *op. cit.*, 1989, parte II, cap. I COSIPA: Calor, ruído e benzeno no dia-a-dia dos trabalhadores.

⁴⁵ SES/SUDS-R-52, 1990, p. 8-9.

⁴⁶ Dada a dificuldade de pessoal para cobrir todas as empresas, priorizou-se "... empresas de ramos diferentes: COSIPA, ULTRAFÉRTIL (fertilizantes), RHODIA (Química) e PETROCOQUE (Petroquímica)." (SES/SUDS-R-52, 1990, p. 13-14)

com a mudança do bloco de poder no Estado de São Paulo e os compromissos políticos assumidos na Baixada Santista pelo governo então recém empossado. ⁴⁷

No ano seguinte, o CESAT expande as atividades assistenciais, **educativas e de pesquisa**. Com apoio da Comissão de Assessoria Técnico-Científica, promove treinamento dos clínicos da rede básica, empreende fiscalização das empreiteiras que atuam na COSIPA, numa ação conjunta com a DRT, sendo apresentados os resultados das atividades do Programa no Instituto Karolinska na Suécia, as quais são mostradas também na Reunião da SBPC daquele ano. ⁴⁸

Observa-se que existe uma preocupação em dar **visibilidade externa** ao Programa, numa estratégia de divulgação de suas atividades na tentativa de garantir um espaço de reconhecimento, inclusive acadêmico, dada a "linguagem" em uso a partir da gestão do Secretário José A. PINOTTI à frente da Secretaria da Saúde, a partir de 1987 - como será discutido no próximo item - na qual o espaço conquistado pelos médicos sanitaristas na **gestão** da Administração anterior, estreita-se totalmente, até deixar de existir. No caso da Baixada Santista, o PST concretiza-se também por iniciativa de médica sanitarista, á época diretora do DRS, depois SUDS-R-52, que passava agora a **coordenar** a equipe do Programa.

Ao nível extra-discursivo, no início da nova gestão da SES, ocorrem uma série de medidas político-partidárias que acabam impedindo a atuação dos médicos sanitaristas na condução das unidades de saúde da rede e na direção dos postos-chave ocupados na gestão anterior, o que culmina com a **extinção** da sua carreira no final de 1987.

A propósito, no ano de 1988 a entidade de representação dos sanitaristas, a Associação dos Médicos Sanitaristas de São Paulo (AMSESP), ainda trava uma batalha com a Administração na denúncia do uso político dos cargos de chefia das unidades de saúde. (cf. NEMES FILHO, *op. cit.*, 1992) Contudo, durante o ano de 1988 a entidade esvazia-se completamente, sendo **desativada** no decorrer de 1989. (*idem*, *Ibidem*)

No ano de 1989, as alterações político-administrativas dentro da SES consolidam-se, os interesses e a prática **clientelistas** manifestam-se e repercutem na Baixada Santista através do

"Aprofundamento da crise gerencial do SUDS, mudança de direção e linha política a nível da Coordenação da Macro-5 e SUDS-R-52. ... Mudança da sede (...) da Coordenação do Programa de Saúde do Trabalhador e seu isolamento da área técnica do SUDS-R-52." ⁴⁹ (grifos nossos)

⁴⁷. "A falta de priorização da SES e do SUDS-Regional para a Vigilância Epidemiológica ... falta de veículos para a investigação, falta de recursos humanos (...) confusão intra e interinstitucional na instalação do SUDS e da municipalização, instabilidade política e prática atrasada de administração pública que leva em principal consideração o clientelismo político ... [faz] A equipe para não perder a perspectiva de trabalho ocup[ar-se] fundamentalmente das atividades de investigação científica, de estudos e da compilação de dados." (SES/SUDS-R-52, 1990, p. 15-16)

⁴⁸. Conforme SES/SUDS-R-52, 1990, [mimeo]

⁴⁹. Ver SES/SUDS-R-52, 1990, p. 9. Conforme observa ainda NEMES FILHO (1992, p. 191) "A gestão PINOTTI, em 1987, rapidamente se inclina para privilegiar as articulações de caráter **político partidário** na composição da estrutura de poder na SES, **distanciando-se** de qualquer interação com a Associação dos

Apesar disso, **conclui-se** a municipalização da rede de saúde e o PST dá continuidade às suas atividades de treinamento para trabalhadores e profissionais da rede e de estudos em articulação com a Academia. Assim, dá-se a

"Conclusão da pesquisa realizada na UNION CARBIDE e da monografia sobre a Construção Civil da O.I.T. que contaram com a participação ativa do PST. Início da pesquisa de desenvolvimento de teste de Mutagenicidade na UNICAMP. Defesa de Tese de Doutorado do Dr. Milton Ruiz (Tema relacionado às alterações em medula óssea dos trabalhadores da COSIPA expostos ao gás de Coqueria)... 50

"Conclusão da Busca Ativa de casos de Silicose na pedreira (...), como método a ser adotado em outras pedreiras, com a participação da Rede Básica. Estudo do trabalho em marcenarias de Santos e os riscos para a saúde ... Assessoria à Secretaria Estadual de Saúde de Santa Catarina e treinamento para equipe do Ceará. Curso de Formação Sindical na área da Saúde. Curso de Silicose para Pneumologistas da rede." 51 (grifos nossos)

Com isso, prevalece a rota traçada de pesquisar a realidade em que se inseria, divulgar acúmulos, calcada na postura ética e na solidariedade dos iguais, cunhada nos anos anteriores em que se deu a implantação da proposta experimental e forjada na chama da identidade de propósitos, expressadas claramente. É que,

"Por mais que o discurso seja aparentemente bem pouca coisa, as interdições que o atingem revelam (...) rapidamente, sua ligação com o desejo e com o poder ... - (...) a história não cessa de (...) ensinar - o discurso não é simplesmente aquilo que traduz as lutas ou os sistemas de dominação, mas aquilo por que, pelo que se luta, o poder do qual nos queremos apoderar." 52 (grifos nossos)

E é disso que se fala, a propósito de constatação de que

"A Coordenação do Programa ficou (...) imobilizada para ação de prevenção, pela pressão política e confusão intra-institucional. Impedida de agir no gerenciamento dos vários setores que compõem essas ações técnicas, com perda formal de espaço, apenas mantendo uma certa liderança por força ética, solidariedade e reconhecimento técnico de setores da própria Secretaria de Saúde (...) A Coordenação só se manteve pelo crédito do trabalho realizado nos anos anteriores. Nesse sentido foi possível concluir 2 projetos de pesquisa e estudo, em colaboração com a Faculdade de Saúde Pública da USP, dar andamento a um outro projeto com a UNICAMP e manter os

Médicos Sanitaristas (...) desmantela a estrutura administrativa do (...) INAMPS em São Paulo, incorporando suas funções na SES fazendo [-a] o órgão gestor do sistema prestador de serviços no Estado." Com isso, o centro do poder passa a ser a SES, onde articulam-se interesses privados inconfessos e dos municípios pelo repasse de verbas para a municipalização da saúde.

⁵⁰ O estudo na empresa UNION CARBIDE fez parte de um projeto sobre efeitos da organização do trabalho - ritmos e turnos - sobre a saúde no setor petroquímico que foi desenvolvido no Departamento de Saúde Ambiental da Faculdade de Saúde Pública da Usp que teve como resultado a Tese de Livre Docência de FISCHER, *op. cit.*, 1990 e que também tratava das condições de vida e trabalho de petroquímicos da Baixada Santista.

⁵¹ SES/SUDS-R-52, 1990, p. 8-9.

⁵² FOUCAULT, Michel *A Ordem do Discurso. Aula Inaugural no Collège de France, pronunciada em 2 de dezembro de 1970.* p. 10 [*L'ordre du discours. Leçon inaugurale au Collège de France prononcée le 2 décembre 1970.* Paris, Éditions Gallimard, 1971] Tradução de Laura Fraga de Almeida Sampaio. São Paulo, Edições Loyola, 1996. 79 p.. (Série Leituras Filosóficas.)

de espaço, apenas mantendo uma certa liderança por força ética, solidariedade e reconhecimento técnico de setores da própria Secretaria de Saúde (...) A Coordenação só se manteve pelo crédito do trabalho realizado nos anos anteriores. Nesse sentido foi possível concluir 2 projetos de pesquisa e estudo, em colaboração com a Faculdade de Saúde Pública da USP, dar andamento a um outro projeto com a UNICAMP e manter os dados, gerados no interior do Programa, atualizados. Os Mapas de Risco e a Investigação das Doenças Ocupacionais ficaram praticamente paralizados." ⁵³ (grifos nossos)

Tal situação é retratada empirica e claramente, do ponto de vista das estatísticas, pela diminuição dos casos de doenças notificadas que o Programa registrou em 1989, quando comparado com 1988. Neste ano houve 466 notificações, sendo 256 provenientes das empresas, devidas a alterações hematológicas relacionadas ao benzeno e 203 alterações auditivas relacionadas ao ruído industrial. No ano de 1989 o total de notificações foi de 127, sendo apenas 1 alteração hematológica e 125 alterações auditivas de origem ocupacional. ⁵⁴

Frise-se que a sub-notificação esteve aliada a uma crucial questão detectada na retração do movimento social, questão que irá balizar as condições de possibilidade do campo, ou seja,

"... a maioria dos sindicatos não (...) sensibilizados para a questão da prevenção, situação agravada pela crise econômica, que manteve as reivindicações ao nível do emprego e da reposição salarial ... A experiência (...) de fiscalização semanal das empreiteiras em 1988, com redução dos óbitos por acidente de trabalho na reforma (...) da COSIPA, não foi continuada em 1989, pois o Sindicato da Construção Civil mudou sua prioridade, deixando de lado a questão da prevenção para dedicar-se quase exclusivamente à instalação de um ambulatório Médico-Odontológico ...

"É importante constatar que o avanço sindical nesse sentido se deu nos momentos de maior democracia institucional, porém quando o aparelho de Estado tornou-se mais refratário às demandas sociais, as reivindicações organizadas perderam força... ⁵⁵ O Sindicato dos Metalúrgicos neste (...) ano também dirigiu sua ação sindical

⁵³. SES/SUDS-R-52, 1990, p. 16. A proposta dos Mapas de Risco é originária da metodologia do Modelo Operário Italiano - cuja influência no Brasil foi marcante - e consta do levantamento coletivo dos principais riscos existentes nos ambientes e condições de trabalho, de conformidade com a validação consensual do grupo homogêneo de trabalhadores. No Brasil esta conquista metodológica do movimento operário italiano no final dos anos 60 e início dos 70, passou a ser norma através da Portaria nº. 5 de 17/08/1992 do Ministério do Trabalho e da Administração, publicada no D.O.U. em 20/08/92, Seção I, p. 11.327, sendo atribuição da Comissão Interna de Prevenção de Acidente (CIPA), órgão paritário criticado pelo movimento sindical pela sua função consultiva e caudatária da empresa.

⁵⁴. Conforme, SES/SUDS-R-52, 1990, p. 17-18.

⁵⁵. Observe-se que, considerando a conjuntura da eclosão do "novo" sindicalismo que, no final dos anos 70, imprimiu a estratégica tarefa, enquanto classe, de definir o discurso de sua identidade, rompendo com as amarras impostas pela Ditadura Militar, tal relação com o Aparelho de Estado era qualitativamente inversa e assim analisada: "... partindo de reivindicações bem precisas e concretas, definidas no terreno da especificamente sindical, o discurso do 'novo sindicalismo' integrará demandas políticas (que não são toleradas pelo Estado) construindo uma fala de identificação operária. Clamando aos trabalhadores a lutarem por 'melhores condições de vida e pela liberdade sindical'. (...) o arcabouço do discurso aponta para uma identificação de apelo operário..." (RODRIGUES, 1991, p. 215) (grifos nossos) Ver a respeito: RODRIGUES, Kátia de Sousa. Os Caminhos da Ousadia. RH - Revista de História, v. 2/3, p. 193-216, 1991. IFCH/UNICAMP.

"... a política **clientelista** do governo estadual diminuiu o interesse dos sindicatos. Alguns foram inclusive **cooptados** por verbas para organização de ambulatórios assistenciais.

"... ao aceitar verbas para a criação de programas assistenciais, passam a (...) ocupar-se do **reparo dos danos já causados ao trabalhador**. A luta por modificações no processo de produção, incluindo ambientes de trabalho, instrumentos e organização do trabalho, fica relegado a segundo plano ou esquecida.

"Os sindicatos fizeram **menos** notificações ao PST no ano passado (...), sem que houvesse ações efetivas para diminuir os casos de doenças relacionadas ao trabalho. Entre os sindicatos mais atuantes, (...) o Sindicato da Construção Civil de Santos (... e Cubatão), o mais estreitamente ligado ao PST. (...) **priorizou a construção de ambulatório médico-odontológico.**"⁵⁷ (grifos nossos)

O movimento dialético da conjuntura definia outra rede de relações e aquilo que possibilitou uma superação na relação dos Sindicatos com o Estado, no sentido de rever o assistencialismo herdado do Estado Novo, era recolocado numa perspectiva de cooptação do movimento, o qual parecia ter encontrado seu espaço quando buscou exigir do Estado a definição de responsabilidades na definição de políticas voltadas para a atenção à saúde das classes trabalhadoras. Neste cenário, apesar dos avanços obtidos, os desafios tornavam-se mais complexos. Se, de um lado, a postura do movimento sindical era detectada como um óbice ao avanço das ações do Programa, por outro lado, era internamente à própria SES que se detectava freios à sua consolidação ao nível efetivo da estrutura **administrativo-orçamentária**, balizada pela estratégia imprimida e configurada na Comissão de Saúde do Trabalhador (COST) como será visto no próximo item, o que expressava, um claro **descompasso** entre o discurso e a prática da política institucional adotada:

"Apesar do discurso promovido pelo (...) Secretário de Estado da Saúde, Dr. (...) Pinotti, de que a Saúde do Trabalhador era **prioridade** do governo **não** houve concretamente a **tradução** desse discurso para a prática; posto que as atividades mínimas de um Programa de saúde do Trabalhador, **não** foram implantadas na absoluta maioria dos SUDS regionais e não constou dos planos diretores a previsão orçamentária para o desenvolvimento desse Programa. (...), vivemos ainda a **desintegração** das áreas afins ao nível regional, na maioria dos SUDS.

"As coordenações do Programa de Saúde do Trabalhador instituídas, ou estão acumulando atividades (...) em outras áreas, ou estão **sem** prestígio junto às direções do SUDS ...

"Os Centros de Referência Regionais **não** foram institucionalizados [como] Unidade de Despesa inviabilizando sua existência **orgânica e formal.**"⁵⁸ (grifos nossos)

No caso específico da Baixada Santista o

⁵⁷. "Programa de Saúde do Trabalhador de Santos espera melhores resultados em 1990". In: *Trabalho & Saúde*, Informativo de Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde e dos Ambientes de Trabalho (DIESAT), ano X, n. 27, p. 6-7, jan./fev. 1990.

⁵⁸. SES/SUDS-R-52, 1990, p. 123.

"... Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CESAT) ... considerado parte do Hospital Guilherme Álvaro, em Santos, não aparece em seu organograma, o que impede, por exemplo, a alocação de recursos." ⁵⁹ (grifos nossos)

Observa-se aqui um problema estrutural que vai acompanhar a constituição das propostas dos Programas, ou seja, a dificuldade no envolvimento mais abrangente da rede de Centros de Saúde como "porta de entrada" da demanda, o que leva à criação de Centros de Referência que não contam com uma base, uma rede de serviços que justifique sua existência enquanto tal. ⁶⁰

5.2.2.2. Projeto de Vigilância Epidemiológica em Intoxicações por Agrotóxicos e Saúde Ambiental no Departamento Regional de Saúde do Vale do Ribeira (DEVALE).

A partir de levantamento do número de casos de intoxicações exógenas internados nos anos de 1981 a 1983, realizado nos dois Hospitais da região que atendiam à maioria dos pacientes, constatou-se que era importante e significativo o número de intoxicados por agrotóxicos, totalizando 55 casos, conforme os serviços de estatística dos hospitais.

Diante disso, a manifestação da Diretoria Regional do Vale do Ribeira (DEVALE), após consulta do setor *Saúde e Trabalho* do Instituto de Saúde da SES, leva a definir que as intoxicações por agrotóxicos eram

"... uma questão de Saúde Pública, optando-se então, por se implantar um Programa de Educação Sanitária e Vigilância Epidemiológica das Intoxicações ...[e]

"Os objetivos do projeto ..., discutidos com os técnicos do DEVALE são:

- a) conscientizar os profissionais da Secretaria da Saúde, da Secretaria da Agricultura, agentes de saúde, professores comunitários e trabalhadores rurais para as consequências da utilização dos agrotóxicos;
- b) orientar os trabalhadores quanto à prevenção de acidentes no uso de defensivos agrícolas;
- c) detectar casos de intoxicação por pesticidas na região;
- d) estabelecer um sistema de vigilância epidemiológica para intoxicações por pesticidas.

"As condições de trabalho na região determinam que a questão de acidentes por animais peçonhentos também devam ser abrangidas." ⁶¹

Dado que à SES não cabia a

⁵⁹. *Trabalho & Saúde*, n. 27, p. 6, jan./fev. 1990.

⁶⁰. Tal questão também aparece nas propostas programáticas que vão ser desenvolvidas ao nível dos municípios, cuja rede básica tem pequena importância na configuração da demanda aos Centros de Referência, estratégia adotada na implantação dos PSTs municipais.

⁶¹. Secretaria de Estado da Saúde (SES)/Coordenadoria de Serviços Técnicos Especializados (CST)/Instituto de Saúde (IS) *Projeto de Vigilância Epidemiológica para Intoxicações por Agrotóxicos no Vale do Ribeira*. São Paulo, s.d., 4 p. [mimeo]

"... **fiscalização do uso de agrotóxicos na agricultura e a garantia dos direitos trabalhistas e previdenciários.**

"... foi necessária a **integração dos diversos órgãos atuando em suas áreas de competência específica: Secretaria da Saúde, Secretaria da Educação, Secretaria de Relações do Trabalho, Sindicatos e Previdência Social (...)** A estratégia de implantação do programa teve início com um curso para profissionais de nível médio e superior (...) para o qual foram contactadas todas as entidades acima mencionadas, em nível regional." 62 (grifos nossos)

O projeto foi então desenvolvido em duas fases, com um momento inicial voltado para uma ampla atividade de **educação sanitária**, para a qual acorreram profissionais da Secretaria da Saúde, como médicos-sanitaristas, médicos-consultantes dos Centros de Saúde, médicos dos dois hospitais regionais, enfermeiros, engenheiros; profissionais da Secretaria da Agricultura; da Educação, os professores comunitários e os agentes de saúde, indivíduos da própria comunidade treinados em ações sanitárias simples, conforme proposto em Alma Ata. Num segundo momento foi implantado um sistema para notificação das intoxicações, que envolvia busca ativa de casos, prevenção, coleta de dados, hierarquização das ações entre a rede de Centros de Saúde (CSs) e os outros serviços como os hospitais e Santas Casas, buscando a integração também com outros órgãos públicos da área agrícola. O atendimento era feito nos Postos e Centros de Saúde, Unidades Mistas e hospital Regional, sendo que os CSs da 8 cidades da região eram locais de coleta de dados ao lado de desencadear ações de Vigilância Epidemiológica com apoio da Secretaria da Agricultura. 63

Tratava-se de uma estratégia inovadora por promover

"... a **integração da rede de serviços de saúde com outros órgãos públicos, a criação de um sistema de vigilância epidemiológica para [intoxicações] por pesticidas, e um programa de atenção ao trabalhador rural, aliado à educação sanitária.**" 64

Assim, já no mês de junho de 1984,

"... foi realizado em Registro, um Curso sobre intoxicações por Agrotóxicos e Acidentes com Animais Peçonhentos na Área Rural, com a participação de 80 profissionais, das Secretarias de Saúde, Agricultura e Educação (médicos, médicos-sanitaristas, enfermeiros, agrônomos, professores comunitários, agentes de saúde). Este curso foi ministrado por profissionais de UNICAMP e Instituto Butantã e teve carga horária de 16 (...) horas.

62. FREITAS, Clarice Umbelino, SILVA, Flávio Celso, ROCHA, Lys Esther et al. Avaliação de Experiência - Projeto de Vigilância Epidemiológica no Vale do Ribeira. *Saúde Ocupacional e Segurança*, v. XXI, n.3, p. 107-18, 1986.

63. Conforme SES/CST/TS/Área Saúde e Trabalho *Projeto de Vigilância Epidemiológica...* p. 3-4.

64. Conforme SES/CST/TS/Área Saúde e Trabalho *Projeto de Vigilância Epidemiológica...* p. 4. É mister assinalar que o próprio termo usado para identificar as substâncias químicas com efeito sobre pragas tem várias nomenclaturas como "defensivos agrícolas", "pesticidas", "praguicidas", "agroquímicos" e "agrotóxicos" o qual ficou consagrado nas experiências desenvolvidas, na medida em que era o **homem e sua saúde** o referencial norteador das ações programáticas. A título de exemplo a entidade que representa as empresas produtoras destas substâncias no Brasil tem o nome de Associação Nacional de Empresas de **Defensivos Agrícolas** (ANDEF).

"Nos meses de julho e outubro, foram realizadas várias reuniões entre técnicos do DEVALE e do Instituto de Saúde com a equipe da UNICAMP, (...) foi desenvolvido modelo de Ficha de Notificação para Intoxicação no Vale do Ribeira, com a provação de todas as Unidades de Saúde da Regional (...); elaborado um Programa de Treinamento de Campo para as Equipes Básicas de **Vigilância Epidemiológica** ...

"Em dezembro de 1984 foi realizado, (...), o Treinamento das Equipes Básicas de Vigilância (Registro, Iguape e Apiai) com duração de 5 dias, com a colaboração da equipe da UNICAMP e técnicos do Instituto de Saúde, (...), com recursos do PAC/84."
65 (grifo nosso)

"O programa de vigilância epidemiológica em intoxicações (...) foi implantado a partir do segundo semestre de 1984, tendo sido acompanhado pelo Instituto de Saúde (...) e **avaliado em conjunto** com a equipe técnica de coordenação do Departamento Regional de Saúde [DEVALE] em setembro do ano seguinte." 66

É importante frisar aqui a **reprodução** da estratégia adotada no que se refere à formação de pessoal, agora envolvendo profissionais de várias Secretarias ressaltando-se o financiamento do projeto pelo Ministério da Saúde, através do seu Projeto de Ação Comunitária (PAC) e a efetiva **articulação** da área de **serviços** de saúde com a **Universidade**, representada pelo Núcleo de Ecologia Humana ligado ao Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp, que vinha desenvolvendo uma experiência semelhante, ou seja, um programa de investigação epidemiológica das intoxicações por agrotóxicos na região de Campinas, em menor escala, geograficamente. 67 Tratava-se de uma aproximação criativa **operacionalmente** entre o saber acadêmico e as necessidades apontadas pelos serviços de saúde, numa integração de objetivos que **rompia** com a interdição entre o discurso e a prática acadêmicos e dos serviços, numa região composta por 16 municípios, a qual logrou colher alguns frutos posteriores, particularmente em Ribeirão Preto e Presidente Prudente.

Frise-se que o trabalho do Núcleo de Ecologia Humana da FCM da Unicamp adotava as mesmas premissas da posição assumida pelo PST da SES, já que

"(...) buscava conhecer os fatores **determinantes** das ocorrências de intoxicações, **qualificando** suas causas e **consequências** e **quantificando** suas

65. Departamento Regional de Saúde do Vale do Ribeira (DEVALE) Projeto: Vigilância Epidemiológica em Intoxicações Exógenas e Saúde Ambiental no Vale do Ribeira. s.l., s.d., 6 p. p. 2-3 [mimeo]

66. Ver a respeito FREITAS, et al. *op. cit.*, p. 118, 1986.

67. O próprio envolvimento da equipe da Unicamp nesta experiência deu-se, inicialmente em 1983, em Mogi-Mirim, por uma demanda local, no sentido de que atuasse na "... organização de um programa de vigilância epidemiológica para controle de intoxicações por agrotóxicos (...) A Unicamp passou, (...), a assessorar a organização e implantação do programa, treinando os profissionais das áreas técnicas envolvidas, acompanhando as atividades de campo e garantindo a retaguarda técnica necessária ao desenvolvimento do programa." Ver a respeito: PALLOCCI FILHO, Antonio, FREITAS, Clarice Umbelino. GARCIA, Eduardo G., SILVA, Flavio Celso da e LACAZ, Francisco Antonio de Castro *Intoxicações por Agrotóxicos - Um Problema de Saúde Pública: Projetos Experimentais de Vigilância Epidemiológica no Estado de São Paulo*. São Paulo: SES/Fundacentro, Unicamp, OPAS/OMS, p. 8, ago 1988, 38 p. p. 8 [mimeo]. Para conhecimento da proposta e da experiência da Academia na região de Campinas consultar: TRAPÉ, Angelo Zanaga et al. Projeto de Vigilância Epidemiológica em Ecotoxicologia de Pesticidas. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, v. 47, n.12, 1984 e TRAPÉ, Angelo Zanaga et al. Vigilância Epidemiológica em Agrotóxicos. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, v. 48, n.12, 1984.

proporções, através de uma abordagem **multi-disciplinar e multi-profissional**, visando a proposição de medidas (...) para o **controle** dessas ocorrências." ⁶⁸ (grifos nossos)

Mais ainda, colocava-se à prova uma proposta metodológica que fora gestada na Academia e buscava seu reconhecimento, numa nova relação com a sociedade pois,

"Os resultados dessas experiências ligadas à Universidade devem ser analisados em dois níveis: pelos próprios dados levantados e pela **experimentação da proposta metodológica de organização e operacionalização do sistema de vigilância epidemiológica proposto**. ...

"O desenvolvimento desse trabalho propiciou uma intensa **experimentação do sistema proposto pela UNICAMP para a vigilância epidemiológica (...)**, permitindo que fosse avaliado em seus aspectos **institucionais, técnicos e operacionais e, também, quanto às suas possibilidades de adaptação às condições peculiares de outras regiões**." ⁶⁹ (grifos nossos)

Do ponto de vista operacional, no Vale do Ribeira buscava-se antecipar, na prática, a aplicação do discurso defendido pelo Movimento Sanitário e posteriormente consagrado na proposta do Sistema Único de Saúde (SUS)

"... foi implantado um sistema de notificação de casos de intoxicação, que desencadeará uma ação em termos de vigilância epidemiológica, prevendo a coleta de dados, **sistema integrado de referência e contra-referência, hierarquização das ações, envolvendo a rede de Centros de Saúde e outros serviços (...)** da região, como o Hospital Regional, Santas Casas, etc.. ... O atendimento dos intoxicados deverá ser efetuado utilizando-se a estrutura da Secretaria da Saúde, (...) vinculada ao PIASS (Programa de Integração de Ações de Saúde e Saneamento), [que] envolve Postos de Saúde, centros de Saúde, Unidades Mistas e Hospital Regional." ⁷⁰

Neste caso, um papel estratégico foi exercido - ao contrário das experiências urbanas - pela rede básica de Centros de Saúde e "Postinhos" ⁷¹, na medida em que existiam em todos os 16 municípios da região, sendo os núcleos e

"... os locais de coleta de informações, (...) atendimento do paciente e eventual encaminhamento para hospitalização e, juntamente com a equipe básica de **Vigilância Epidemiológica de cada setor, (...)** o trabalho de campo." ⁷²

Se, como refere FOUCAULT (1982), a vigilância dos fenômenos de doença das populações nos séculos XVI e XVII levava à exclusão do convívio social e, com o advento do capitalismo o Estado adota medidas autoritárias como o isolamento, a demolição, a invasão dos domicílios e a limitação do direito de locomoção, transitando da

⁶⁸. Ver a respeito PALLOCCI FILHO, et al., *op. cit.*, p. 10, ago 1988.

⁶⁹. *Idem, Ibidem*, p. 8-10.

⁷⁰. Ver a respeito DEVALE *Projeto: Vigilância Epidemiológica em Intoxicações ...*, p.3, s.l., s.d. [mimeo]

⁷¹. A efetiva e eficaz rede de Centros de Saúde da SES distribuía-se, à época, "em todos os municípios (...) com capacidade de atendimento variável, alguns dos quais funcionando com plantão de 24 horas e dispoñdo de leitos de retaguarda para observação ou medidas de emergência. Em geral, (...), articulados com os hospitais para encaminhamento dos casos que necessitam de internação." Os "Postinhos" são "Centros de atendimento que contam com agentes de saúde da própria comunidade, treinados para resolução de problemas simples de saúde e encaminhamento para as unidades de referência e de acordo com a programação geral da Secretaria da Saúde." (FREITAS et al., 1986, p. 110-111) (grifos nossos)

⁷². DEVALE *Projeto: Vigilância Epidemiológica ...* p. 3, s.l., s.d. [mimeo]

"polícia médica" na Alemanha, à "medicina urbana" na França e à "medicina da força de trabalho" na Inglaterra; aqui o papel do Estado quando adota a Vigilância Epidemiológica é de conhecer o que ocorre em termos de **distribuição e localização** das doenças, incluindo sob seu olhar e cuidado os acometidos, ao lado de procurar evitar que outros indivíduos da população incluam-se no rol de adoecidos. ⁷³

Dai a necessidade, diante da pulverização de órgãos e relações entre a vida societal, o processo saúde/doença e a saúde pública de se perseguir uma integração das várias ações do Estado hoje, desde a área da produção, passando pela circulação até o consumo, para atingir-se os objetivos da Vigilância Epidemiológica e da prevenção. Tal empreitada torna-se ainda mais difícil quando se observa a pluralidade de organismos, níveis hierárquicos e ações que envolvem a questão dos agrotóxicos e seus efeitos sobre a saúde, o ambiente, o trabalho, a agricultura, etc.. Apenas a título ilustrativo, a lógica caótica da tecno-burocracia faz com que em São Paulo tenham

"... alguma relação com a questão dos agrotóxicos, (...): Secretaria Estadual da Agricultura (comercialização e uso), Delegacia Regional do Trabalho do Ministério do Trabalho e Secretaria das Relações do Trabalho (segurança e saúde ocupacional na produção, comercialização e uso). Do ponto de vista dos efeitos sobre a saúde pública e ao meio ambiente agregam-se a Secretaria de Estado da Saúde e a Companhia de Tecnologia de Saneamento Ambiental (CETESB) - da Secretaria do Meio Ambiente ... os (...) órgãos têm estrutura e funcionamento independente entre si, não dispondo (...) de instrumentos que permitam a troca de informações para uma programação conjunta. As atribuições estabelecidas para cada uma das instituições dizem respeito a aspectos parcelares da produção, comercialização e uso dos agrotóxicos, resultando em ações sem complementação, e de baixa efetividade prática." ⁷⁴ (grifos nossos)

A própria possibilidade de aplicação de uma abordagem de cunho epidemiológico no controle das intoxicações por agrotóxicos, pressupõe a necessidade de integração dos vários órgãos. E, foi justamente essa integração ao nível de algumas regiões do Estado de São Paulo que viabilizou a concretização das experiências particularmente em áreas rurais.

"Apesar de claro para os técnicos que os problemas de saúde decorrentes da exposição a agrotóxicos podem estar presentes desde sua produção, os programas experimentais, por se estruturarem em áreas predominantemente rurais, estiveram voltados para o diagnóstico das alterações de saúde decorrentes do seu uso na agricultura.

"Para implantar os sistemas de vigilância, foi indispensável o treinamento de pessoal como passo inicial. Isto se deveu à (...) ausência de informação dos profissionais de saúde, quanto ao diagnóstico das intoxicações e seu tratamento, (...) o

⁷³. Entende-se por Vigilância Epidemiológica: "O conjunto de atividades que permite reunir a informação (...) para conhecer a todo instante o comportamento e as características de uma enfermidade, detectar ou prever qualquer mudança que possa ocorrer por alterações nos seus fatores condicionantes, objetivando recomendar sobre bases firmes, medidas eficientes que levem à sua prevenção e controle." Ver a respeito: PALOCCI FILHO et al. *op. cit.*, 1988, p. 29. Trata-se de um conceito do âmbito da Saúde Pública, classicamente adotado para o controle de doenças infecciosas, podendo ser adotado em circunstâncias e problemas diferenciados.

⁷⁴. *Idem, Ibidem*, p. 12.

desconhecimento dos profissionais (...) acerca dos princípios, conceito e prática de vigilância epidemiológica."⁷⁵ (grifos nossos)

A **interdição** a determinados temas na formação acadêmica dos profissionais que vão atuar na área, conforme mostra REGO (1988) relaciona-se a um tipo de **validação** de verdade que caracteriza o **elitismo** do ensino **apartado** das questões de interesse das classes trabalhadoras, daí porque não ser exagerado considerar-se como também fundamental o papel formador **contra-hegemônico** de práticas e saberes desenvolvido pelos PSTs, em sua fase de instalação e implantação. Como diz FOUCAULT (1996, p.17)

"Ora, essa vontade de verdade, como os outros sistemas de exclusão, apóia-se sobre um suporte institucional: é ao mesmo tempo reforçada e reconduzida por todo um compacto conjunto de práticas como a pedagogia (...), como o sistema dos livros, (...), das bibliotecas, (...), os laboratórios hoje. Mas ela é também reconduzida, mais profundamente sem dúvida, pelo modo como o saber é aplicado em uma sociedade, como é valorizado, distribuído, repartido e de certo modo atribuído." (grifos nossos)

Assim, após algum tempo de implementado o projeto, foi possível constatar que

*"O conhecimento mais aproximado da realidade das intoxicações na região através do programa, mostrou a gravidade do problema, além de levantar a suposição de que (...) deveria ser ainda mais grave em outras regiões do Estado ... O número de intoxicações por agrotóxicos, (...), nos anos de 1981 a 1983, foi ... [55] casos ... Após a implantação do programa o número de notificações no ano de 1985 foi de 119 casos ... 62 se deveram a acidentes profissionais, [52%] dos quais 6 foram a óbito."*⁷⁶ (grifos nossos)

*"... a escassa ou ausente informação (...) dos sintomas (...) das intoxicações, (...) justifica o baixo número de diagnósticos efetuados antes da implantação do programa de vigilância e (...) o alto percentual de intoxicações por agrotóxicos 'desconhecidos.'"*⁷⁷ (grifos nossos)

*"Além de procurar organizar um sistema de notificações, os Programas buscam uma avaliação das condições de saúde e trabalho da população rural exposta (...), através da ação, em campo, de equipes formadas por profissionais de diferentes áreas, como saúde, agricultura, trabalho ..."*⁷⁸ (grifos nossos)

Se, de um lado, as atividades de formação e treinamento conduziram-se de maneira ágil e participativa, por outro lado, a atuação

"(...) no trabalho de campo contou com profissionais das Secretaria da Saúde e Agricultura, da equipe de assessoria composta por profissionais do Instituto de Saúde e da UNICAMP ... As equipes (...) apresentaram vida efêmera, tendo permanecido no entanto, o sistema de notificações. O trabalho educativo foi priorizado, tendo sido

⁷⁵ . *Idem, Ibidem*, p. 14.

⁷⁶ . PALOCCI FILHO et al., *op. cit.*, p. 15-17, 1988.

⁷⁷ . FREITAS et al., *op. cit.*, p. 114-115, 1986.

⁷⁸ . PALOCCI FILHO et al., *op. cit.*, p. 30, 1988.

produzido um vídeo baseado nos problemas locais, para estimular as discussões com a comunidade." ⁷⁹ (grifos nossos)

Frise-se que tal estratégia desenvolvida à época, antecipadamente coadunava-se com a "utopia" da perspectiva de socialização da informação em saúde e trabalho na busca da conscientização no campo da Saúde Coletiva e da Reforma Sanitária, na medida em que

"Esta preocupação de sistematizar informações (...) tem por objetivodifundi-las por segmentos mais amplos da sociedade (...), particularmente as áreas sindical e empresarial. É este esforço de socialização (...) para o conjunto da sociedade, informando o debate público (...) que permitirá retirar a (...) saúde do trabalhador dos limites da especialidade. Somente desta forma será possível, (...), ampliar a consciência sanitária em nosso país, condição essencial para uma reforma sanitária digna deste nome." ⁸⁰ (grifos nossos)

É necessário ressaltar que os resultados acumulados a partir do projeto do Vale do Ribeira, com desdobramentos em Ribeirão Preto, Presidente Prudente, Marília, São José dos Campos e Piracicaba, num processo de socialização de experiências em saúde e trabalho, visando a implantação de políticas públicas neste campo, possibilitou demonstrar que

"... a situação de exposição da população aos agrotóxicos e suas consequências constituem um grave problema de saúde pública, para o qual é possível o desenvolvimento de formas de abordagem no sentido de conhecê-lo e propor soluções. Foi com este espírito que a partir de maio de 1988 representantes dos Programas com experiência acumulada, juntamente com técnicos do Instituto de Saúde (...), Centros de Vigilância Epidemiológica e Sanitária (...), avaliaram o trabalho desenvolvido e elaboraram uma proposta de normatização que foi encaminhada ao Secretário de Saúde do Estado de São Paulo, visando normatizar a implantação dos Programas de Vigilância Epidemiológica das Intoxicações por Agrotóxicos no Estado de São Paulo." ⁸¹

Como será visto a seguir, a nova Administração da SES que assumiu a partir de 1987 não considerou o acúmulo conseguido na gestão que a precedeu, o que inviabilizou a publicação da normatização proposta em junho de 1988. Na nova conjuntura, estavam sendo gestadas outras "vontades de verdade" apoiadas

⁷⁹. *Idem Ibidem*, p. 17. O vídeo **Pesticidas? Agrotóxicos? VENENO!!** foi utilizado como material instrucional em discussões com a comunidade, e aborda desde os aspectos sanitários ligados ao uso dos agrotóxicos, seus efeitos sobre a contaminação dos produtos agrícolas, até as práticas alternativas de controle de pragas. Teve importante repercussão e fundamental papel na discussão da realidade local e de outras regiões semelhantes em São Paulo e outros Estados do país.

⁸⁰. Associação Brasileira de Pós-Graduação em saúde Coletiva (ABRASCO)/Comissão de Saúde e Trabalho *Saúde e Trabalho: Desafios para uma Política. (Contribuição da ABRASCO ao processo de definição de uma Política Nacional de Saúde do Trabalhador)*. São Paulo, set 1990. 63 p. [mimeo]

⁸¹. Secretaria de Estado da Saúde (SES)/Grupo Executivo de Programa-Saúde do Trabalhador (GEPRO-STr)/Grupo Tarefa de Avaliação dos PSTs *Proposta de normatização do Programa de Atenção à Saúde do Trabalhador Rural e Vigilância Epidemiológica e Sanitária em Intoxicações por Agrotóxicos*. São Paulo, 06/06/88. 30 p. [mimeo]

"... sobre um suporte (...) institucional [que] tende a exercer sobre os outros discursos ...- uma espécie de **pressão** e como que um **poder de coerção**." 82 (grifos nossos)

Em dezembro de 1993 o Centro de Vigilância Sanitária órgão de normatização e assessoria à rede de serviços, de nível central, da SES realizou o Seminário "Saúde e Trabalho na Área Rural", no qual foi feito um balanço das atividades da rede em termos de Vigilância das intoxicações e, no Vale do Ribeira, constatou-se um retrocesso da programação iniciada em 1984-85, havendo hoje apenas as notificações espontâneas com uma queda substancial dos casos notificados e sob controle das equipes de Vigilância Epidemiológica e Sanitária que foram desmanteladas ao longo do tempo, período em que houve também um sucateamento dos serviços públicos regionais. 83

5.2.2.3. O Programa de Atenção à Saúde do Adulto: Projeto de Atenção à Saúde do Trabalhador Químico do ABC.

O projeto foi concebido por um grupo interinstitucional composto por representantes do Instituto de Saúde, Diretoria Regional de Saúde 1-4, da região do ABCD, Prefeitura Municipal de Saúde de Diadema e DIESAT, que assessorava ao Sindicato dos Químicos do ABC, no segundo semestre de 1984. Nesta época,

"... o Sindicato com assessoria do DIESAT, **buscou contato com a Secretaria de Estado da Saúde (SES), com o fim de propor a implantação de um Programa de Atenção à Saúde do Trabalhador Químico em co-gestão Sindicato/SES.**

"As instâncias contactadas à nível da SES foram o Instituto de Saúde (T.S.) e o Departamento Regional de Saúde 1-4 (DRS-1-4)." 84 (grifos nossos)

Em termos da organização técnico-administrativa, o DRS 1-4 coordenava e gerenciava a **rede básica** da SES. Os DRSs, após a Reforma administrativa da SES no final de 1986, foram transformados nos Escritórios Regionais de Saúde (ERSAs) que passaram a gerenciar além da rede básica, os ambulatórios de saúde mental, laboratórios e hospitais do Estado. À época da implantação do projeto os municípios de Mauá e Diadema, onde começou a funcionar em duas Unidades Básicas, pertencia à DRS 1-4.

O Sindicato dos Trabalhadores Químicos do ABCD, que sugeriu e apresentou a proposta de "parceria" com a SES, representava cerca de 39.000 operários,

82. FOUCAULT, *op. cit.*, 1996, p. 18.

83. Ver a respeito: SES/Centro de Vigilância Sanitária(CVS)/Divisão de Vigilância Sanitária do Trabalho (DVST) Seminário Saúde e Trabalho na Área Rural. LACAZ, Francisco Antonio de Castro (ed.) *Documento Memória*. São Paulo: CVS/DVST, 1994, 145 p. [mimeo]

84. BOTELHO, Z.G.A.; LACAZ, F.A. de C.; SATO, L. e TRAVIESO, P.I. 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/TS/Área Saúde e Trabalho, ago 1987. 235 p. + anexos. p. 8 [mimeo]

que trabalhavam em aproximadamente 500 fábricas do ramo químico: petroquímico, agroquímico, plásticos, produtos farmacêuticos, tintas, pigmentos e solventes.

Para o Sindicato a condição de possibilidade do discurso relativo à saúde do trabalhador por uma

*"... ótica **preventiva** começa a se delinear com a **nova diretoria** (...) que tomou posse em novembro de 1982. Dentre os membros desta diretoria havia trabalhadores com experiência da atuação em CIPAs e em Segurança do Trabalho, os quais assumiram o trabalho de saúde no Sindicato. Durante o ano de 1983 buscou-se **conhecer** os problemas da categoria, sendo um deles as **condições** de saúde do trabalhador químico." 85 (grifos nossos)*

Após a realização de um Seminário interno em maio de 1984, o Sindicato delinea sua ação, no sentido de **superar** o esquema **assistencialista** que imperava até então, já que o

'Sindicato, antes de 1982, (...) oferecia assistência médica e odontológica aos seus filiados e dependentes com uma abordagem exclusivamente curativa ... Foi então criada a COMSAT - Comissão de Saúde e Trabalho - composta de 10 membros, sendo 3 diretores sindicais e 7 cipistas, (...) com assessoria técnica do DIESAT... O (...) Sindicato estava prestando um serviço que não refletia em retorno político, pra melhorar condições de trabalho na fábrica. " 86 (grifo nosso)

Frise-se que a procura da **abolição** do assistencialismo sindical incorporou-se ao discurso do movimento sindical desde o início dos anos 80 e foi uma estratégia adotada na perspectiva de transformar o sindicato num organismo realmente **reivindicativo** e tal fato contribuiu bastante para que se passasse de uma posição **passiva** frente às questões de saúde no trabalho, para uma postura propositiva, em que a bandeira da **prevenção** assume um caráter fundamental e transformador da prática até então existente. Para isso contribuiu a formulação do órgão técnico intersindical de assessoria, isto é, o DIESAT. (RIBEIRO & LACAZ, 1985) 87

Com a criação da COMSAT o Sindicato procurava capacitar-se em questões relativas ao levantamento e funcionamento das CIPAs, que eram pouco efetivas, sendo que das 300 existentes, apenas cerca de 50 realmente atuavam. A assistência jurídica foi revista, objetivando a **negociação**, ou seja, procurando **priorizar cláusulas** no Acordo Coletivo com as empresas que privilegiassem temas em saúde e trabalho, como a **estabilidade** no emprego de acidentados ou portadores de doenças do trabalho. A atividade médica sofreu transformações e modificações com uma melhor sistematização dos dados, ao lado de rever-se o papel assistencialista do serviço médico-odontológico oferecido pelo Sindicato, assumindo uma atribuição que caberia ao Estado. Assim, mediante discussão promovida pelo DIESAT e sua assessoria junto ao Sindicato, que permitiu uma auto-crítica da prática até então existente, a qual não foi isenta de contradições internas, buscou-se a proposição de um **programa** de atenção que permitisse o acúmulo de informações voltadas para um trabalho político nesse campo.

85. *Idem, Ibidem*, p. 16.

86. *Idem, Ibidem*, p. 16-17.

87. Ver RIBEIRO & LACAZ (orgs.) *op. cit.*, 1985.

"Eu acho que (...) o elemento técnico do DIESAT propiciou essa discussão da reversão do assistencialismo, (...) a gente pode colocar isso através da criação do Programa de Saúde do Trabalhador da área química, que começou (...) em janeiro de 85 em dois locais: (...) Diadema e (...) Mauá... com a assistência médica que o sindicato estava dando, (...), a gente praticamente estava sendo colaborador patronal de estar recolocando o trabalhador na produção, sem 'tá' pegando dados, sem estar fazendo uma pesquisa mais detalhada dos problemas de saúde, (...) trabalho que o pessoal estava sendo acometido ... teve alguns problemas internos ... apesar desse conflito (...) na Direção entre os que queriam ampliar o assistencialismo e os que queriam uma outra proposta é que surgiu, (...), logo após a eleição do Montoro ... com a preocupação de muitos técnicos da Secretaria de Saúde, esse casamento em que a gente, durante um período de mais de 3 ou 4 meses discutiu com a direção e com os técnicos a criação de um PST. Então essa foi a 'válvula de escape' (...) a alternativa ao assistencialismo era desenvolver um programa de atenção de Saúde Pública com a participação e gerenciamento do Sindicato." 88

A proposta de Programa, apesar de resistências do DRS 1-4, que considerou agressiva a postura do Sindicato, com uma atitude de "cobrança", foi discutida também com representantes do Departamento de Saúde e Higiene da Prefeitura de Diadema (DSHPD), já que uma das Unidades Básicas inicialmente envolvidas era da Prefeitura de Diadema, devido à facilidade de acesso, por sua proximidade das fábricas químicas instaladas naquele município.

A relação entre serviço público e sociedade dava-se de maneira passiva e paternalista, sendo então uma novidade para tais instâncias a postura propositiva e voluntariosa do Sindicato. Uma **desconfiança** quanto à participação do usuário na elaboração e gestão da proposta é evidenciada, no discurso do representante da SES e do DSHPD, tendo como **não dito** uma disputa político partidária entre PT - ao qual se vinculava a Diretoria do Sindicato e a Prefeitura de Diadema - e PMDB - que administrava o Governo do Estado - que se enunciava nesta época. 89 Mesmo assim, apesar de para a Diretora da DRS-1-4 tratar-se de

'... uma situação totalmente nova. A gente está acostumada a trabalhar no padrão clássico do Estado, convencional, sem envolvimento de entidades externas ... Então a primeira reação foi até de ... será que vale a pena...' 90 (grifos nossos)

Os representantes das instituições envolvidas

" ... concordam que o contexto político-administrativo da época possibilitou a elaboração e implantação do Programa, pois, segundo o representante do Sindicato, 'naquela época foi dito que eram promessas do PMDB investir na área de

88. Conforme entrevista gravada concedida ao autor em 12/03/1994 por M, dirigente sindical químico.

89. A propósito disso, o representante do DRS 1-4 assim se expressou, já que era uma '... situação totalmente nova. A gente está acostumada a trabalhar no padrão clássico do Estado, convencional, sem envolvimento de entidades externas ... a própria postura do pessoal, (...), do Sindicato, uma postura (...) meio agressiva...'" (BOTELHO et al., 1987, p. 20) (grifos nossos) Por sua vez, o representante de Diadema levantava que '... nós tínhamos algumas dúvidas sobre este Programa, porque nós achávamos que um Programa desse porte teria que ser estruturado, bem organizado ... temia que fosse mais um Programa dos que a Secretaria de Saúde vem montando, que ficam somente no papel ... [mas] ou a gente associa o usuário que é o grande interessado nessa questão ou a gente nunca vai ter uma mudança no Sistema de Saúde. [e] foi em cima dessa questão que a gente deu o aval ...'" (BOTELHO et al., 1987, p. 20)

90. BOTELHO et al., *op. cit.*, p. 20.

saúde do trabalhador' e, para o técnico do DRS 'antes, certamente não seria possível. A cabeça da gente foi mudando.'" ⁹¹ (grifos nossos)

Se, ao nível da própria SES surgem conflitos nas instâncias de planejamento - Instituto de Saúde - e de execução - DRS - no que diz respeito às atribuições de competências, as dificuldades foram sendo contornadas no processo de discussão e na prática, já que, para o representante do Sindicato, numa ante-visão da ausência de institucionalização real dos Programas

"O Programa não nasceu de uma política da Secretaria, mas pelo casamento de interesses do próprio Sindicato, técnicos da Secretaria (...) e DIESAT ... na medida em que havia interesse do Sindicato nesta questão, (...) prá fazer pressão (...) prá acontecer e tendo, na Secretaria, muitos técnicos interessados nessa questão ..., esse casamento de interesse (...) foi a forma que deu vida e viabilizou, num curto espaço de tempo, o próprio início do Programa." ⁹² (grifos nossos)

Particularmente em relação ao tempo decorrido entre contatos, elaboração da proposta, seleção, treinamento de pessoal e a implantação efetiva do Programa, de cerca de 6 meses, pode ser considerado breve, em termos do tempo "administrativo" da burocracia estatal.

Desde julho de 1984, um grupo de trabalho composto por representantes do Sindicato, TS, DRS 1-4, DSPHD reuniu-se periodicamente e, após 2 meses, a proposta final foi definida, sendo então analisada e discutida no Conselho Técnico Administrativo (CTA) da SES, à época o órgão máximo de deliberação da SES, que o aprovou. Durante 2-3 meses realizou-se a seleção e treinamento das equipes de trabalho - médicos, auxiliares de enfermagem e agentes sindicais de saúde - com importante participação do Sindicato e, em janeiro de 1985 o Programa iniciou as atividades em duas Unidades Básicas de Saúde localizadas nos Municípios de Mauá e Diadema, expandindo-se para Santo André, São Bernardo do Campo e São Caetano do Sul em junho de 1985.

Os objetivos do Programa eram:

"Manter um serviço de atenção à saúde do trabalhador químico na Região do ABCD, como parte do Programa de atenção ao adulto, articulando as UBs (Centros e Postos de Saúde), com laboratórios e hospitais públicos (...) bem como com outras instituições que possam participar na prevenção das doenças do trabalho e na criação de um sistema de vigilância epidemiológica em doenças do trabalho..."

"Estimular a extensão de outros programas (...) à saúde dos trabalhadores das diversas categorias a partir desta experiência."

"Elevar a consciência sanitária e a participação de empresários, trabalhadores e população de um modo geral em relação às doenças laborais."

"Propiciar a formação de pessoal técnico.

"Fazer o diagnóstico de situação da saúde dos trabalhadores químicos na região do ABCD e mantê-la sob controle

⁹¹ . Idem, *Ibidem*, p. 21-22.

⁹² . Idem, *Ibidem*, p. 22-23.

*"Informar aos trabalhadores expostos e à população (...) sobre produtos, métodos e processos industriais (...) tóxicos e perigosos."*⁹³ (grifos nossos)

Uma tal abrangência de propósitos evidentemente não poderia ser alcançada em vista da fragilidade dos organismos de Estado e a própria incipiência da ação sindical na área.⁹⁴

Ocorre, porém, que importantes avanços foram conseguidos em termos de denúncia e mobilização dos trabalhadores químicos pela luta em defesa da saúde e melhoria das condições de trabalho.⁹⁵

Ao lado de fracassos na implementação de um projeto programático mais abrangente envolvendo outras categorias de trabalhadores, tendo se restringido apenas ao Sindicato dos Trabalhadores da Construção Civil de São Bernardo do Campo, Diadema e São Caetano e, mais tarde, em 1987, contado com a participação do Sindicato dos Metalúrgicos de Santo André. Do ponto de vista de gestão da "coisa pública" abriu espaço para outras propostas e talvez esta tenha sido a maior marca da identidade dessa experiência programática. Na verdade o Programa não parte do Estado, começa como demanda do movimento social dos trabalhadores.

Por tratar-se de um Programa em que a **co-gestão** era parte fundamental de sua configuração, fato inovador e inédito até então, cabia ao Sindicato:

*"... treinar a equipe de cipistas responsável pelo preenchimento da ficha de história profissional;"*⁹⁶

"treinar juntamente com a Secretaria de Saúde do Estado, as equipes que funcionarão nas unidades básicas;

"cadastrar as indústrias químicas (...), levantando (...) elementos capazes de definir o perfil de produção de cada uma delas..."

"promover a convocação e matrícula dos trabalhadores ao programa;

⁹³. Ver a respeito Secretaria de Estado da Saúde (SES)/Coordenadoria de Serviços Técnicos Especializados (CST)/Instituto de Saúde(TS)/DIESAT/Sindicato dos Trabalhadores nas Indústrias Químicas e Farmacêuticas de Santo André(STIQFSA) *Programa de Atenção à Saúde do Adulto: Projeto de Atenção à Saúde do Trabalhador Quimicodo ABC*. São Paulo, 1984. 18 p. p. 7-8 [mimeo]

⁹⁴. Apesar da luta incipiente, data de agosto de 1984 a primeira greve no Brasil específica por reivindicação de melhoria de condições de trabalho numa fábrica química, a FERROENAMEL. Outros exemplos de luta vieram nos anos seguintes, como a interdição e posterior fechamento da fábrica de BHC das Indústrias MATARAZZO de São Caetano do Sul, em 1985, a partir de dados levantados pelo Programa, culminado com a detecção da intoxicação massiva por mercúrio metálico dos trabalhadores da empresa belga ELETROCLORO, em meados de 1987, o que desencadeou um processo extremamente rico de articulações nucleadas pelo Sindicato dos Químicos do ABC, a qual envolveu a Universidade, MTb, Fundacentro, Previdência Social (INPS), Ministério Público, PST, DIESAT.

⁹⁵. Ver a respeito: REBOUÇAS, et al., *op. cit.*, 1989, Parte II.

⁹⁶. Os "cipistas" eram ativistas sindicais - termo cunhado em contraposição ao usualmente empregado "cipeiro", que para o Sindicato assumiu uma conotação colaboracionista - que participavam das CIPAs como representantes eleitos dos trabalhadores e que foram mobilizados pelo Sindicato para atuar no Programa, fazendo parte da equipe da Unidade Básica, no sentido de travar o contato inicial com o trabalhador que procurasse o atendimento, ocasião em que explicava a dinâmica de seu funcionamento e colhia as informações para o preenchimento de uma ficha padronizada de história ocupacional, antes da primeira consulta com o médico. Estes militantes exerciam no Programa a atribuição de agentes sindicais de saúde, compondo a equipe juntamente com o médico e o auxiliar de enfermagem, tendo o papel também de exercer o "controle social" já que estava investido da representação sindical.

"manter **permanentemente** um dirigente e um médico seu participando do desenvolvimento dos trabalhos de cada UB, reunindo-se com os (...) cipistas e membros da equipe de saúde." ⁹⁷ (grifos nossos)

Dentro da "parceria" estabelecida, cabia à SES:

"designar os médicos da UB e os funcionários ...

"treinar juntamente com o Sindicato, os membros das equipes (...), no que concerne às patologias de trabalho e procedimentos administrativos relativos ao Programa;

"prover os recursos necessários ao pagamento dos (...) médicos, funcionários e cipistas (serviços de terceiros) locados nas UBs e as despesas com material e manutenção;

"responsabilizar-se pelos exames complementares e internações necessárias." ⁹⁸

Aos Municípios caberia, numa relação ainda incipente, designar os funcionários (exceto médicos) quando a UB fosse instalada em suas dependências.

Havia, também, uma coordenação do Programa que era composta por representante da SES de nível central e regional; de cada Departamento ou Secretaria Municipal de Saúde participante, médicos das UBs e diretores de base do Sindicato dos municípios onde o Programa se instalasse e três membros da Comissão de Saúde e Trabalho do Sindicato (COMSAT). A coordenação tinha uma Secretaria Executiva com 2 representantes da SES (nível central e regional) e 2 da COMSAT. Quanto à supervisão técnica, esta ficou sob a tutela da SES e do DIESAT.

As duas primeiras Unidades Básicas de Saúde (UBSs) implantadas em janeiro de 1985 situavam-se nos municípios de Diadema e Mauá, os quais foram priorizados em função das reivindicações dos trabalhadores de Diadema e da composição do ser parque industrial químico. ⁹⁹

Tratava-se de parques industriais com perfis totalmente distintos, sendo que em Diadema predominavam as **pequenas** empresas químicas subsidiárias das multinacionais automobilísticas - cerca de 199 à época - e que empregavam em torno de 5.000 trabalhadores que, em geral, não tinham acesso a convênios médicos. Em Mauá preponderavam as empresas de médio e **grande** porte, empregando aproximadamente 5.000 operários, com **toda** facilidade de acesso de seus trabalhadores a assistência privada dos convênios e medicinas de grupo, característica que terá forte influência na evolução do Programa nesse município, cuja UBS foi **desativada** dois anos depois dada a **baixa** demanda e a **impotência** em termos de **resolutividade** em competir com as facilidades de **medicalização** oferecidas pelas empresas, particularmente as que compõem o pólo-petroquímico da região.

⁹⁷ . BOTELHO et al., *op. cit.*, 1987, p. 13.

⁹⁸ . SES/CST/TS/DIESAT/STIQFSA ... p. 12-13. É interessante assinalar que o cipista/agente sindical de saúde era remunerado por parte da SES pelo serviço que prestava, já que estava cumprindo uma jornada de trabalho extraordinária, após seu dia normal de trabalho, pois o Programa funcionava, à época, num turno das 17:00 às 21:00 horas.

⁹⁹ . BOTELHO et al., *op. cit.*, 1987, p. 14.

Ainda no mês de junho de 1985 foram instaladas as UBSs de Santo André, São Caetano do Sul e São Bernardo do Campo, nos Centros de Saúde da SES.

Uma questão fundamental para a existência e viabilidade do Programa foi a sua **divulgação** no sentido inclusive de garantir uma clientela representativa das empresas do setor químico. Tal tarefa é assumida pelo Sindicato, que em função de inviabilidade de propaganda diretamente nas empresas, passa a exercer um trabalho de divulgação usando uma "linguagem" que se confunde com a prática política de mobilização da categoria, isto é, lança mão do carro de som, áudio-visual, boletins, folhetos e edições específicas do "SINDIQUIM Saúde" e do boletim semanal do Sindicato. ¹⁰⁰

Ao lado disso, os cipistas e membros de comissões de fábrica, em geral clandestinas, além dos diretores eram os "veículos" de maior divulgação. Tal mecanismo sofria soluções de continuidade quando ocorriam greves ou desligamentos dos médicos, geralmente devido à baixa remuneração, problema crônico que levava muitas vezes à **adesão** dos profissionais por haver uma identificação político-ideológica com os trabalhadores, mas que se mostrou insuficiente ao longo do tempo.

A questão relativa à melhor maneira de atingir e sensibilizar aos trabalhadores, sem expô-los à "vigilância" patronal, é nevrálgica para a ampliação da demanda na perspectiva dos militantes sindicais, como pode ser avaliado na preocupação um agente sindical expressada abaixo, dada a vivência com a interdição cotidiana no ambiente fabril:

'Eu sempre disse que boletins do Sindicato não devem ser entregues na porta da fábrica. Pega um ponto estratégico, (...) e entrega (...) na saúde e não de manhã, quando o patrão pode vigiar se ele está lendo o quê, porque o patrão sabe quem pegou e quem deixou de pegar.' ¹⁰¹ (grifo nosso)

Trata-se da expressão particular do controle e assujeitamento que é exercido pelo capital, através de relações intermediadas por seus quadros técnicos na medida em que, a possibilidade de perda da tutela da saúde dos operários pela empresa é uma ameaça à vigilância que seu aparato técnico pode exercer. Além disso, a forte vinculação do Sindicato ao Programa irá balizar os limites de sua penetração na categoria, particularmente nos primeiros anos de seu funcionamento, os anos de afirmação/resistência e reconhecimento, dado que representava uma certa **ameaça à ordem estabelecida** e uma interdição ao direito de escolha e de "ir e vir".

'Algumas empresas têm resistência ao Sindicato e (...) à divulgação do Programa. Elas fazem pressão (...) clara e direta. A enfermeira da fábrica diz: 'Porque você vai ao Programa do Sindicato, já existe serviço médico aqui na empresa?'' ¹⁰² (grifos nossos)

¹⁰⁰ O "Sindiquim Saúde" é um caderno elaborado pelo Sindicato de conteúdo informativo/educativo que aborda questões de saúde da categoria relativas aos principais riscos, discussão da assistência médica e previdenciária, etc.. A própria estratégia de utilização de material impresso é questionada pelos agentes sindicais, dado o fato de que os trabalhadores "não têm o hábito de ler os boletins distribuídos, embora [se] acredite que se nestes impressos figurasse o timbre da Secretaria de Estado da Saúde, seriam lidos." (BOTELHO et al., 1987: 35, grifo no original)

¹⁰¹ BOTELHO et al., *op. cit.*, 1987, p. 35-36.

¹⁰² *Idem Ibidem*, p. 36.

De certa forma a adesão ao Programa por parte dos trabalhadores representaria uma **vinculação** imediata às atividades do sindicato que **extrapolam** a questão da saúde, o que deveria ser objeto de interdição em qualquer **espaço** que se concebesse como propício a questionamentos da prática empresarial.

A falta de identidade entre o Programa, devido a inexistência de propaganda tanto da SES como DSH de Diadema e os órgãos públicos, é um elemento que contribui para que se identifique-o com o Sindicato, que assume toda a tarefa de divulgar sua existência, numa realidade em que realçar sua identidade e falar de si é algo proibido.

Como refere FOUCAULT (1996, p. 21)

*"Existem, (...), muitos (...) procedimentos de controle e de delimitação do discurso. (...); **funcionam como sistemas de exclusão**; concernem, sem dúvida, à **parte do discurso que põe em jogo o poder e o desejo.**"* 103

A omissão dos órgãos oficiais, constitui-se num dos pontos assinalados pelos vários atores como um entrave ao pleno desenvolvimento e conhecimento da proposta.

E, conforme apontam BOTELHO et al. (1987)

*"Se por um lado (...) existe o desconhecimento (...) da proposta do Programa e da sua própria existência, por outro, percebe-se que quando existe conhecimento (...), este vem associado ao medo de, matriculando-se no Programa, estar vinculado ao Sindicato e sofrer represálias por esta atitude, como a **demissão**, por exemplo. Ambas as situações colocam-se, (...), como fatores de **retração** da demanda ... '... se a Secretaria de Saúde estivesse **empenhada na divulgação** (...), talvez não teria esse **clima de medo** tanto quanto o Sindicato ... Se esse programa tentasse entrar na empresa por outra via, via Estado, talvez fosse um pouco diferente."* 104 (grifos nossos)

Uma tentativa frustrada, por ausência de prioridade, por parte do DRS, de superar tal dificuldade, atendendo aos reclamos do Sindicato e das UBSs foi

*"... a **divulgação junto aos médicos das empresas**. (...), foram realizadas pelo DRS alguns contatos com os empresários da região (...), mas **não houve continuidade do processo.***

*No que se refere à população (...), pensou-se no uso de veículos de comunicação de massa como (...) rádios, o que (...) **não foi implementado pela DRS.**"* 105 (grifos nossos)

Elemento altamente inovador nas **relações** entre o órgão de saúde e a população usuária dentro do Programa foi a figura do "agente sindical de saúde", considerado pelo Sindicato como o executor do

*"... **acompanhamento mais constante e diário**, por parte do Sindicato, (...), que a gente convencionou chamar de **agente sindical de saúde**. Um cipista ou trabalhador que se dispusesse a receber o trabalhador (matriculado na UB), mas ao*

103. FOUCAULT, *op. cit.*, 1996, p. 21.

104. BOTELHO et al., *op. cit.*, 1987, p. 46-47.

105. *Idem, Ibidem*, p. 47-48.

mesmo tempo, que acompanhasse os problemas que estavam acontecendo dentro de cada fábrica, e que fosse (...), o braço direito do Sindicato dentro de um Programa de Saúde ..." 106

Frise-se que a "cultura institucional" absorveu com fortes resistências o agente sindical, inclusive porque este recebia um *pro-labore* de meio salário-mínimo da SES e executava funções que poderiam, do ponto de vista da burocracia oficial, ser desempenhadas pela auxiliar de enfermagem da equipe e a diretora do DRS-1-4 manifestava-se à época questionando seu papel de "fiscalizador" do desempenho da equipe, bem como o seu custo para a SES, o que espelhava a dificuldade na interlocução em aceitar-se a existência de um "olhar" externo e os poucos salários percebidos pelos profissionais da rede básica:

'esse cipista (...) recebe do Estado. (...) recebe mais que o atendente do Estado, proporcionalmente. Então é um negócio que tá assim meio entalado. A (...) função que o Sindicato coloca (...) é fiscalizar (...) e a gente (...), chegou a conclusão que fiscalizar qualquer um pode. E essa tarefa (...) de preencher a ficha (... profissional), isso é uma função de pessoal da área de saúde, pessoal de enfermagem. (...) A proposta do Departamento é de modificar isso.' 107 (grifos nossos)

A própria dinâmica social atua no sentido de dificultar a ação do agente sindical, na medida em que este convive com a alta rotatividade do mercado de trabalho, com a alternância dos turnos e com a militância que é motivo de perseguição empresarial, como referiu o dirigente sindical, houve rotatividade por causa da demissão dos agentes que tinham uma militância sindical importante. 108

Mesmo tendo claro seu papel educativo/conscientizador, seu crescimento no convívio dentro da equipe de saúde, os agentes sindicais de saúde apontavam os limites à sua atuação estabelecidos pelo controle e pressão adotados pelas empresas. As pessoas mais atuantes ficavam visadas e a ameaça da demissão era uma possibilidade sempre presente. Havia receio até de serem descobertos nas UBSs por "olheiros" dos patrões, o que levava até a esconder-se dos companheiros de empresa quando procuravam o Programa. 109

Apesar das dificuldades enfrentadas, as equipes desempenhavam seus papéis de forma harmônica, o que foi garantido através de um treinamento conjunto promovido também com o objetivo de integrar as equipes, dar as dimensões das tarefas do Programa e definir atribuições que transitavam da atividade técnica à atuação política de conscientização dos seus pares. A troca de saberes entre os técnicos e os trabalhadores foi um traço marcante da experiência, como apontou um dos médicos entrevistados:

'aprendi muito com o trabalhador, não foi com treinamento ou reuniões (...) as reuniões são importantes prá gente passar o que está acontecendo.' 110

106. *Idem, Ibidem*, p. 52.

107. *Idem Ibidem*, p. 53.

108. *Idem Ibidem*, p. 54.

109. *Idem, Ibidem*, conforme p. 58-60.

110. *Idem, Ibidem*, p. 55.

O grau de **confiabilidade** atingido na relação médico-clientela ressaltava, sendo a consulta médica um **espaço** de atenção dialógico, conformado pela troca de informações, aprendizado e conscientização, acrescido de um exame clínico exaustivo e demorado, subsidiado pela ficha de dados ocupacionais. Nele trabalhador e médico refletem e aprendem; até porque não havendo qualquer vínculo com as empresas, ocorria maior liberdade de colocações, queixas e sentimentos. A própria inovação da **entrega** ao trabalhador de sua ficha clínica constituía-se num passo a mais para a apropriação de sua saúde. Essa apropriação era corroborada pela duração do tempo da consulta médica, em média de trinta minutos, vivenciada pelos clientes como um aspecto palpável da atenção e interesse dos profissionais, o que não acontecia nas consultas em outros serviços de saúde. 111

Tratava-se de uma proposição em que não mais existe uma característica marcante da relação médico-paciente, o **interdito** entre discursos, saberes técnico-científicos e empírico-vivenciados já que o sigilo da anamnese era **rompido** com a **publicidade/apropriação** do relatório clínico. Frise-se que este era um dos aspectos do Programa pelo qual se expressava a maior **resistência** por parte dos médicos candidatos quando de sua entrevista de seleção. Apelando para a "ética" do segredo médico colocavam-se contra esta definição.

Contudo se, por um lado, havia um estímulo à atuação médica pelo diálogo pedagógico com o trabalhador individualizado, por outro, existia uma frustração expressada pelo questionamento quanto à **efetividade** da sua ação na melhoria das condições de saúde e trabalho, face às várias limitações estruturais e ao não cumprimento das normas consagradas pela medicalização. Melhor explicitando, procurava-se atingir uma população de trabalhadores

*"... que resistia em frequentar o Programa e que, mesmo se declarando satisfeita com o atendimento, não comparecia aos retornos, que temia fornecer informações e que não possui uma prática de reflexão acerca de suas condições de trabalho e implicações a nível da saúde. De outro lado, (...), colocavam as dificuldades (...) da integração **interinstitucional**, uma vez que era difícil dar prosseguimento; os encaminhamentos não eram bem recebidos, era difícil conseguir exames (...), os médicos especialistas não preenchiam a ficha clínica..."* 112

Assim, os médicos do Programa pareciam entender que a proposta estaria sendo cumprida, mas resultados reais na melhoria da saúde no trabalho, somente seriam logrados com a implementação de muitas transformações. Transformações estas que envolveriam mudanças nas "culturas institucionais", na medida em que era necessário proceder à integração de órgãos de nível federal voltados para a fiscalização do trabalho (DRT/MTb) e assistência (INAMPS); bem como estadual como a Secretaria de Estado de Relações do Trabalho (SERT) e a SES, além de instâncias municipais, dadas as diferentes competências pulverizadas nas várias instâncias de governo. A integração aqui colocada para os serviços de saúde seria entendida como um processo de unificação de atividades, planos e serviços para um melhor e mais eficiente uso de recursos. 113

111 . *Idem Ibidem*, conforme p. 56.

112 . *Idem, Ibidem*, p. 57.

113 . Ver WORLD HEALTH ORGANIZATION Particular Relevance of Primary Health Care to Industrialized Countries. In: *Euro-Reports and Studies*, n. 95, p. 13-37, Bordeaux, 14-18 nov. 1983. p. 19.

Na prática, as atividades dos órgãos da própria SES como o DRS -1-4 e Instituto de Saúde acabavam sendo articuladas através da **intermediação** do próprio **sindicato** como instância gestora do Programa. É bom frisar que uma atuação integrada entre órgãos de níveis diferentes - central e regional - dentro da SES era pouco frequente ou mesmo inexistente, o que dificultou a implementação da proposta, sendo sentida particularmente ao nível das UBs, quando se tratava, por exemplo, de exames toxicológicos que envolviam uma expectativa negativa do próprio contaminado na espera dos resultados que muitas vezes não chegavam nos prazos determinados ou apresentavam resultados incompatíveis.

Quanto à integração dos organismos interinstitucionais de assistência foram envolvidos o INAMPS, a SES e o Departamento de Saúde da Prefeitura de Diadema. Se, no caso do Departamento de Saúde de Diadema as dificuldades referiam-se à uma disputa política entre governos de partidos diferentes e a críticas a forma de implantação do Programa, considerada equivocadamente "de cima prá baixo", quando se refere ao INAMPS, sua carência de profissionais para atuação em retaguarda especializada expressava a política de privatização crescente, com esvaziamento de quadros próprios e a contratação de serviços credenciados junto a clínicas particulares, convênios ou consultórios, o que atingia a credibilidade dos encaminhamentos e prejudicava a própria continuidade do tratamento.

No que dizia respeito à fiscalização das condições de trabalho, havia necessidade de integração com a Secretaria do Trabalho articulando as informações obtidas no atendimento médico e história ocupacional para definir as prioridades de intervenção nos locais de trabalho, implantando-se um Sistema de Vigilância Epidemiológica. Contudo, constatou-se uma lacuna entre a detecção e a prevenção de doenças do trabalho. Tal lacuna era preenchida pela atuação do Sindicato, superando a inércia institucional e lançando mão de outras instâncias como a DRT que ter-se-ia mostrado mais ágil para atender as demandas, já que havia na conjuntura uma decisão de atuar em estreita colaboração com os organismos sindicais, de conformidade com uma Recomendação da OIT datada de 1923! Assim, o Sindicato acaba nucleando as ações de fiscalização, em função da morosidade de interlocução dos órgãos do Setor Saúde e do Setor Trabalho, que desde a década de 30 passaram a atuar de forma dicotômica e desarticulada. O que deve ser apreendido dessa experiência é o fato das ações serem desencadeadas pela ocorrência de doenças, passando a ser este o parâmetro que norteia as atividades de fiscalização, que teoricamente passam a atingir os locais de trabalho potencialmente mais nocivos à saúde, ou seja, a fiscalização não seria realizada de maneira aleatória, mas obedecendo um claro critério epidemiológico que fecharia o círculo do sistema de vigilância, prática sanitária que não era adotada pela cultura institucional dos órgãos do Setor Trabalho, mais acostumados a uma atuação calcada em denúncias ou demandas pessoas de dirigentes sindicais numa postura cartorial cuja eficiência e eficácia era motivo de críticas quando se pensava em termos de planejamento de ações de intervenção sobre os locais de trabalho.

Em novembro de 1989, o Programa de Saúde do Trabalhador do ABCD foi **municipalizado**, transformando-se no Centro de Referência em Saúde do Trabalhador do ABCD, agora sob coordenação de um "pool" de municípios com sede em São Bernardo

do Campo, passando a atender trabalhadores de Santo André, São Bernardo do Campo, São Caetano do Sul, Mauá, Diadema. Isto aconteceu porque em algumas prefeituras,

"... com a eleição de governos populares, os trabalhadores passam a ter o Programa, depois transformado em Centro de Referência, apoiado pelas prefeituras municipais da região. Seminário promovido em novembro de 1989, com a participação de 14 entidades sindicais, prefeituras de Santo André, São Bernardo e Diadema e Secretaria de Saúde estadual referenda proposta de criação do Centro de Referência (...), através de consórcio." 114

Depois de funcionar com apenas 4 médicos e auxiliares de enfermagem em quatro cidades do ABCDM, sob a coordenação da SES-SP, desde 1985, o Centro de Referência ao ser assumido pelas prefeituras de Santo André, São Bernardo e Diadema, passou a contar com equipe multidisciplinar com 14 técnicos - um médico sanitarista, sete médicos, duas psicólogas, uma enfermeira, uma assistente social e duas fonoaudiólogas - que ainda procuravam trabalhar integradamente, numa perspectiva que priorize atividades de saúde pública e prevenção, mais do que o atendimento individual, necessitando contar, para isso, com o concurso de engenheiros de segurança e sanitaristas.

Sua institucionalização municipal ocorre num momento de crise social consubstanciada pelo "pacote" de 15 de março baixado pelo governo Collor, numa conjuntura recessiva que chancela a negligência empresarial das condições de trabalho, aliada a um refluxo da participação sindical.

Apesar disso, as atividades do Centro de Referência planejadas para o ano de 1990, envolviam estudos sobre solventes e metais, surdez, pneumoconioses e Lesões por Esforços Repetitivos, a partir da inspeção dos locais de trabalho, servindo seus resultados como subsídios para a negociação entre trabalhadores e empresários, sendo que as prioridades estebeleceram-se em conjunto com os sindicatos, cobrindo as principais questões relativas às condições de trabalho. 115

Atua numa perspectiva de intervenção comum às ações de Saúde Pública, na medida em que

"A Lei Orgânica dos municípios participantes do Centro de Referência lhes dá poderes (...) para executar ações de vigilância sanitária e sanitária. Falta apenas a regulamentação dos dispositivos da Lei Orgânica. Os sindicatos, (...), gostariam que o papel de fiscalização passasse para os municípios." 116 (grifo nosso)

É importante frisar que esta prerrogativa de fiscalização dos ambientes de trabalho, monopólio dos órgãos federais e estaduais do Setor Trabalho, continua sendo até agora um aspecto não resolvido no sentido da autonomização do Setor Saúde para uma ação mais efetiva, apesar das Resoluções da II Conferência Nacional de Saúde dos Trabalhadores, realizada em março de 1994. Trata-se de uma disputa corporativo-

114. Ver a respeito Centro de Referência em Saúde do Trabalhador do ABCD tem trabalho extra com novo governo. *Trabalho & Saúde*, n. 28, p. 3, mar/maio 1990.

115. *Ibidem*, p. 3.

116. *Ibidem*, p. 3.

institucional que vem se agravando nos últimos tempos com a disputa do Setor Trabalho para não perder seu espaço nesse campo. 117

5.2.2.4. O Projeto de Investigação Epidemiológica Sobre Silicose Nas Indústrias de Cerâmica do Município de Pedreira - São Paulo: a nova visibilidade de um velho problema.

Repercutindo com bastante atraso a movimentação empreendida pelos trabalhadores ceramistas no final dos anos 70, quando mobilizaram-se para discutir o problema das doenças pulmonares provocadas pelas poeiras e a forma de controlá-las; a SES-SP propõe, através do Instituto de Saúde (TS), em setembro de 1985, em articulação com o DIESAT, um projeto de estudo sobre a silicose na cidade de Pedreira, região de Campinas, na perspectiva de criar uma atividade programática em Saúde Pública voltada para os trabalhadores ceramistas daquela cidade.

A mobilização tivera seu ápice na realização de I Semana de Saúde do Trabalhador (I SEMSAT), promovida por Sindicatos e Federações de Trabalhadores em maio de 1979, cujo tema fora "A Silicose e doenças pulmonares provocadas por poeiras inaláveis".

Em Pedreira, onde predominava a indústria de louça cerâmica, desde a década de 50 já se noticiava a ocorrência de doença pulmonar semelhante à tuberculose. Dado que a partir de final dos anos 70 a sociedade-civil demonstrara forte envolvimento com o problema, expressada pelo interesse do Sindicato de Trabalhadores Ceramistas, da Prefeitura Municipal e do Sindicato das Indústrias de Cerâmica, o que não ocorrera em outras cidade com problemas semelhantes, estavam postas as condições para o desenvolvimento do projeto-programa. 118

De certa forma, atendia-se às conclusões da I SEMSAT, publicadas no Relatório final do evento, em sua crítica à Academia:

"Os estudos e pesquisas sobre essas doenças (pulmonares) são raros, quando não inexistentes, caracterizando a desatenção das Escolas Médicas e instituições de pesquisa brasileiras para o problema." 119

Atendia-se, ainda, às prioridades do Fórum Interinstitucional de entidades que atuavam na área da saúde do trabalhador, criado em 1984 e que reunia as várias entidades públicas e privadas, sob a coordenação da Secretaria de Estado de Relações do Trabalho. E, como órgão participante do Comissão Planejadora do Fórum, a SES-SP, representada pela área Saúde e Trabalho do Instituto de Saúde, a ela coube

117. A propósito, no final de 1994 o Ministério do Trabalho, estabelece Portaria que cria a obrigatoriedade de implantação em qualquer local de trabalho com mais de um funcionário, do Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional e do Programa de Prevenção de Riscos Ambientais, numa estratégia de recompor sua base de apoio junto às corporações de médicos do trabalho e engenheiros de segurança, numa espécie de re-edição das Portarias que na década de 70 criaram os SESMETs.

118. Conforme notícia do jornal *O Estado de São Paulo*, edição de 11/11/78 "Pedreira Previne Silicose".

119. Ver a respeito RIBEIRO & LACAZ, 1985, cap. 1.

"... apresentar um projeto de estudo epidemiológico para avaliar a situação de prevalência da silicose na cidade de Pedreira, dada a característica do seu parque industrial e de sua população trabalhadora." 120

E, a perspectiva de implantação do programa no Centro de Saúde de Pedreira para acompanhar os trabalhadores silicóticos ou suspeitos estava articulada ao desenvolvimento do estudo, atuando sobre um real problema de Saúde Coletiva a partir de Unidade Sanitária local.

Articulando então espaços outros como a Disciplina de Medicina do Trabalho da FCM da Unicamp, a Feira Industrial de Pedreira (FIPE) e a participação do Sindicato dos Trabalhadores na Indústria de Cerâmica, de Louça, de Pó de Pedra, da Porcelana e de Louça de Barro de Pedreira, Fundacentro, DRT, o Programa procurou nuclear ações de Saúde coletiva, na perspectiva também de promover uma maior "consciência sanitária" sobre a questão Saúde e Trabalho.

Em Pedreira já havia sido realizado um estudo epidemiológico no final dos anos 70 e, no início dos 80 a Fundacentro fizera inquérito de higiene do trabalho em várias empresas. 121

Assim, a atuação da SES-SP vinha continuar atividades já iniciadas, agora numa perspectiva de envolver trabalhadores e empresários na questão. De fato isso ocorreu, e o inquérito clínico-epidemiológico foi realizado com a entrevista dos trabalhadores no próprio local de trabalho por equipe de funcionários do Centro de Saúde (CS) treinados no preenchimento de uma Ficha de Cadastramento que continha a "História Ocupacional", sendo que as radiografias de pulmão e provas funcionais respiratórias foram efetuadas pela FCM da Unicamp, através do Setor de Saúde Ocupacional.

De setembro de 1985 até o final de 1987 foram cadastrados 4.065 trabalhadores, sendo diagnosticados 136 silicóticos, os quais foram analisados conforme as variáveis sexo, idade e tempo de serviço. Ocorre, porém, que mesmo num clássico estudo de prevalência, a constatação da predominância da doença em homens, após 35 anos de idade e com mais de 10 anos de trabalho era explicada, pela equipe do TS em documento apresentado à sociedade civil local, pelo viés da inserção na historicidade dos processos de trabalho, mostrando a "penetração" dos pressupostos a MSL. Assim, não era naturalizada a associação silicose-homem maduro-tempo de trabalho, conforme explicação muito presente em estudos dessa natureza. 122

120. SES-SP/Coordenadoria de Serviços Técnicos Especializados/Instituto de Saúde *Programa de Saúde do Trabalhador. Projeto de Investigação Epidemiológica Sobre Silicose nas Indústrias de Cerâmica do Município de Pedreira-SP.* São Paulo, set 1985, 31p. [mimeo] p. 3.

121. Ver a respeito MORRONE, Luiz Carlos *Epidemiologia da Silicose no Estado de São Paulo.* Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) Departamento de Epidemiologia, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 1979 e SOTO, José Manuel O. Gana, ZIDAN, Leila Nadin et al. Levantamento do Risco Potencial de Silicose (Estudo Realizado em Indústrias Cerâmicas do Município de Pedreira, São Paulo) *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, v. 9, n. 39, p. 71-108, 1981.

122. Ver a respeito Secretaria de Estado da Saúde. Instituto de Saúde *Silicose em Pedreira: caracterização etária, sexual e por tempo de serviço da população cadastrada e portadora de silicose.* São Paulo: TS/ Área Saúde e Trabalho, 1988, 21p. [mimeo]. Ver também LACAZ, Francisco Antonio de Castro & NASCIMENTO, Paulo Roberto *Caracterização da População Ceramista e Silicótica de Pedreira.* In: *Anais do II Congresso da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva.* São Paulo: ABRASCO, jul 1989, p. 6.

O cadastramento realizado pelo Programa de Atenção à Saúde do Trabalhador Ceramista, expõe então à sociedade uma realidade anteriormente escondida nos escaninhos da Previdência Social, ou nas estatísticas de óbitos por insuficiência respiratória cujo nexó ocupacional era negado, ou seja, torna público o privado. Além disso, possibilita a intervenção nos locais de trabalho e mobiliza a sociedade que cria a Associação de Silicóticos de Pedreira - forma de organização hoje corrente entre vítimas de doenças do trabalho - cuja oposição ao Sindicato cooptado, leva vários de seus membros a assumir cargos na nova direção sindical que assumia.

Por outro lado, é a partir do cadastramento que surgem desdobramentos ao nível da própria Academia e do Instituto de Saúde - através do Núcleo de Investigação em Saúde e Trabalho - que, posteriormente, entre 1989-91 empreende estudo proposto por ocasião da publicização dos resultados do cadastramento. 123

Diante de algumas evidências que foram apontadas pelo estudo, posteriormente desenvolveu-se outra investigação através do agora Núcleo de Investigação em Saúde do Trabalhador do Instituto de Saúde de caráter qualitativo, utilizando os pressupostos da MSL, na busca do entendimento da constituição da doença enquanto processo social e histórico associado à constituição dos processos de trabalho do parque industrial local. 124

Cumprindo, então, um papel arregimentador e nucleador o PST de Pedreira possibilita o exercício de uma experiência em que pela primeira vez na cidade a "velha" questão da silicose é tratada como um "problema" de Saúde Pública, o que contribui para produzir importantes modificações nos processos de trabalho da indústria local, a partir da articulação assistência-intervenção nos locais de trabalho. Posteriormente, problemas institucionais levam à descontinuidade da experiência, apesar da permanência do seu potencial articulador.

Com esta experiência fecha-se o ciclo de propostas inovadoras e pioneiras desenvolvidas na rede de serviços básicos de saúde da SES-SP a partir de meados dos anos 80. Havia, então, uma forte expectativa quanto a continuidade delas e sua expansão. Contudo, não foi isto que ocorreu...

5.3. A Comissão de Saúde do Trabalhador (COST): idéia(s) fora de lugar.

A efervescência das modificações que vinham ocorrendo no Setor Saúde culminam com a realização, em março de 1986, sob o patrocínio do Ministério da Saúde, da VIII Conferência Nacional de Saúde (VIII CNS), a qual foi preparada nos vários estados

123. Ver a respeito trabalho apresentado pelo docente do Setor de Saúde Ocupacional do DMPS da FCM da Unicamp: OLIVEIRA, José Inácio A prevalência de silicose nos trabalhadores das indústrias de Pedreira, S.P.. In: VI Congresso Nacional de Medicina do Trabalho. *Anais*. Recife, Pe., 1989 e LACAZ, Francisco Antonio de Castro & NASCIMENTO, Paulo Roberto do, *Processo de Trabalho na Indústria Cerâmica e Silicose: Reconstrução do Processo de Determinação da Doença na cidade de Pedreira, S.P. Relatório final*. São Paulo: CNPq-TS, abril de 1991. 119 p + anexos. [mimeo]

124. Ver a respeito LACAZ, & NASCIMENTO, *op. cit.*, 1991.

do país mediante intenso processo de participação e arregimentação de forças políticas que já se articulavam anteriormente na luta pelas eleições diretas para presidente da República, na busca da ruptura **completa** com o Regime Militar.

Assim, coroada pela importante participação popular em suas etapas Regionais e Nacional a VIII CNS propõe dentre suas Resoluções a realização de Conferências específicas e, com isso, de 01 a 05/12/1986 realizou-se a I Conferência Nacional de Saúde dos Trabalhadores (I CNST), a qual contou também com importante presença de trabalhadores, técnicos, políticos e sindicalistas perfazendo um total de 800 participantes de todo o país. A estimular a participação havia a perspectiva próxima do processo Constituinte para o qual o palco da I CNST serviu de "articulação de forças."

Considerado por vários autores um marco na difusão e discussão das propostas de ações programáticas de Saúde do Trabalhador, para as quais funcionou como uma verdadeira "caixa de ressonância", os seus desdobramentos ao nível das várias regiões e estados do país, de onde partiram as experiências iniciais ali discutidas e socializadas, eram bastante aguardados e considerados promissores, na caminhada pela defesa da Saúde como DIREITO a ser concretizado no Sistema Único de Saúde pelo fortalecimento do Setor Público e na conquista da Reforma Sanitária. 125

De fato, muitas das principais propostas constantes do Relatório Final da I CNST, dividido nos temas: "Situação de Saúde do Trabalhador Brasileiro; Novas Alternativas de Atenção à Saúde dos Trabalhadores e Política Nacional de Saúde dos Trabalhadores", 126 foram posteriormente incorporados à Constituição Federal de 1988, 127 às Leis de Custeio e Benefícios da Previdência Social de 1991 à Lei do SUS de 1990. 128

A volta aos estados de origem trazia, então, a viva e forte expectativa de continuidade das experiências dos PSTs existentes quanto à sua consolidação e institucionalização e à sua ampliação e fortalecimento.

Em de São Paulo, contudo, ao empossar-se o novo Governo do Estado, no início de 1987, tendo à frente Orestes Quércia, configura-se que sua sustentação vai dar-se através de um arco de forças políticas nitidamente **conservador** - quando comparado ao governo anterior - e cuja prática política será marcada pelo clientelismo, pelo nepotismo e pela intolerância. 129

A gestão Quércia abrange o período de 1987-1990, sendo Secretário de Estado da Saúde o médico e professor universitário José Aristodemo Pinotti, durante a maior parte do período.

125. Ver MENDES, *op. cit.*, 1986, TAMBELLINI et al., *op. cit.*, 1986, COSTA, et al., *op. cit.*, 1989, DIAS, *op. cit.*, 1994.

126. Ver BRASIL. Ministério da Saúde I Conferência Nacional de Saúde dos Trabalhadores. *Relatório Final*. Brasília, DF, 1986.

127. Ver Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva-ABRASCO *Saúde e Trabalho: Desafios para uma Política (Contribuição da ABRASCO ao Processo de Definição de uma Política Nacional de Saúde do Trabalhador)*. São Paulo: Comissão de Saúde e Trabalho da ABRASCO, set 1990. 63 p. + anexos. [mimeo]

128. Ver a respeito, CARVALHO, Guido Ivan de & SANTOS, Lenir *Sistema Único de Saúde: Comentários à Lei Orgânica de Saúde (Leis 8.080/90 e 8.142/90)*. São Paulo: HUCITEC, 1992. 371 p.

129. Exemplo disso é a extinção da carreira dos Médicos Sanitaristas, o repasse de verbas aos municípios de acordo com a afinidade político-partidária, bem como a escolha de cargos de direção no SUDS e os afastamentos de profissionais de postos estratégicos também por razões também político-partidárias.

De início, aparentemente, as possibilidades que se avizinhavam seriam favoráveis ao campo, pautando-se pelo discurso de posse do novo Secretário que coloca como uma das prioridades de sua gestão, dentre outras, a questão da Saúde dos Trabalhadores; chamando para assumir o cargo de Secretário Adjunto o professor René Mendes, cuja trajetória acadêmica e profissional insere-se fortemente ao campo e que havia apresentado em 1986 Tese de Livre-Docência apontando diretrizes na defesa da incorporação das ações de Saúde Ocupacional na rede pública de serviços de saúde.

Após alguns meses à frente da SES, em carta datada de 02/06/87, o Secretário convidava um grupo de professores e apenas **um sindicalista** para comporem uma Comissão com a finalidade de assessorá-lo nas questões relacionadas àquela temática.¹³⁰

É digno de nota que **nenhum técnico** que participou das atividades dos PSTs na gestão anterior é convidado para compô-la, expressando de antemão uma postura preocupante que desconsiderava os acúmulos obtidos durante a Administração anterior e partia de uma visão auto-centrada e "pioneira" muito própria da política nacional.¹³¹

Assim, na carta-ofício era explicitada mais uma vez aquela prioridade acima referida, dentre outras, da forma como se segue:

"... ao mesmo tempo em que vimos tomando as medidas necessárias a fim de criar o SUDS/SP, pretendemos, (...), promover a educação para a saúde da população, a educação (...) para profissionais de saúde na rede e estabelecer programas prioritários dentro da Secretaria ..., aqueles que terão prioridade serão os relacionados com a mulher, a criança e com o trabalhador ...

"A fim de facilitar à população a utilização dos conhecimentos mais modernos sobre os diversos problemas que afligem sua saúde, estamos organizando Comissões que deverão orientar científica e criticamente os diferentes programas.

"Cada Comissão será presidida por um professor universitário da área ...

¹³⁰ . Com a finalidade de legitimar-se junto à comunidade acadêmica o novo Secretário cria cerca de duas dezenas de Comissões assessoras, compostas por pessoas de "elevado saber e notória competência", em geral vindas da Academia. A guisa de convite, é então enviada essa carta assinada pelo próprio Secretário explicitando os objetivos que se pretendia. Cada Comissão, em média, era formada por cerca de 10-15 pessoas. No caso da saúde do trabalhador foi instituída, através da Resolução SS-182 datada de 02/06/87 e publicada pelo Diário Oficial do Estado (D.O.E.) de 03/06/87. A Comissão de Saúde do Trabalhador (COST) composta pelos seguintes membros: 1. prof. dr. Diogo Pupo Nogueira (presidente) do Departamento de Saúde Ambiental da FSP/Usp; 2. dr. Bernardo Bedrikow (ex-médico chefe da Subdivisão de Higiene e Segurança Industrial do SESI/SP); 3. profa. dra. Marcília Medrado Faria (DMP/FM/Usp-SP); 4. prof. José Tarcísio P. Buschinelli (DMS/FCM/Sta. Casa-SP e Fundacentro); 5. prof. Satoshi Kitamura (médico da Petrobrás e do DMPS/Setor de Saúde Ocupacional/FCM/Unicamp); 6. prof. dr. Henrique Della Rosa (Instituto Química/Usp); 7. prof. dr. Waldemar Ferreira de Almeida (DMPS/FCM/Unicamp); 8. profa. dra. Maria Cecília Pereira Binder (DMLSP/FM/Unesp-Botucatu); 9. prof. dr. Marcelo Marcondes Machado (FM/Usp-SP); 10. profa. dra. Maria Helena Prado Mello Jorge (Depto. de Epidemiologia/FSP/Usp); 11. Remigio Todeschini (sindicalista/Secretário do DIESAT). Compunham ainda a COST o prof. dr. René Mendes, à época Secretário de Saúde Adjunto e o prof. Luis Carlos Morrone (DMS/FCM/Sta. Casa-SP), coordenador do PST da SES-SP na gestão Quécia.

¹³¹ . Ver a respeito, IANNI, O. A **Idéia do Brasil Moderno**. São Paulo, Editora Brasiliense, 1994, 2ª. edição e IANNI, O. O Brasil Nação In **Brasil em Artigos**. (Coletânea de textos publicados na revista São Paulo em Perspectiva) São Paulo, Fundação SEADE, 1995, pp. 9-28. Coleção SEADE-BOLSO.

"*Pretende-se (...) integrar o conhecimento novo às ações de saúde do Estado...*

"... *A presença do usuário, em alguns casos, traduz a nossa intenção de estabelecer controle social do sistema de saúde em todos os níveis...*"

No que se refere aos objetivos da Comissão de Saúde do Trabalhador (COST), prescrevia a Resolução SS-182 de 02/06/87 que a criara:

"*O Secretário da Saúde, considerando a necessidade de implementação de medidas que visem criar o SUDS do Estado de São Paulo;*

"*considerando que tal Sistema será composto por Programas de Saúde que entre os prioritários, destaca-se o do Trabalhador ... resolve.*

"*Art. 1º. - Fica instituída a Comissão de Saúde do Trabalhador (COST), com o objetivo de orientar científica e criticamente o Programa de Saúde do Trabalhador (PST)...*

"*Art. 2º. - À COST cabe:*

I. apreciar as propostas da Secretaria de Estado da Saúde quanto aos objetivos e atividades prioritárias do PST,

II. criticar e subsidiar cientificamente as ações propostas ou implementadas, bem como revisar e/ou reorientar as metas previstas,

III. analisar, selecionar e sugerir estudos, pesquisas e demais trabalhos que contribuam para o aperfeiçoamento do Programa,

IV. colaborar através de seus membros na implantação do Programa nos diferentes setores ou regiões do Estado. 132

Observa-se, pelo exposto, um certo discurso mistificador no qual é imputada e transferida à Academia uma capacidade de transformar o conhecimento em algo prático e imediatamente aplicável à realidade cotidiana, além de torná-la possuidora de uma capacidade crítica e científica sobre as atividades dos serviços que não faz parte das suas preocupações rotineiras, na medida em que pouco se insere nos serviços fora das atividades de extensão.

Ao lado disso, é questionável aceitar-se que a participação de um sindicalista entre onze membros possa configurar uma representação dos trabalhadores. Mais ainda, a não existência de membros com vivência em atividades de serviço na rede da Secretaria da Saúde revelava, por um lado, a postura hostil do Secretário aos médicos sanitários e, por outro, a desvalorização do acúmulo atingido pela experiência dos PSTs na gestão anterior. 133

132 . SES Resolução SS-182, de 2-6-87, D.O.E. de 03/06/87, Seção I. p. 32.

133 . A esse respeito observe-se que a tensão permanente entre o Secretário e os sanitários culminou, em 1989, com a extinção da carreira de médico sanitário na SES por ato do Secretário, o que foi acompanhado do fechamento de seu órgão de representação a Associação de Médicos Sanitaristas do Estado de São Paulo, reativada a partir de 1976. (NEMES FILHO, A., 1992) Quanto às experiências de PST em andamento na rede, iniciadas na gestão YUNES, havia cerca de 10 delas na SES-SP espalhadas por todo o Estado de São Paulo: ABC, Campinas, Vale do Ribeira, Presidente Prudente, Pedreira, Cubatão, Marília, Zona Norte do Município de São Paulo, Salto. (MENDES, 1986)

A este respeito é revelador o depoimento a seguir, sobre o que ocorreu na região de Ribeirão Preto, onde havia uma interessante articulação da SES através da Vigilância Sanitária, com o DMS da FM da Usp, configurada num Grupo de Trabalho que elaborava a proposta do PST para a região e buscava apoio político institucional e social para a empreitada, é nítida a disputa ideológica e a política de "terra arrasada" que vai marcar a gestão da Secretaria, sob PINOTTI:

"... ficou explícito que a gente deveria (...) levar adiante esse processo e (...) que tínhamos todo apoio da Secretaria de Saúde para estarmos implantando o Programa na região. (...) chegamos a organizar o primeiro Seminário de Saúde do Trabalhador que aconteceu aqui em Ribeirão Preto. (...) com o objetivo de um lado ... [de] estar divulgando (...) estar fazendo articulações com os sindicatos de trabalhadores (...) E também ter de público o compromisso, o comprometimento do Coordenador do Programa ... A partir do momento que nós realizamos este Seminário (...) em setembro de 88 (...) um mês depois o Morrone veio aqui, (...) anunciou pela televisão que a partir do dia seguinte o Programa seria implantado em toda a região e nem um mês depois (...) ocorreu mesmo o 'desmonte' a nível de Ribeirão que não foi um processo que ocorreu só aqui mas foi extensivo ao Estado como um todo ... nesta época o (...) Quércia acabou com a carreira dos sanitaristas, porque eles eram tidos, (...) com pessoas de 'esquerda', enfim, (...) eram pessoas que não atuavam segundo a linha de diretrizes políticas traçadas pela própria Secretaria da Saúde. E aqui em Ribeirão o primeiro a ser exonerado foi o (...) diretor do ERSA e (...) quem assumiu foi um advogado que era do corpo da Santa Casa ... E assim que ela assumiu (...) o primeiro ato dele foi a exoneração do Palocci da Vigilância Sanitária e de outros profissionais ... Isso impossibilitou que a proposta fosse implantada (...) e (...) o Palocci e a Margareth que também era (...) sanitarista que trabalhava na Vigilância Sanitária, estavam (...) sem exercício de qualquer função, porque eles foram impedidos de continuar levando adiante o trabalho sobre a questão da intoxicação por agrotóxico ... 134

Do ponto de vista da eficácia de atuação da COST, fica explícita a sensação de frustração e do não cumprimento das metas; além de uma certa manipulação de suas atividades por parte da cúpula da Secretaria de Estado da Saúde, que usava a posição e o "status" de seus membros para fazer propaganda de sua empreitada na criação desta instância de "assessoria e consultoria". Não houve um produto real, um resultado palpável das atividades da Comissão que justificasse sua continuidade.

"A repercussão do trabalho da Comissão junto ao Secretário ou junto à Secretária, (...) com rigor, foi muito pequena. (...) a idéia da gente procurar realmente atingir ao Secretário no sentido de promover coisas diferentes, ampliar (...), isso nunca aconteceu ... [procurou-se] traçar algumas prioridades, sem conseguir intervir realmente em desenhar uma política ... influência realmente não teve ... E a gente foi também aos poucos se desinteressando ... não chegava aonde a gente queria chegar ... chamava de alto nível, o nome oficial dela era esse. Mas o alto nível ficava sempre muito por baixo (nisos) ... para a Secretaria você estava até fazendo uma certa propaganda do pessoal de

¹³⁴ Conforme entrevista gravada concedida ao autor em 09/09/94, por S, socióloga e professora universitária. Antonio Palocci Filho, sanitarista que atuava na Vigilância Sanitária do Escritório Regional de Saúde (ERSA), referido na entrevista foi eleito posteriormente deputado estadual em 1988 e prefeito municipal de Ribeirão Preto em 1992 pelo Partido dos Trabalhadores.

alto nível e tal (...) Eu mesmo mais de uma vez levantei a questão da validade da gente manter essa atividade diante do pouco resultado que a gente via ... " 135

Percebe-se, pois, um sentimento de não cumprimento de objetivos e de manipulação política da Comissão pela SES.

A dinâmica empreendida às atividades da COST leva à realização de reuniões mensais, o que fará religiosamente de 1987-1990.

Pode-se perceber, pela análise das Atas de reuniões que em sua trajetória a COST perseguiu três "idéias-força": a busca estéril do envolvimento dos Hospitais Universitários (HUs) na perspectiva de assumirem o papel de Centros de Excelência científica na formação e como serviços de referência no atendimento de acidentados e doentes; a proposição de diretrizes para uma Política Estadual de Saúde do Trabalhador, com forte peso na formação de pessoal e, em seu período final de existência a preocupação em definir critérios "técnico-científicos" para a normatização de questões relativas a doenças do trabalho.

Na primeira reunião, em 05/06/1987, foi enfatizado por René Mendes, então Secretário de Saúde Adjunto que para a SES-SP

*"... a expectativa com relação ao papel da COST era grande. [falou] da liderança dos Hospitais Universitários dentro do Sistema de Saúde. A Secretaria (...) é prestadora de serviços e essa ponte entre o (...) prestador de serviços e o **sabedor de como fazê-lo**, tem duas mãos. Uma, onde a Secretaria solicita assessoramento e a outra onde a Comissão ajude a orientar, (...), identificar e mostrar o que há de mais atualizado. Essa é, portanto, a razão do cuidado na escolha de todos (...) Disse da **importância das Universidades no atual Programa e enalteceu a 'Academia'** na produção não só de grandes mas de excelentes trabalhos."*

O Secretário Pinotti, por sua vez, enfatizou

*"... a necessidade de total liberdade para que todos (...), criticassem e subsidiassem, **cientificamente**, as ações propostas ou implementadas, bem como revisassem e reorientassem as metas previstas. A (...) sugestão de estudos, pesquisas e demais trabalhos também são prioridades para o aperfeiçoamento do Programa."* 136

Foi solicitado ainda, pelo presidente da Comissão, prof. Diogo Pupo Nogueira, o empenho de "todos para que estudassem a proposta do Programa de Saúde do Trabalhador", a qual era calcada na Tese de Livre-Docência de René Mendes (1986).

A importância dada à Academia no assessoramento à SES, na estratégia perseguida pela gestão Pinotti, mostra-se irreal já que a prática demonstrava o divórcio da Academia em relação aos problemas de saúde da população e, particularmente, da população trabalhadora, conforme apontava o Relatório final do Seminário de 1984.

Aqui também é digno de nota depoimento em que, passados vários anos, num balanço da atuação da COST, um de seus membros tenha-a considerado

135. Conforme entrevista gravada concedida ao autor em 31/05/1994 por A, médico e ex-assessor de entidade técnica empresarial.

136. Conforme entrevista gravada concedida ao autor em 30/07/1994 por F, médico e professor universitário.

"... o grupo de sábios [qu]e ao mesmo tempo não tinha nada a ver com a realidade que se passava nos serviços e na própria máquina da Secretaria ... tem um peso relativamente pequeno, limitado, (...), ela não fez nada (...) no fundo é isso ...

"era (...) uma certa esquizofrenia, uma Comissão teórica, achando que estava resolvendo os problemas (...) e a realidade da estrutura e da máquina totalmente (...) em outra (...) Era um exercício de faz-de-conta (...) pode ter nascido com boas intenções (...), mas ela rapidamente se mostrou inócua, para não dizer inútil e até talvez mantida, (...) para manter a fachada ... não era um fórum político [foi] deformada ou conformada sob esse ângulo técnico-acadêmico (...) absolutamente insuficiente (...) na nossa área é muito forte a necessidade de se trabalhar em dimensões políticas (...), de atores sociais mais diversificados e isso (...) nem foi a pretensão dessa Comissão (...), mas (...), a força dela foi muit o pequena e aí com a minha saída ela, de certa forma, aumentou um pouco a força porque o Morrone ficou meio no ar (...) quando eu saí (...) ele foi se amparar nessa Comissão e para todos os efeitos estavam lá as pessoas que também de certa forma estavam ligadas ao passado dele (...) que vieram assessorar (...) numa dimensão apenas técnica e, eis aí (...), não só os limites da Comissão, como também a garantia da inviabilidade política de que esse Programa fosse efetivamente prá valer! Houve um desmonte (...) de tal forma ... um distanciamento visível entre a concepção teórica (...) descolada da realidade (...) de nada a ver com a realidade da Secretaria. "137

De certa forma o depoimento espelha um desencanto com a experiência vivida que inviabilizara a implantação prática das diretrizes teóricas que seu autor defendera em trabalho acadêmico.

Por outro lado, a ênfase colocada no papel dos HUs como instância modelar para os serviços de saúde não tinha qualquer base na realidade dado que era exceção o envolvimento dos serviços universitários numa integração com a rede básica de saúde pública.¹³⁸ Frise-se que esta preocupação será uma constante nas discussões da COST, sem que tenha produzido qualquer eco. Tratava-se, pois, de uma idéia sem qualquer respaldo na prática da Academia em São Paulo, salvo as honrosas exceções. A este respeito MENDES assim se pronunciou, quando comentou a experiência vivida por ele na Escola Paulista de Medicina (EPM), no Departamento de Medicina Preventiva (DMP), no início dos anos 70, quando existiu um ambulatório de doenças profissionais. A Escola Paulista de Medicina/Departamento de Medicina Preventiva:

"... tolerou o ambulatório, achou que era ótimo ter lá 10-15 pessoas e era bom sob todos os aspectos, mas efetivamente nunca materializou as condições para contratar ninguém (...) para ter um docente contratado em seu quadro ... não sobrou nada da EPM, (...) não ficou (...) infraestrutura nenhuma ... rotulo isso como falta de sensibilidade política (...) do DMP-EPM de ter capitalizado aquele momento de (...) poder ter sido o grande centro (...) a liderança das Preventivas, porque as outras também (...) não tinham

¹³⁷ Conforme entrevista gravada concedida ao autor em 30/07/1994 por F, médico e professor universitário.

¹³⁸ A este respeito na I Reunião Nacional sobre Ensino e Pesquisa em Saúde Ocupacional realizada pela ABRASCO em 1983, a única experiência relatada de articulação e assessoramento entre a rede de serviços de saúde e a Universidade dava-se em Campinas envolvendo grupo de profissionais do CSE de Paulínea ligado ao DMPS da FCM/Unicamp e a rede básica da secretaria Municipal de Saúde de Campinas, numa perspectiva de atuar nas pequenas e médias empresas. (Conforme ABRASCO, 1984, p. 219)

nada ... perdeu-se uma oportunidade (...) ímpar de arrancar um Programa que hoje poderia ser um 'super' Instituto vinculado a uma Escola Federal de Medicina..." 139

A impertinência não se resumia à ênfase no papel dos HUs, remontava à origem da proposta, na medida em que o Programa de Saúde do Trabalhador fora inicialmente pensado como de "Saúde do Adulto", sendo então recolocado e elaborado por René Mendes, após convite do Secretário, o que expressava uma "pitada" de progressismo no embate político-ideológico da visão original de Pinotti com a visão "sanitarista":

"Pinotti era visto como alguém de 'direita', sobretudo pela maioria dos sanitaristas ... A vitória do Quéricia não foi a continuidade de Montoro ... toda a chamada esquerda, a elite (...) do PMDB não permaneceu no Governo Quéricia ... [e eu disse] Mas, Pinotti você tem uma oportunidade ímpar de dar um salto. Ao invés de chamar de (...) Saúde do Adulto, (...) chamar Saúde do Trabalhador e, (...), aqui está um espaço (...), inovador, inclusive, de (...) inovar conceitualmente e programaticamente nessa área ao invés de repetir Saúde do Adulto que já não é uma coisa muito nova ... [então] a matriz da compreensão da Secretaria da Saúde naquele momento ... [e] está na Tese ... volta para a Secretaria da Saúde no tempo que trabalhei com o prof. Pinotti com todas as dificuldades, mas a linha central é essa. (...) eu fui convidado para ser Secretário Adjunto [e] defensor do espaço da saúde do trabalhador na Secretaria." 140

Em sua 2ª. reunião, no dia 19/06/87, a COST discute o Programa elaborado pela Secretaria, na verdade um *ersatz* de parte da Tese de Livre Docência de MENDES (1986), sendo colocado

"em debate os seguintes assuntos: a institucionalização dos programas atualmente existentes; a Fundacentro (...) no treinamento dos responsáveis pelos Programas; ...; (...) Seminário interno para que a Comissão tenha possibilidade de ouvir os Programas; (...) que a SES deveria cumprir sua parte em entendimento com outras instituições, como por exemplo a DRT e SERT (...) a integração das atividades INAMPS e SES." 141 (grifos nossos)

Em certa medida a COST estava "sintonizada" com seu tempo quando se propôs a discutir a **institucionalização** das experiências de PSTs existentes naquela época, visto que sua não ocorrência tinha sido um sério problema herdado da Administração Yunes e que **fragilizou** fortemente tais experiências. Porém, a sugestão de que a Fundacentro assumisse o treinamento dos responsáveis pelos PSTs demonstrava uma **idéia** e uma compreensão equivocada pois, como já foi visto quanto ao seu papel durante os anos 70, aquele órgão do MTb tinha (e tem) um viés totalmente **avesso** à idéia da temática enquanto uma abordagem dentro do campo da Saúde Coletiva, entendendo-a como um campo especializado e afeto à Medicina do Trabalho e à Saúde Ocupacional. A

139. Conforme entrevista gravada concedida ao autor em 30/07/1994 por F, médico e professor universitário.

140. Conforme entrevista gravada concedida ao autor em 30/07/1994 por F, médico e professor universitário. A referência à Tese é relativa à Tese de Livre Docência de MENDES (1986) que serviu de base para a formulação da proposta de PST na gestão Pinotti, após a passagem do autor também pela OPAS entre 1982-84, período em que sob sua coordenação, segundo a mesma entrevista, coroou-se "a idéia fixa de que o Sistema de Saúde, os serviços de saúde, têm um papel a cumprir na área de Saúde do Trabalhador ou das denominações que eu mencionei ... Então a (...) 1ª. proposta de PST da OPAS (...) é do ano de (...) 1983 e foi construída a partir de uma idéia que veio da Barra Funda, Paulinea."

141. Ver Ata da 2ª. reunião da COST, datada de 19/06/87.

louvável intenção de realizar o Seminário interno permaneceu apenas como uma intenção que não se viabilizou, tendo o distanciamento COST-PSTs marcado a trajetória da gestão Pinotti. Quanto à relação interinstitucional, esta é enunciada de modo a colocar a SES a reboque, sem assumir seu papel como organismo nucleador e de pólo dinâmico dessa política, como ousara fazer anos antes.

Em momento seguinte, ao propor que a SES recebesse das empresas o pagamento pelos exames de admissão e periódicos realizados para os seus funcionários. 142

A COST assume, por trás dessa proposição - o não dito - a estratégia de voltar as ações do PST para as pequenas e médias empresas que não dispunham dos SESMETs, num retrocesso em relação à posição já estabelecida anteriormente, de que aos órgãos de saúde pública não caberia assumir tal papel subsidiário. Na conjuntura anterior estava patente que deveriam atuar enquanto órgãos que têm o papel de "autoridade sanitária" com uma abordagem que privilegiasse a assistência aliada à vigilância da saúde dos trabalhadores. 143

Nesta mesma época, através da Resolução SS 226 de 13/07/87, é constituído o Grupo Executivo de Programa (GEPRO) de Saúde do Trabalhador, instância composta por técnicos do quadro da SES, que se constituiu por algum tempo no espaço de luta política em que os sanitaristas que vinham à frente dos PSTs na Administração Yunes tentaram marcar posição contrapondo-se à postura que vinha sendo imprimida pela nova Administração aos PSTs, considerada um retrocesso teórico-conceitual e metodológico. Este espaço foi sempre tensionado entre o discurso do movimento sanitário pela Saúde do Trabalhador e o discurso conservador da "velha" Saúde Pública que incorporava a Saúde Ocupacional e a Medicina do Trabalho.

À propósito disso é ilustrativo trecho do depoimento abaixo:

"... nós não tínhamos ainda a preocupação de distinguir a Medicina do Trabalho como atividade dentro de uma Escola Médica, a Saúde Ocupacional dentro de uma Escola de Saúde Pública ou de uma atuação em Saúde Pública. Então a diferença que fazíamos era essa: a Medicina do Trabalho como uma especialidade médica e a Saúde Ocupacional como um campo da Saúde Pública e a Saúde do Trabalhador (...) não se falava nestes termos e a visão (...) era a visão clássica da Saúde Pública constituída mais ou menos em analogia com a Medicina Preventiva e a Saúde Pública (...): a Medicina Preventiva está para a Saúde Pública, assim como a Medicina do Trabalho está para a Saúde Ocupacional. E, como contribuição médica, de atuação médica e exercício da prática individualizada que pode ser na fábrica, (...) no serviço de saúde ... e a Saúde Ocupacional do coletivo, com aporte de outras disciplinas. Essa era a forma como nós lidávamos..." 144

Ilustrativo esforço, datado, em definir objetos e analogias, no qual a prática sobre o coletivo e o individual convivem nos serviços de saúde sem questionar a que

142. Conforme Ata da 3ª Reunião da COST, datada de 10/07/87.

143. Ver a respeito SES/CST/TS/Área Saúde e Trabalho, 1984 [mimeo] e FREITAS, LACAZ e ROCHA, *op. cit.*, 1985.

144. Conforme entrevista gravada concedida ao autor em 30/07/1994 por F, médico e professor universitário.

finalidade atende e com que projeto compromete-se. Ainda não se enunciava sobre o trabalhador como agente/sujeito da sua saúde ...

Em suas definições iniciais a respeito dos objetivos e atribuições do PST, conforme proposta elaborada por MENDES, a COST aprova enunciados que estão interditados na vontade de saber da maioria de seus membros, oriundos da Medicina do Trabalho-Saúde Ocupacional. Assim, define que

"As atividades do PST visam contribuir para a elevação dos níveis de saúde e bem-estar da população economicamente ativa do Estado de São Paulo, através de medidas que reduzam ou eliminem os agravos à saúde evitáveis, (...), principalmente os causados diretamente ou indiretamente pelos processos de produção.

"Constituem objetivos específicos do Programa identificar, medir e reduzir:

- a 'fração evitável' devida às más condições de trabalho, às formas inadequadas de organização do trabalho e a deterioração da qualidade ambiental, na etiologia das doenças crônicas e degenerativas de mais elevada incidência no Estado de São Paulo;

- a ocorrência de acidentes do trabalho, prioritariamente os incapacitantes, graves ou fatais;

- a ocorrência de doenças profissionais produtoras de incapacidade permanente ou de morte em trabalhadores urbanos e rurais;

- a ocorrência de intoxicações por agrotóxicos em trabalhadores rurais e em seus familiares." 145

Observa-se aqui um discurso moderno e convincente que relaciona agravos os mais variados com o trabalho, fugindo da visão tradicional de causalidade direta. Assim, lançando mão da "ferramenta" epidemiológica poder-se-á quantificar e reduzir ao mínimo possível e tolerável aqueles agravos indiretamente e diretamente ligados às condições e organização do trabalho, independentemente das resistências interpostas pela economia do capital constante, ao que se soma uma visão neutra e a-histórica da inadequação da organização do trabalho que parece não atender a determinações sócio-políticas definidas na contradição entre capital-trabalho em cada sociedade real. T tamanha empreitada não explicita como efetivar-se, já que a neutralidade técnica competente, que prescinde da participação dos maiores interessados tudo pode prever e superar.

Ao lado de preocupar-se com definições internas a COST também ditava diretrizes para instâncias externas à SES. Nesta linha, o tema da municipalização da ações de saúde é colocado em pauta atendendo uma solicitação do Secretário e, prescreve-se que quanto às

"... metas a serem propostas nos convênios de Municipalização, foi consenso de que estas metas deverão englobar as seguintes etapas:

1. diagnosticar os problemas de saúde;

¹⁴⁵. Ata da 4ª. Reunião da Comissão de Saúde Integral do Trabalhador, datada de 24/07/87.

2. *definir os parâmetros que serão utilizados para sua mensuração e acompanhamento;*

3. *estabelecer os resultados que se espera atingir.*" 146

A par do simplismo e do lugar comum da prescrição acima, é importante assinalar que a municipalização constituiu-se na "pedra de toque" das ações de saúde dentro do SUDS no final dos anos 80, tendo assumido com a eleição, em 1989, de uma série de candidatos populares importante espaço nas políticas públicas. Os convênios de municipalização que enfrentaram o perigo do clientelismo e do entrave no repasse de verbas, permitiram em muitos casos a implantação de experiências de municipalização das ações em saúde do trabalhador que foram importantes, algumas das quais serão discutidas e analisadas neste capítulo. Quanto à atuação da COST na ajuda à implementação de PSTs ao nível municipal pode-se considerar que teve pouca contribuição nesta perspectiva.

Voltando-se para o espaço interno, a COST discute o documento "Programa de Saúde do Trabalhador-Atividades e Metas para o Período de 16/10/87 a 31/12/90", proposto pela Coordenação do PST-SES/SP, tendo sido aprovado.¹⁴⁷

Eivado de uma série de pontos questionáveis, dado seu viés calcado na MT-SO de caráter "medicalizante" e tecnicista, que fugia da perspectiva "sanitária", tal documento foi motivo de análise crítica tanto do grupo de sanitaristas e técnicos que viveram a experiência de participação nos PSTs desde a gestão Yunes, que mais uma vez posicionavam-se contrários à forma como era conduzido o PST pela nova coordenação.

Em sua análise crítica, tanto em relação ao seu conteúdo como à forma de sua elaboração, os sanitaristas pronunciaram-se através do documento "Análise Crítica das Atividades e Metas do Programa de Saúde do Trabalhador":

"... o que emerge das experiências dos Programas é (...) se distinguir os problemas antevistos daqueles que podem ser resolvidos em dado momento, e tal capacidade só a possui o próprio processo social. Qualquer outro mecanismo de ação coloca em risco as (...) conquistas efetuadas e compromete os passos futuros da saúde pública.

"Assim, a Coordena[ção] do Programa de Saúde do Trabalhador ao elaborar um plano de trabalho como o que vem divulgando (...), e da forma como elaborou, ameaça resvalar pelas trilhas de sua própria inviabilização uma vez que um plano realmente pertinente à atenção à saúde do trabalhador toma-se tanto mais apropriado e adquire tanto maior legitimidade quanto mais primar pela estratégia de sua elaboração conjunta com os segmentos sociais envolvidos (...) onde a participação dos trabalhadores [é] um elemento fundamental no avanço das melhorias de sua saúde e das condições de trabalho." 148

A preocupação tática naquele momento, numa "guerra de posição" era de procurar preservar o acúmulo alcançado pela prática dos PSTs nos anos 84-86, quanto à

¹⁴⁶. Ata da 5ª. Reunião datada de 07/08/87.

¹⁴⁷. Ata da 7ª. Reunião datada de 11/09/87. Ver a respeito SES Programa de Saúde do Trabalhador. Atividades e Metas para o Período de 16/10/87 a 31/12/90. São Paulo. out 1987. 15 p. [mimeo]

¹⁴⁸. Secretaria de Estado da Saúde/Instituto de Saúde *Análise Crítica das Atividades e Metas do Programa de Saúde do Trabalhador*. sem local, sem data. 10 p. p. 1-2. [mimeo]

gestão participativa, prioridades de atenção, vigilância e educação em saúde, conforme o trecho abaixo:

"No que diz respeito à estratégia geral, embora proponha o 'desenvolvimento, fortalecimento e incorporação definitiva de atividades de saúde do trabalhador nas políticas (...) de saúde' não determina por que forma pretende relacionar as ações existentes com a programação do adulto (...) Tal fato não deve inviabilizar a andamento, o fortalecimento (...) das atividades que vêm sendo desenvolvidas na rede básica, sob pena de se **provocar um retrocesso** (...) no avanço já alcançados nessa área." 149 (grifos nossos)

"... ao assumir a realização dos exames pré-admissional, periódicos, exames laboratoriais (...), propõe-se incorporar às atividades da rede de serviços próprios (...) uma ação que é de responsabilidade das empresas (...) e deveria ser fiscalizada pelo Estado visando enquadrá-la dentro de padrões éticos e técnicos aceitáveis socialmente. (...), mais preocupante (...) é fazer-se tal proposição sem prever-se a fonte de custeio (...), o que deveria ser contemplado mediante recursos do Seguro de Acidente de Trabalho ..." 150 (grifos no original)

"No tocante à Vigilância Epidemiológica Os registros acumulados (...) devem ser 'meios' para a ação do SVE [Sistema de Vigilância Epidemiológica], o qual deverá englobar um planejamento de atividades a serem implantadas (...): fichas para a notificação compulsória de acidentes e doenças do trabalho diferentes das atuais CATs [Comunicação de Acidente do Trabalho], que não dão subsídios para uma ação de vigilância, testagem e padronização de fichas de investigação epidemiológica - das quais já existe um modelo sendo aplicado em algumas experiências de Programa de Saúde do Trabalhador; 151 articulação inter-setorial com órgãos de fiscalização das condições de trabalho e de controle do meio ambiente, de preferência através de convênios formais ... Da forma como está sendo colocada, a questão da VE resume-se numa coleta de dados que se transforma num fim em si mesma." 152 (grifos no original)

"A maneira com está posta no item Vigilância Sanitária a formação de um cadastro de empregadores não contempla, (...), a elaboração dos mapas de risco das empresas, metodologia esta de real valor para qualquer atividade da VS [Vigilância Sanitária]. Deixa-se (...) de considerar uma importante fonte institucional de informações que é o cadastro de empresas da CETESB o qual (...), é regionalizado... É digna de registro a colocação dos Sindicatos de trabalhadores como órgãos de interlocução. Porém carece de uma conotação mais ativa e participativa que não seja o mero fornecimento de informações." 153 (grifos no original)

149. *Ibidem*, p. 3.

150. *Ibidem*, p. 4.

151. Ver a respeito AUGUSTO, L.G.; ROCHA, L.E.; FREITAS, C.U.; LACAZ, F.A.C.; BICHER, A. Vigilância Epidemiológica de Doenças Ocupacionais. *Rev. Bras. Saúde Ocupacional*, v. 54, n.14, p. 32-64, 1986. Neste artigo, os autores - membros da equipe do setor *Saúde e Trabalho* do Instituto de Saúde (TS) e da Divisão Regional de Saúde da Baixada Santista - discutem a proposta/experiência de implantação de fichas para a Vigilância Epidemiológica, conforme vinha sendo feito no PST da Baixada Santista (Cubatão) e do DEVALE (Registro) à época.

152. SES/TS, s.d., p. 5.

153. *Ibidem*, p. 5. É digno de nota observar que na gestão Yunes a SES conseguiu uma aproximação com a CETESB, no sentido de utilizar as informações de seu cadastro, iniciando uma articulação interinstitucional

"Os cursos dirigidos a trabalhadores ... deveriam ser elaborados e ministrados com a participação do órgão técnico de trabalhadores ...

"Além disso, é de importância fundamental ser explicitado qual o conceito de educação para a saúde estará embasando tais cursos. Terão uma abordagem que permita a troca de conhecimentos com a 'clientela', resgatando sua vivência prática?

"O papel do SUDS-Regional no campo da participação interinstitucional (CRIS ou CLIS) será o de fazer um convite para participação (...) a instituições, dentre elas aquelas que representam trabalhadores e empregadores (...) Mas não define o grau que esta participação implica.... Tal definição configura uma clara explicitação do setor público da sua relação com o movimento social, especialmente (...) de trabalhadores, principais interessados numa participação efetiva nesse processo que já avançou (...) nos últimos 2 a 3 anos." 154

Na qualidade de único representante do movimento sindical na COST, o diretor do Sindicato dos Químicos do ABC e Secretário-Geral do DIESAT à época, Remigio Todeschini faz crítica semelhante, a qual foi apresentada à própria COST - escrita, simbolicamente, em papel timbrado do DIESAT - sendo até mais contundente; como que antecipando sua ruptura com a Comissão algum tempo depois, tensionando três aspectos abordados também pelos sanitaristas, mas que diziam respeito mais diretamente ao movimento sindical. Senão veja-se sua manifestação, datada de 24/09/87:

"O Programa de Saúde do Trabalhador que teve sua discussão iniciada em 11/09/87 nesta Comissão, representa um esforço (...) de enunciar as ações pretendidas pela Secretaria da Saúde nesta área específica. (...)

"Parece-nos, contudo, que algumas questões merecem do seu autor ou outros maiores esclarecimentos e de nossa parte, único representante sindical nesta Comissão, algumas ponderações.

"1. Em nosso entender deu-se ênfase **exagerada** à parte **educativa**, levando à suposição (...) que as doenças e acidentes do trabalho têm na **falta de conhecimento dos profissionais de saúde, empresários e trabalhadores, senão a principal, uma das principais causas**. Fazemos este reparo para enfatizar, ao contrário, que o movimento sindical (...) - tem visão diferente, encontrando no **processo de relações de produção e na desapropriação do trabalho, a síntese das determinantes dessas mazelas e das causas das doenças** (...) que atingem a população brasileira. Se este é o pensamento do autor e desta Comissão é bom que fique **explícito neste programa e que a lógica de sua implantação seja coerentemente invertida**. 155 (grifos nossos)

muito difícil, pela refratariedade daquela instituição, mas fundamental na perspectiva de uma maior racionalidade de atuação na relação saúde-trabalho-ambiente, a qual não teve prosseguimento na gestão Pinotti. 154. *Ibidem*, p. 7.

155. A respeito dessa questão, dentro da mesma formação discursiva que também inclui enunciados da epidemiologia, numa matriz discursiva que, com grande força diacrônica, em sua dispersão, antecipa o discurso sindical. Assim se pronunciou AROUCA TAMBELLINI nos idos de 1978, em texto **primal** a respeito das teorias explicativas dos acidentes do trabalho "... julgamos sintomático, por exemplo, o fato de que pesquisadores estudando as relações entre alcoolismo ou doença mental e acidente, afastando qualquer variável interveniente e na ausência de quadros explicativos mais amplos, **concluam pela necessidade da educação** (...), tomada como passagem de informação racional ao educando, como mecanismo de **prevenção de acidentes**." (p. 102) Mais adiante a autora propunha outra abordagem que superasse a idéia de "causa" identificando-se aqui também o mesmo discurso de TODESCHINI "... colocamos no **processo de trabalho a determinação**

"De qualquer sorte, se cursos para trabalhadores sobre as interações entre trabalho e saúde são necessários - e achamos que são - a Secretaria da Saúde deve delegar prioritariamente às entidades (...) dos trabalhadores para elaborarem os respectivos programas, organizar a coordenar esses cursos, através da celebração de convênios com repasse dos recursos (...) necessários." 156

Quanto à estratégia assistencial explicitada no documento, é feita uma politização do tema, refletindo sobre o momento sócio-econômico vivido,

"Carece de sentido, (...) que a rede pública de saúde assuma os exames médicos pré-admissionais e periódicos, dos candidatos a emprego ou empregados.

"Sabemos não haver impedimento legal ou formal ... Não vemos, contudo, como ela possa ou deva assumir programaticamente esta nova atribuição - hoje reponsabilidade legal das empresas e empresários - carecendo como carecem os Postos e Centros de Saúde das condições mínimas para dar vazão à assistência médico-ambulatorial, quase toda lamentavelmente feita pela rede hospitalar privada, pelas empresas de medicina de grupo e pelos serviços médicos das empresas. ... Devo ainda esclarecer, (...) sobre o assunto, que os exames pré-admissionais e periódicos, com esta política econômica e de salário, onde o desemprego e o sub-emprego são marcas candentes na carne e vida da classe trabalhadora, têm servido e continuarão a servir mais como instrumentos de política admissional e demissional das empresas do que de proteção e preservação da saúde dos trabalhadores." 157 (grifos nossos)

Por fim é questionada a postura restritiva à participação expressa no documento, revertendo uma tendência participativa em voga até então e agora dificultada 158

"Por último, lastimo (...) quando o programa se refere à participação interinstitucional (CLIS/CRIS). É um visível e inexplicável retrocesso com relação ao que vinha sendo feito nesta área. O Poder Público, ao seu arbítrio, designar dois representantes de empregados e empregadores como convidados a reuniões interinstitucionais é uma prática obscurantista inaceitável ... Basta que o patronato nos exclua (...) mas o Estado, o Poder Público fazê-lo é demais, sobretudo quando pretende discutir e ordenar os cuidados com a saúde de trabalhadores." 159 (grifos nossos)

do processo mórbido, considerando o Trabalho como mediador das relações que se estabelecem entre o Homem e a Natureza e entre os próprios homens, colocado numa ótica da História. (p. 114) Ver: AROUCA, Tambellini Aanamaria O Trabalho e a Doença. In: GUIMARÃES, Reinaldo (org.) *Saude e Medicina no Brasil: contribuição para um debate*, Rio de Janeiro: Graal, 1978. p. 93-119.

156 . TODESCHINNI, Remigio, conforme documento dirigido ao Presidente da COST em 24/09/1987. p. 1.

157 . *Idem, Ibidem*, p. 2.

158 . De certa forma a proposta ia ao encontro da postura do Secretário da Saúde quanto aos órgãos colegiados de participação como apontava matéria paga do Conselho Regional de Medicina de São Paulo, publicada no jornal FOLHA DE SÃO PAULO em 28/11/87:

"O Secretário de Estado da Saúde, José A. Pinotti, (...) vem se apropriando habilmente de algumas resoluções da 8ª. CNS, distorcendo-as, na tentativa de iludir à população ... É dentro dessa ótica que assistimos à implantação do SUDS no Estado de São Paulo onde a Resolução CIS 59/87 impede a participação popular, das organizações sindicais e dos trabalhadores da saúde nas suas instâncias deliberativas, restringindo [-as] a instâncias (...) consultivas." (cf. NEMES FILHO, 1992, p. 167) (grifos nossos)

159 . TODESCHINNI, *op. cit.*, p. 2-3.

Das instâncias de participação interinstitucional a Comissão Interinstitucional de Saúde (CIS) era a mais importante porque definia as diretrizes básicas da política de saúde para o Estado de São Paulo.

"A CIS, efetivamente, na gestão do professor Pinotti sempre foi, (...), uma instância eminentemente de (...), ratificação das decisões do seu Presidente. [faltou] um fórum político institucional onde esta área precisaria ter a sua presença marcante aí. A saúde do trabalhador nunca chegou a ter realmente uma presença, (...), forte, a nível da CIS ..." 160

A posição da COST em relação aos PSTs já existentes é expressa de maneira a apoiá-los em suas atividades e como campo de treinamento, o que seria complementado pela atuação dos HUs como Centros de Referência que ativariam serviços de Saúde Ocupacional já existentes na Universidade. 161

Mais uma vez surge a preocupação em acionar os HUs para um papel efetivo na área de Saúde do Trabalhador, inclusive em termos de assumirem uma atuação "de ponta" no sistema, o que não se efetivou na prática. A estratégia de criação dos Centros de Referência foi implementada posteriormente ao nível dos PSTs municipais padecendo, contudo, do quase inexistente envolvimento da rede básica na implementação de sua demanda.

Expressando a disputa de posições políticas díspares na condução do processo construído na conjuntura da gestão anterior, num campo eletrizado pela centelha de um movimento ideológico, e envolvidos nos embates grevistas contra a Administração da SES, na mesma época, em 03/11/1987, mediante a apresentação do documento "Contribuição para a definição de uma política de Saúde do Trabalhador na rede da Secretaria de Estado da Saúde". 162 Elaborado por grupo de médicos sanitaristas e outros técnicos vinculados ao Centro de Vigilância Sanitária (CVS), Instituto de Saúde (IS) e aos PSTs da Baixada Santista, da Zona Norte, do ABC, Zona Centro, Vale do Ribeira, Ribeirão Preto e Salto, que tinham ou tiveram participação ativa a partir dos últimos três anos da gestão Yunes, com o documento propunha-se ao Grupo Executivo de Programação em Saúde do Trabalhador e à Coordenação do PST, a criação de um grupo de trabalho para a elaboração de um diagnóstico e avaliação do acúmulo conseguido por esses Programas e suas contribuições para a implementação e consolidação da proposta na nova gestão, com a finalidade de que não fosse perdida a experiência existente, diante da onda conservadora que se prenunciava. Frise-se que a disputa conflitiva terá como desdobramento, em termos mais gerais, a exclusão dos sanitaristas dos cargos de chefia, por decisão do Secretário, já exemplificada pela situação vivida na região de Ribeirão Preto, culminando com a extinção da carreira de médico sanitarista por atos do Secretário e do Governador, ainda em novembro do ano de 1987. 163

160. Conforme entrevista gravada concedida ao autor em 30/07/1994 por F, médico e professor universitário.

161. Conforme Ata da Reunião de 16/10/87.

162. SES/CVS/IS Contribuição para a Definição de uma Política de Saúde do Trabalhador na Rede da Secretaria de Estado da Saúde. São Paulo, 17/10/1987. 23 p. [mimeo]

163. Conforme aponta NEMES FILHO, *op. cit.*, 1992, no ano de 1987, é implantado o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) em São Paulo. Com isso Pinotti passa a acumular "a Superintendência Estadual do INAMPS e, mediante Resolução da CIS (SES, INAMPS e MS) se iniciou o processo de consolidação do SUDS com a criação de novas estruturas e a redefinição do orçamento (...), incorporando, na prática, o orçamento do INAMPS ... no 1º. ano da gestão Pinotti as medidas tomadas mudaram rapidamente o

Sobre a escolha pela SES da primeira coordenação do PST na Administração Pinotti e a possibilidade dela ser dirigida aos sanitaristas que atuaram na gestão anterior e se articulavam agora em torno do Grupo-Tarefa numa estratégia de resistência, ela foi colocada de lado, pelo novo "bloco no poder" que tinha seu perfil próprio de "fazer política", sendo escolhido então, alguém da "velha-guarda" pois,

"Havia as lideranças anteriores: a Lia na Baixada com papel importante, você no Instituto de Saúde que disputavam espaço, com conflitos. O Pinotti não iria para uma decisão política (...) a fórmula que ele propôs não era (...) criar (...) um conflito. Ai entrou um outro nome que era o Morrone ... numa situação de um 'tertius' (...) nas opções internas que a Secretaria tinha ... da Escola Sanitarista da Santa Casa (...) alguém de formação em Saúde Pública e atuante dentro de um Departamento de Medicina Preventiva que pudesse fazer essa 'costura' que eu imaginava fosse tranquila ... um professor de Saúde Ocupacional, de uma Medicina Preventiva e que pertence ao Estado (...) Essa era a minha compreensão talvez um tanto ingênua (...) imaginava ter alguém que com visão de sanitaria pudesse levar (...) somasse ou juntasse esses 2 ou 3 grupos em torno lá do Instituto de Saúde, (...) em torno da Lia (...) havia restrições explícitas do Secretário em relação à atuação dela (...) e do pessoal da Baixada (...) até por deputados da região que tinham 'pedido a cabeça' dela ... [Morrone] alguém que pudesse somar (...) efetivamente não foi o que aconteceu ... No meu caso (...) percebi que a figura de Adjunto era só simbólica (...) quando convinha eu era, (...), o sanitaria 'senior' da Secretaria, mas no poder mesmo, eram outras forças (...) eu já tinha ensaiado a minha saída (...) por perceber que (...) estava fazendo papel, (...) de 'faz de conta', (...) eu não tinha acessos ao núcleo de poder da Secretaria (...) então a essa altura tinha entrado tanta coisa (...) a designação dos diretores de ERSAs, o 'desmonte' da carreira de sanitaria, as ingerências todas daquele esquema Quêrcia, foram, (...) tão rápidas que em poucos meses era visível a enorme dificuldade que haveria de levar adiante uma proposta que eu vou chamar assim ... tecnicamente, (...) adequada, mas politicamente sem nenhuma relevância porque não significava nada em relação ao compromisso do Secretário em relação ao grupo do poder,

perfil da SES." (p. 163, grifo nosso) Estas mudanças ocorrem devido à sustentação do 'esquema político do Governador, principalmente no interior do estado e apoiada em seus diretores de nível regional, agora indicados e mantidos pelas frações regionais do PMDB alinhados à Quêrcia." (p. 164) As críticas à gestão da SES baseavam-se "no autoritarismo e falta de transparência das medidas (...) [de] municipalização, na exclusão da representação popular e sindical das comissões interinstitucionais de saúde e no arrocho salarial..." (Ibidem, p. 164) (grifos nossos) À insatisfação crescente soma-se a não isonomia salarial com o INAMPS, sendo então deflagrada greve de médicos e funcionários em 13/11/1987. "Uma semana após o início da greve a SES e o Governo do Estado editam as medidas legais que poriam fim à Carreira de Médico Sanitarista. No (...) dia 20/11/87 são publicados no D.O.E.:

- o Decreto nº. 27.643 revogando o Decreto nº. 22.170 de 08/05/84 que identificava funções específicas de médico sanitaria;

- a Resolução SS 338 revogando a Resolução SS 224 de 08/05/86 que regulamentava o processo de escolha das funções de chefia de médico sanitaria...;

- a Resolução SS 335 cessando a designação de 97 médicos sanitarias (...) que ocupavam chefias de Centro de Saúde... e os colocava 'à disposição' do Gabinete da Coordenadoria Regional da Grande São Paulo." (NEMES FILHO, op. cit., 1992, p. 165-66) (grifos nossos) Com o fim da greve o governo continua a pressão sobre os sanitarias e edita "medidas visando destruir a Carreira dos Médicos Sanitaristas. O 'golpe final' é dado pela Resolução SS 360 de 10/12/87, que dispõe sobre os novos critérios necessários para o exercício das chefias de Centro de Saúde: indicação do diretor do ERSA e provas de conclusão de cursos de especialização em Saúde Pública ou Administração (...) ou experiência em chefia de serviço de saúde." (Ibidem, p. 172) (grifos nossos) Assim, as funções privativas de médico sanitaria se restringem "pelos Decretos nº. 27.870 e 27.871 de 04/12/87 a 1 ou 2 cargos de assistência técnica em nível de ERSAs." (Ibidem, p. 173)

em relação às lideranças políticas do Estado, que já tinham (...) rateado todos os seus pedaços de poder, geograficamente e politicamente ... " 164

Tendo iniciado formalmente suas atividades em janeiro de 1988, o grupo reuniu-se

"quinzenalmente (...) sob a coordenação da equipe d[da Área] Saúde e Trabalho do Instituto de Saúde (...) contando com a participação constante de representantes dos PSTs da Baixada Santista, Pedreira, São José dos Campos, Vale do Ribeira, Ribeirão Preto, Marília, Botucatu, Piracicaba, Araçatuba, Salto e menos frequente (...) de Campinas, ABC, Zona Norte, Bauru, Sorocaba, CVS e CVE..." 165

O Grupo Tarefa concluiu suas atividades em maio de 1988, quando apresentou o Relatório Final. Tal Relatório que resgatava o acúmulo conseguido pela rede básica de saúde nas atividades de saúde do trabalhador, apontava os acertos e erros cometidos, poderia ter sido um balizador para a continuidade das ações da SES nesse campo, foi discutido em reunião pública do GEPRO da Saúde do Trabalhador, mas, na verdade, foi desconsiderado pela coordenação do PST da SES dentro da nova gestão. 166

Outras prioridades moviam a nova conjuntura e a temática do envolvimento da Academia é retomada pela COST quando os profs. Marcília M. Faria, Satoshi Kitamura e Maria Cecília P. Binder apresentam para discussão o documento "Centro Universitário de Referência de Saúde do Trabalhador: Atenção Médica, Ensino e Pesquisa". Em função disso sugere-se que seja levada ao Secretário a proposta de uma reunião patrocinada pela SES com os superintendentes dos HUs do Estado de São Paulo com a preocupação de estimulá-los à criação de Centros de Referência e implementar núcleos existentes.

Em relação às atividades do PST, a COST dá apoio à ênfase na formação e treinamento de pessoal era grande, sendo assumida a tarefa pela FSP da Usp, através do Departamento de Saúde Ambiental. 167

Esta outra "idéia-fixa" da COST, o treinamento dos profissionais dos PSTs foi, então, tarefa delegada à FSP-Usp, num claro testemunho de que o enfoque agora dado à análise das relações saúde/doença e trabalho seria baseado no discurso da Medicina do Trabalho e da Saúde Ocupacional. 168

164. Conforme entrevista gravada concedida ao autor em 30/07/1996 por F, médico e professor universitário.

165. SES/CST/TS Relatório Final de Avaliação dos Programas de Saúde do Trabalhador do Estado de São Paulo Realizado pelo Grupo-Tarefa. São Paulo, maio de 1988. p.2. 40 p. + anexos [mimeo] Ainda a propósito do relatório é digno de nota o número de experiências programáticas que aderiram ao Grupo-Tarefa, isto é, 15, espalhados por todo o Estado de São Paulo, especialmente nas áreas industrializadas, sem excluir as regiões rurais, demonstrando o interesse na auto-avaliação e em contribuir para a sua institucionalização.

166. O Relatório Final do Grupo-Tarefa abordava questões como: Municipalização e o SUDS; Operacionalização tocando na questão das Agências de Saúde, Horário de Atendimento, Registro e Sistematização de Dados, Recursos Humanos, Recursos Materiais, Divulgação; Demanda; Integração Interinstitucional na Elaboração das propostas, na Assistência, Retaguarda de Exames, Especialidades, Nexos Ocupacionais, Vigilância Epidemiológica, Sanitária e Fiscalização, Educação Sanitária, Formação de Pessoal, Estudos e Pesquisas; Participação e Interlocução com Sindicatos; Propostas relacionadas à padronização de instrumentos de coleta de dados, formação de recursos humanos, integração interinstitucional, Vigilância e Fiscalização e Participação de Sindicatos de trabalhadores.

167. Ata da Reunião da COST de 23/12/87.

168. O primeiro Curso de treinamento para coordenadores dos Programas de Saúde do Trabalhador dos ERSAs foi ministrado na Faculdade de Saúde Pública da Usp, no período de 07 a 11/12/87, em período integral, sob a

Observa-se, pela programação do primeiro curso, realizado na FSP de 07 a 11/12/1987, que o seu conteúdo é restrito aos limites da abordagem da Medicina do Trabalho-Saúde Ocupacional e, quando trata das doenças relacionadas ao trabalho avança pouco na sua diversidade. (Ver Quadro I, no Capítulo 1)

Não faz parte desse universo toda a gama de questões suscitadas pela análise da organização-divisão do trabalho, das novas tecnologias e seus reflexos sobre a saúde, bem como dos nexos entre saúde e trabalho que não se expressam como quadros clínicos reconhecidos.

Com o início do ano de 1988, a COST passa a discutir as prioridades de trabalho para o novo ano. Instala-se então uma discussão sobre critérios para a prioridades programáticas, sendo então definidos os seguintes para apoio aos PSTs existentes:

"I. Infraestrutura - recursos humanos disponíveis; possibilidade de contar com equipes e serviços de saúde; acesso (...) a informações [com] estabelecimento de alguns problemas de saúde [e] existência de Centros de Referência para apoio.

"II. Critérios de caracterização dos problemas de saúde - sejam determinantes de elevado número de mortes, (...) elevado número de incapacidades para o trabalho; sejam vulneráveis à prevenção (...) pelo menos alguns problemas, que embora não tenham estatísticas expressivas, devem também ser considerados." 169

Trata-se, então, de uma opção burocrática, científica e neutra, que não leva em conta qualquer critério de demanda social, como havia sido a orientação das experiências iniciais, às quais agora impunha-se um outro norte, além disso acrescido de um novo elemento, o Centro de Referência, estrutura organizacional de serviços que não existia enquanto parte das propostas em curso.

Por outro lado, a COST ainda se via envolvida com uma questão posta desde o início de sua criação pelo Secretário da Saúde e não resolvida, ou seja, que sua atuação deveria fazer parte do Programa para Adultos da SES. E, mesmo definindo-se pela especificidade do seu objeto, as "as questões relativas à saúde e trabalho", acaba por tomar uma decisão ambígua, na qual prevaleceram as doenças crônico-degenerativas, os acidentes do trabalho e as doenças profissionais. Ou seja,

coordenação de professores do Departamento de Saúde Ambiental daquela faculdade, constando de seu programa os seguintes temas: 1. Acidentes do Trabalho (Legislação previdenciária, Atendimento médico, INPS: Perícia e Benefícios acidentários, Sistema de Controle e Avaliação da Prestação dos Serviços Médicos, Estrutura Assistencial de Emergência, Epidemiologia dos Acidentes em São Paulo, Acidentes de Trânsito); 2. Doenças Profissionais e Doenças Relacionadas com o Trabalho (Doenças Profissionais e as ligadas às condições do trabalho, Atividades de um Núcleo de diagnóstico de doenças profissionais da SES na Zona Urbana, na Zona Rural); 3. Doenças Crônicas e Degenerativas e Alterações Psíquicas (Hipertensão Arterial, Câncer, Doenças isquêmicas do coração, Alterações Psíquicas); 4. Doenças Infecciosas (Hanseníase, Doenças sexualmente transmissíveis, Tuberculose); 5. Participação da População nos PSTs da SES-SP (Os Trabalhadores: CONTAG, CGT, CUT, Sindicato dos Metalúrgicos de Osasco); 6. Os Empregadores (FAESP, FIESP ...); 6. Vigilância Epidemiológica e Sanitária (Proposta de indicadores para avaliação da saúde dos adultos, A Vigilância Epidemiológica da SES, A Vigilância Sanitária da SES e A Fiscalização das condições de higiene e segurança do trabalhador pela DRT). Conforme SES Implantação de Programas de Saúde do Trabalhador na Rede Pública. Curso de Trinamento para Coordenadores do Programa de Saúde do Trabalhador. Programa. [mimeo]

¹⁶⁹ . Ata da Reunião de 17/03/88.

"... as doenças crônicas e degenerativas de mais elevada incidência no Estado de São Paulo, [e] (...) as doenças profissionais e os acidentes do trabalho." 170

Mais uma vez a visão tecnicista e "a-política" emerge, numa perspectiva totalmente diferente daquela que norteou as experiências dos primeiros PSTs, na qual, dada sua politização, a questão da demanda social era **apriorística**. Com isso, adota-se uma estratégia que consistia em **separar**

"... o trabalho da Saúde Pública ligado à hipertensão arterial, doenças crônico-degenerativas e outra coisa específica que era Saúde do Trabalhador ... multiplicar aquilo que já existia, alguns PSTs já existiam. Santos era muito forte, a Lia estava com um poder muito forte lá, muito prestígio (...) a gente começou a fazer uma tentativa de estadualizar o PST, (...) aproveitar a mudança da Constituição e o (...) SUDS para (...) colocar em cada ERSA um PST." 171

Tratava-se de duplo equívoco, na medida em que as "doenças crônico-degenerativas e a hipertensão" podem pertinentemente relacionadas com condições e processos de trabalho (ver Quadro I, capítulo 1) e que a criação de um PST em cada ERSA era uma forma de esvaziar os PSTs existentes e cuja experiência deveria ser consolidada, como defendiam os sanitaristas. Dispersava-se recursos e perdia-se o acúmulo obtido até então.

Quanto à adoção de dados epidemiológicos, é ponderado que o critério apenas de expressão estatística das doenças profissionais, para a definição de prioridades

"não deve ser considerado (...) para descaracterização de pelo menos algumas doenças profissionais, em função da realidade das estatísticas oficiais. Prop[õe-se] que além das doenças vasculares e os acidentes do trabalho a COST aprovasse como prioritárias para ação as seguintes **doenças profissionais**: silicose, intoxicação por chumbo, benzolismo, surdez profissional e intoxicação por pesticidas ...[como] consenso da COST para atuação prioritária não só para o ano de 1988, mas sim até 1990." 172

Decidiu-se, então, pela

"...elaboração de uma proposta de Resolução, a ser encaminhada ao (...) Secretário, para ser anunciado oficialmente da decisão da SES em estabelecer prioridades programáticas para o PST. Essa Resolução deveria conter uma recomendação de ser previsto destinação de recursos humanos específicos para o Programa." 173

170. Ata da Reunião da COST de 22/03/88.

171. Conforme entrevista gravada concedida ao autor em 16/07/94 por B, médico e professor universitário. Coordenador do PST-SES na gestão PINOTTI. A sigla ERSA - Escritório Regional de Saúde - representava a instância regional de coordenação e gerenciamento do SUDS - Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde - dentro da estrutura técnico-burocrática da SES-SP.

172. Ata da Reunião da COST de 22/03/88.

173. Ata da Reunião da COST de 22/03/88. De fato, a SES publica no D.O.E. de 01/07/88 a Resolução SS-105, de 30-6-88, que "Identifica prioridades do Programa de Saúde do Trabalhador." Aqui cabem algumas críticas sobre a forma de condução dada ao PST naquela conjuntura, do ponto de vista de planejamento de ações em função de parâmetros epidemiológicos e de processos de trabalho. Conforme aponta LACAZ (1992, p. 44-45) "... a ênfase posta nas cinco doenças, traz um retrocesso, na medida em que são doenças profissionais clássicas e que já não ocorrem (...) em categorias de trabalhadores onde o avanço tecnológico é maior ... As doenças psicossomáticas, neuroses, as tenossinovites não se enquadram dentro das prioridades. Mais ainda, com a definição das cinco doenças para todo o Estado de São Paulo, as especificidades regionais deixam de expressar-se e perfis de morbidade outros serão pouco considerados." (grifado no original) Frise-se que foi esta a

O divórcio entre as prioridades da COST e a realidade dos PSTs é patente. Tratava-se de discursos com conceitos, pressupostos, enunciados e objetos díspares, expressando a filiação de seus atores a saberes e práticas que emanavam da Medicina do Trabalho-Saúde Ocupacional, por um lado e, de outro, da MSL-Saúde do Trabalhador.

Assim, enquanto a Comissão com questões **distanciadas** da rede de serviços e dos PSTs, o grupo de sanitaristas e técnicos que conduziram a proposta na gestão YUNES continuavam - numa estratégia de manter a visibilidade da experiência acumulada e sua multiplicação - e aqui retoma-se a atuação do Grupo-Tarefa, já citado e criado pelo GEPRO-Saúde do Trabalhador (STr) para elaborar uma avaliação dos PSTs. Em maio de 1988 é tomado público em reunião do GEPRO-STr o "*Relatório Final de Avaliação dos Programas de Saúde do Trabalhador do Estado de São Paulo*" realizado pelo Grupo-Tarefa coordenado pela Área Saúde e Trabalho do Instituto de Saúde. No Relatório, dentro do item "Propostas" eram apontados itens que explicitavam as divergências com o enfoque imprimido pela COST, isto é,

*"Os Programas de Saúde do Trabalhador implementados no Estado de São Paulo, (...), têm adotado como pressuposto básico a **atenção ao adulto** entendido em suas especificidades de trabalhador. As propostas arroladas a seguir, (...), vêm no sentido de garantir a qualidade do atendimento, bem como atingir maior grau de resolutividade.*

*"O Grupo-Tarefa entende que para (...) dos PSTs e melhoria das condições de saúde do trabalhador devem ser tomadas (...) providências quanto a (...), Recursos Humanos, (...) Materiais, Integração Interinstitucional e Intra-Institucional, Vigilância Epidemiológica e Sanitária e Fiscalização. Deve-se também implementar mecanismos que garantam a **real inserção** dos Sindicatos de trabalhadores nos Programas." 174 (grifo nosso)*

*"A atenção à saúde do trabalhador requer abordagem **multiprofissional** para a apreensão e compreensão do processo saúde-doença em sua relação com o trabalho, bem como avaliação, (...) e **modificação** de condições e ambientes de trabalho...." 175 (grifos nossos)*

"Os PSTs priorizam a atuação a nível preventivo, através da avaliação e modificação das condições e ambientes de trabalho (...) Para isto, têm se utilizado das ações de Vigilância Epidemiológica e Sanitária (...) das condições e ambientes de trabalho. Nesta medida é necessário que:

preocupação que orientou a formulação da Resolução SS 69, de 18/10/84, quando na gestão YUNES "Acréscenta[-se] doenças profissionais ao elenco de doenças de notificação compulsória e de investigação **exclusivamente** na área do Município de Cubatão". (DOE, n. 199, p. 9, Seção I, 19/10/1984) Por outro lado, é importante ressaltar que as tenossinovites já surgiam como um sério problema em 1987-88, conforme denunciavam os sindicatos à época, em situações de trabalho onde as novas tecnologias de informática impunham um ritmo acelerado, ausência de pausas, controle rígido; condição associada a formas de **organização e divisão** do trabalho que não poderiam ser motivo de interesse da COST, dado o **conservadorismo** de sua maneira conceituar e apreender as relações entre trabalho-saúde/doença.

174. SES/TS *Relatório Final do Grupo-Tarefa ...*, maio 1988, p. 35.

175. *Ibidem*, p. 36.

- sejam eleitas doenças de notificação compulsória a partir do perfil de morbi-mortalidade da população trabalhadora, bem como da caracterização do setor produtivo da cada região coberta pelos PSTs;

- as ações de Vigilância Epidemiológica e Sanitária (...) sejam realizadas em conjunto a nível de cada PST, mediante mecanismos formais de trabalho integrado entre as várias instituições públicas envolvidas; ¹⁷⁶ (grifos nossos)

- as prioridades dessas ações sejam discutidas com os sindicatos dos trabalhadores;

"A participação dos (...) trabalhadores contribui para a busca da integração interinstitucional dos órgãos públicos ...; difunde conhecimentos construídos com a prática dos PSTs. A participação dos trabalhadores deve ser garantida pois conduz à adequação dos Programas às suas necessidades." ¹⁷⁷ (grifos nossos)

Tratava-se da tentativa de resgatar a relação Estado-Sociedade estabelecida na conjuntura do governo Montoro, em que a participação social e a articulação dos organismos do aparelho de Estado fora possível, agora numa nova conjuntura em que a correlação de forças mudara desfavoravelmente, o que foi de fato demonstrado pela realidade concreta, posteriormente.

Completamente alheia às questões colocadas no Relatório do Grupo-Tarefa, o qual não foi sequer por ela apreciado, a COST apoia a decisão do seu presidente que, em audiência com o Secretário da Saúde acertara a

"... elaboração de uma Recomendação estabelecendo prioridades programáticas para o PST, assim como a aceitação do dr. Pinotti em presidir (...) reunião com Diretores de Escolas Médicas e Supervisores de HUs a fim de enfatizar a importância dos Centros Universitários de Referência em Saúde Ocupacional." ¹⁷⁸

A decisão da publicação de uma Recomendação de prioridades programáticas para o PST é elogiada pelo coordenador do PST, desconhecendo toda a formulação contida no Relatório de avaliação do Grupo-Tarefa por ele próprio instituído. Na verdade a Resolução SS 105 de 30/06/88 refletia a ambiguidade vivida pela COST e incorporava as vivências individuais de formação de alguns de seus membros oriunda da Medicina do Trabalho-Saúde Ocupacional e da própria Clínica. ¹⁷⁹

¹⁷⁶ *Ibidem*, p. 39.

¹⁷⁷ *Ibidem*, p. 40.

¹⁷⁸ Ata da Reunião de 09/06/88, pronunciamento do seu presidente D.P. NOGUEIRA.

¹⁷⁹ Com a publicação, coroava-se a proposição da COST em sua reunião de 22/03/88. Assim, em 01/07/88 sai no DOE a Resolução SS 105 de 30/06/88 que "Identifica prioridades do Programa de Saúde do Trabalhador" ficam estabelecidas, conforme parecer da COST, como prioridades de atuação: "Artigo 1º. - ... iniciais do Programa de Saúde do Trabalhador, a ser implementado pelo Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde no Estado de São Paulo - SUDS SP em sua primeira etapa, o diagnóstico, o tratamento e a prevenção de:

I - acidentes do trabalho mortais e dos que produzem incapacidade permanente;

II - doenças profissionais - silicose, saturnismo, benzenismo (benzolismo), surdez profissional e intoxicação por pesticidas;

III - doenças vasculares arteriais - arteriosclerose, hipertensão arterial, doenças cérebro-vasculares e infarte do miocárdio.

Se, de um lado, a avaliação realizada pelo Grupo-Tarefa não é considerada nas diretrizes de trabalho, o resultado político de sua intervenção leva a uma reorganização do Grupo Executivo de Programação em Saúde do Trabalhador (GEPRO-STr) com a incorporação dos sanitaristas "egressos" da gestão YUNES em sua composição. Tal fato promove um rearranjo de forças políticas e, partir disso os embates com a Coordenação do PST amainam, sendo então considerado pela mesma que as reuniões do GEPRO-STr passam a ser um fórum de real importância na colaboração para implementar-se o PST. 180

Um fato político marca a reunião de 02/12/88. Trata-se do desligamento da Comissão do único representante de trabalhadores que a compunha, dada a pouca validade de sua atribuição. Nessa reunião também é feita uma avaliação da reunião com os Superintendentes de Hus, para atendimento de doenças e acidentes do trabalho, realizada no mês anterior, quando os Superintendentes colocaram as sérias dificuldades desta empreitada. Contudo, indo de encontro à realidade, teimosamente, a COST avalia que cada HU deve ser instância de retaguarda especializada e ensino, constituindo-se em um

"Centro de Excelência para atendimento de trabalhadores portadores de doenças ocupacionais. Um Centro de Vigilância Epidemiológica e (...) Sanitária para registro adequado das ocorrências, mas também para desencadeamento de ações profiláticas nos locais de trabalho." 181

A explicitação da idéia relativa ao papel dos Hus, colocava-os diante de uma atribuição que sequer o Setor Saúde assumira vis a vis o Setor Trabalho e cuja assunção necessitaria de uma total reformulação dos papéis desenvolvidos pelos HUs dentro do Sistema da Saúde, completamente descabida dada a realidade que se vivia. Até mesmo entre os membros da COST havia divergência sobre o papel dos Hus, para uns deveria atuar no diagnóstico e tratamento das doenças profissionais e, para outros, dos acidentes do trabalho

"... porque se a gente consegue que os Hospitais legalizem as CATs, fazendo nexos, a doença vem ..." 182

Ocorre que, a relevância atribuída aos HUs pela COST era maior que a expectativa da Administração, a tal ponto que a própria fala de Pinotti na reunião com os hospitais frustrara a Comissão, sendo considerado que o Secretário

"... acabou não dando a importância que os membros da Comissão esperavam que ela deveria ter, né?" 183

Tal descaso repercute na COST e, coincidência ou não, os primeiros meses de 1989 denotam uma crise de interesse com um esvaziamento na participação de

Artigo 2º. - Os problemas de saúde (...) deverão ser abordados por meio de ações de assistência à saúde, vigilância epidemiológica e sanitária, capacitação de recursos humanos, educação da população e com a participação de trabalhadores e empresários ... (grifos nossos)

Artigo 3º. - Esta Resolução entrará em vigor na data de sua publicação."

180 . Ata da Reunião de 16/08/88.

181 . Ata da Reunião de 02/12/88.

182 . Conforme entrevista gravada concedida ao autor em 16/07/1994 por B, médico e professor universitário.

183 . Conforme entrevista gravada concedida ao autor me 16/07/1994 por B, médico e professor universitário.

seus membros, a tal ponto que seu presidente faz uma consulta aos pares para saber do interesse em continuar colaborando. 184

Após a consulta ocorre o desligamento da Profa. do Departamento de Epidemiologia da FSP, o qual soma-se ao do sindicalista. Com isso abre-se espaço para a entrada de mais dois membros também professores da FSP-Usp, do Departamento de Saúde Ambiental, com isso consolida-se mais ainda a hegemonia da FSP na composição da COST. 185

E, na reunião de 21/04/89, o prof. Jorge da Rocha Gomes apresenta documento *Relatório das Visitas de Apoio Técnico*, no qual faz uma análise do funcionamento dos PSTs "existentes" nos 62 ERSAs os quais vistoria entre 24/01/89 a 10/03/89 por força de contrato com a Coordenação Estadual do PST, entrevistando 235 técnicos de todos os ERSAs. Tratava-se, ainda, de avaliar o treinamento realizado através de três Cursos para 48 coordenadores de PSTs e 51 coordenadores de AT, mediante "acordo" entre FSP-Usp e PST-SES e balizar procedimentos para os próximos cursos de reciclagem sobre as cinco doenças profissionais colocadas como prioridade do PST na Resolução SS- 105 de 30/06/88 e que seriam ministrados durante o ano de 1989. 186

Em sua avaliação GOMES classificou os PSTs em

"... 3 categorias sabendo das críticas que esta classificação poderá suscitar, (...) o subjetivismo que o método envolve. Na classificação A estão os SUDS que mantêm programas implantados, com recursos humanos relacionados com saúde do trabalhador, com projetos específicos em andamento, com ambulatórios de doenças profissionais, etc. Na classificação C estão incluídos os SUDS que não têm programas ... Os que não se enquadram na classificação A nem C foram considerado (...) da categoria B." 187 (grifos nossos)

Sabendo-se das imperfeições de uma tal classificação, reconhecidas pelo próprio autor, pode-se considerar que dos 15 PSTs considerados implantados (24%) 10 (66%) foram iniciados na gestão YUNES, sendo que dos 47 ERSAs/SUDS restantes (76%) 23 estariam em implantação (48%), 2 que já estavam implantados na gestão anterior e 24 não estavam implantados (51%), o que demonstraria o equívoco de implantar-se PSTs em todo o Estado de São Paulo, mesmo que não haja qualquer demanda social, descurando-se da consolidação das experiências iniciais como ocorria com duas delas. Da análise final feita pelo autor do Relatório ressalta o comentário de que os Coordenadores de PST não teriam absorvido a

"... diretriz especializada em acidentes do trabalho e doenças profissionais que foi assumida pela Coordenação Estadual." 188 (grifos nossos)

184. Conforme Ata da Reunião de 10/02/89.

185. Foram indicados os profs. Jorge da Rocha Gomes e Sérgio Colacioppo.

186. Ver a respeito: GOMES, Jorge da Rocha *Relatório das Visitas de Apoio Técnico-24/01 a 10/03 de 1989*. s.l., s.d. 114 p. [mimeo]

187. *Idem, Ibidem*, p. 18. Observe-se que dentre os aspectos analisados não constava a participação sindical na co-gestão dos PSTs, sendo encarada a participação dentro da perspectiva burocrática da atuação interinstitucional.

188. Ata da Reunião de 21/04/89. Fala de Jorge da Rocha Gomes.

Observa-se aqui mais uma disparidade teórico-conceitual entre a "nova" orientação com aquela imprimida na origem dos PSTs, os seja, não se tratava da incorporação da MT-SO na rede de saúde pública, mas sim de uma abordagem de Saúde Pública na rede básica, a partir dos pressupostos da MSL e da Saúde Coletiva, coordenada por sanitaristas.

A questão da identidade da COST e sua importância é tema recorrente e seus membros, apesar do otimismo do Coordenador do PST, posicionam-se criticamente colocando a lentidão na implementação das prioridades, a não clareza do peso do PST na estrutura da SES e a não solidez na fixação do PST nesta mesma estrutura, com o risco de seu desaparecimento com as mudanças na Administração. O otimismo do Coordenador coloca na perspectiva da total **especialização**, inclusive com a incorporação de médicos e engenheiros do trabalho da Secretaria de Estado de Relações do Trabalho (SERT), recém-incorporados à SES a **irreversibilidade** do PST, já que a

*"Contratação de médicos do trabalho e engenheiros de segurança do trabalho (...) para a criação dos Centros de Referência de Doenças Ocupacionais (...) acontece nos SUDS-R maiores (...) [e a] ação mais significativa foi a transferência de 338 funcionários da (...) SERT (...), [com] atenção voltada para fiscalização (...) tornou irreversível o PST."*¹⁸⁹ (grifos nossos)

A propósito dessa afirmação, BERLINGUER (1978) e BERLINGUER & BIOCCA (1987) ao abordarem o processo de Reforma Sanitária na Itália observam que dada a visão sanitária imprimida à atuação das Unidades Sócio-Sanitárias Locais (USSL) no diagnóstico, investigação e controle dos danos à saúde provenientes do trabalho, os técnicos da fiscalização do trabalho que pertenciam aos quadros do Ministério do Trabalho cuja prática cartorial e corrupta era patente não foram absorvidos pelas USSL, sendo aposentados ou transferidos. O mais desconcertante é que a esperança depositada na atuação dos funcionários da SERT dentro dos PSTs foi, alguns meses depois, em agosto de 1990, inviabilizada pela volta dos funcionários à recriada SERT.

A insatisfação dos membros da COST devido ao distanciamento da SES continuava a existir, sendo motivo de manifestação dos seus membros mais atuantes nas reuniões seguintes.¹⁹⁰

Debatendo-se nesta crise de identidade a COST é colhida por demanda que parte do cotidiano vivo do PST do ABC que vinha defrontando-se com verdadeira "epidemia" de hidrargirismo em trabalhadores de empresa de cloro-soda de Santo André.¹⁹¹ Tratava-se de um texto enviado por aquele PST denominado *Critério para Caracterização de Intoxicação pelo Mercúrio*, que envolvia questões estranhas à MT-SO com aporte interdisciplinar da psicologia neurocomportamental, o qual a COST foi

¹⁸⁹ Ata da Reunião de 23/05/89.

¹⁹⁰ Conforme Atas das Reuniões de 30/06, 11/08/89, 09/02/90, quando outro Secretário da Saúde assume, Nelson Rodrigues dos Santos e ratifica a existência da COST e 23/03/90 quando faltas recorrentes dos membros levam à COST a fazer contatos para avaliar interesse em continuar dela participando.

¹⁹¹ Ver a respeito: Saúde do Trabalhador: A necessidade de um trabalho Multiprofissional e Interinstitucional. In: XL Reunião Anual da SBPC. *Resumos*. São Paulo, 10-16/07/1988, p. 118; A abordagem metodológica neuropsíquica na avaliação de trabalhadores contaminados por mercúrio inorgânico. In: XL Reunião Anual da SBPC. *Resumos*. São Paulo, 10-16/07/1988 e REBOUÇAS et al., *op. cit.*, 1989, 2ª. Parte, capítulo V Eletrocloro - contaminação por mercúrio.

chamada a analisar para emitir opinião a respeito de sua pertinência, o que consumiu várias reuniões de discussão sobre a temática. 192

Nesta época uma importante questão para os órgãos de Saúde Pública está em debate. É a elaboração da proposta de um novo Código Sanitário Estadual, no sentido de adequar as normas estaduais à Constituição Federal de 1988 e à Constituição Estadual de 1989, no que tange também às ações de Saúde do Trabalhador, padronizar os procedimentos de Vigilância dando maior autonomia ao nível estadual em vista da existência também de uma padronização federal, o que traria conflitos de competência. A minuta de proposta é trazida pela diretora do Centro de Vigilância Sanitária e seus assessores para discussão com a COST. E, numa clara incompreensão da importância do tema, estabelece-se uma polêmica, pois o presidente da Comissão **questiona a pertinência** da proposta, na medida em que a legislação federal sobre **Higiene e Segurança do Trabalho**, provinda da C.L.T. seria **suficiente**. Contudo a minuta é discutida e analisada. 193

No mês de agosto de 1990 que marca a volta de Pinotti para a Secretaria de Saúde, a COST depara-se com discussões que demonstram o viés tradicional de seu olhar, quando manifesta ao Secretário sua preocupação com a volta dos técnicos que faziam a **fiscalização do trabalho** e haviam sido incorporados temporariamente aos PSTs, novamente à SERT. Com isso demonstra total estranhamento da postura que a Saúde Pública adotara em termos da intervenção nos locais de trabalho através dos PSTs, a partir da atuação nos agravos à saúde de interesse coletivo, enquanto "autoridade sanitária", conforme previa o Código Nacional do Trabalho desde 1954! Frise-se, que em São Paulo, para os PSTs, era o papel de "autoridade sanitária" que embasava a autonomia dos órgãos de Saúde Pública para a **intervenção** nos locais de trabalho, na qual previa-se também a ampla participação sindical. 194

Ao mesmo tempo, como subproduto da intervenção em fábrica de cloro-soda, onde a questão do hidrarginismo era dramática, o PST do ABC apresenta demanda relacionada à normatização do problema à COST, que a leva a definir como uma de suas principais atividades a proposta de uma recomendação para a padronização de metodologia na elaboração de Normas Técnicas. 195

Assim, esta "tarefa" vai acompanhar a COST até sua última reunião. Contudo, a proposta de Deliberação da Comissão Interinstitucional de Saúde (CIS), encaminhada ao Secretário da Saúde, pela COST, em 14/02/91, que sugere a padronização de metodologia para preparação de Normas Técnicas no SUDS-SP,

192. Ata da Reunião de 23/03, 11/05, 10/08, 19/10, 23/11/90 e 08/03/91.

193. Ata da Reunião de 11/05/90.

194. A propósito desta questão, alguma tempo depois, a articulação das ações de Saúde do Trabalhador no Setor Saúde com o Ministério Público do Estado de São Paulo-Centro de Apoio Operacional das Procuradorias de Acidentes do Trabalho promove à elaboração de documentos que explicitam claramente os papéis da Saúde - prescindindo da "fiscalização" do Trabalho - e da atuação sindical neste campo com a criação do SUS. Ver a respeito os textos escritos pelos Promotores de Justiça: 1. CORNACCHIONI, Paulo Sérgio *Competência Administrativa para fiscalizar ambientes de trabalho*. São Paulo: Ministério Público do Estado de São Paulo, 03/09/1992. 9p. [mimeo] e 2. USSIER, Jorge Luiz *Fundamentos para a participação dos trabalhadores, através de seus Sindicatos ou Órgãos de Classe, nas ações de fiscalização do ambiente de trabalho*. São Paulo: Ministério Público do Estado de São Paulo, mar 1992. 2 p. [mimeo]

195. Ata da Reunião de 10/08 e 19/10/90.

restringe-se à uma proposta de "Avaliação e Controle da Exposição Ocupacional a Agentes Físicos e Químicos de Doenças Ocupacionais: Padronização de metodologia para preparação de Normas Técnicas no SUDS-SP"; é de tal ordem detalhista e tecnicista que se fosse aprovada - o Secretário não a aproveitou - inviabilizaria qualquer empreitada de normatização que se balizasse por ela. Exige-se a definição, de conformidade com os pressupostos da Higiene, Medicina e Saúde Ocupacional, de critérios amostrais, limites de exposição, análise de exposições múltiplas, monitorização biológica, indicadores biológicos, critérios de perda de função, diagnóstico clínico, tratamento, prevenção e controle, legislação pertinente de base, etc..¹⁹⁶

É interessante observar que ao não considerar a proposta da COST o Secretário também acaba por não homologar a proposta do PST do ABC para normatização dos critérios de caracterização do hidrargirismo, o que somente ocorreu em meados de 1991, com a posse do novo Secretário de Estado da Saúde Nader Wafae que extinguiu a COST logo ao assumir, em março de 1991.

Conforme referem MACHADO et al. (1978, p. 18) a

*"História, [é] feixe de acontecimentos, escrita a partir de discursos: leis, regulamentos, ofícios, (...), jornais, teses, panfletos. (...) documentação disponível em seu valor, instrumental e material, de implementação de uma estratégia, isto é, na medida de sua eficácia política."*¹⁹⁷

No caso da história da Saúde do Trabalhador as normas e regulamentos que também fazem parte de sua estratégia e cuja eficácia política ainda está por ser avaliada, apenas começam a ter visibilidade a partir da iniciativa engendrada na prática dos PSTs, tendo se iniciado em 1991 pela normatização do hidrargirismo, que superou o olhar médico-clínico, passando em 1992 pela normatização do benzenismo, das L.E.R.s em 1993 e pela normatização das Perdas Auditivas Induzidas pelo Ruído (PAIR), em 1994, elaboradas com a participação tri-partite do Estado-Empresas-Sindicatos.

Frise-se que em tais normas a percepção e a subjetividade do trabalhador jogam um papel fundamental, com isso superando os limites que a COST propunha impor às iniciativas geradas de saberes e práticas externos à Medicina do Trabalho e à Saúde Ocupacional.¹⁹⁸

5.4. Municipalização da Saúde do Trabalhador: o resgate dos princípios originais.

¹⁹⁶ . Ata da Reunião de 08/03/91.

¹⁹⁷ . Ver a respeito MACHADO, Roberto, LOUREIRO, Angela, LUZ, Rogerio e MURICY, Katiaop. *cit.*, 1978, p. 14.

¹⁹⁸ . Ver a respeito: SES Resolução SS-307, de 14-8-91, D.O.E.; Seção I, São Paulo, v. 101, n. 152, p. 17-18, 15/08/1991 que "padroniza os critérios diagnósticos, procedimentos e condutas, em relação aos trabalhadores, (...), portadores e/ou suspeitos de intoxicação crônica pelo mercúrio metálico; Resolução SS de 8-6-92, D.O.E.; Seção I, São Paulo, v. 102, n. 108, p. 16-17, 09/06/1992 que aprova "Norma Técnica que dispõe sobre (...) critérios de diagnóstico, (...) e da prevenção das Lesões por Esforços Repetitivos - LER; Resolução SS-184, de 8-9-93, D.O.E.; Seção I, São Paulo, v. 82, n. 70, p. 12-13, 09/06/1993 que "Aprova Norma Técnica referente ao Diagnóstico da Intoxicação e Controle da Exposição Ocupacional ao Benzeno e Norma Técnica que dispõe sobre o Diagnóstico da Perda Auditiva Induzida por Ruído e a redução e controle do ruído nos ambientes e postos de trabalho. São Paulo: SES/CVS/PST Zona Norte, mai 1994. 18 p. [mimeo]

Do ponto de vista histórico, a problemática da descentralização administrativa e operacional das ações de saúde não é nova e vem sendo discutida no Brasil desde pelo menos 1926, quando era colocada a perspectiva da transitoriedade da interferência das autoridades federais nos estados e destes nos municípios, na medida em que os serviços de saúde precisavam ser, cada vez mais, **municipalizados**.¹⁹⁹

Contudo, tomou-se direção oposta, com a centralização das decisões no nível federal. E, é isto que persiste mesmo com a criação do Ministério da Saúde (MS), em 1953, quando os "sanitaristas desenvolvimentistas", que defendiam um caminho nacionalista em que as atividades de saúde fossem voltadas à realidade do país, questionavam a aplicação no Brasil de medidas importadas de saúde pública, como aquelas aplicadas através do modelo da Fundação Serviços Especial de Saúde Pública, criada em 1942 e de orientação norte-americana.

Esta discussão prolonga-se, confundindo-se ao longo do tempo e, dez anos depois da criação do MS os sanitaristas acabam propondo, papéis bastante amplos ao Ministério, dentre eles o **dever**, que se coadunava com o "desenvolvimentismo", numa perspectiva instrumental,

*"... de estudar a medicina do trabalho para tratar as doenças que a industrialização trouxe e, assim, colocar maior número de trabalhadores em condições de produzir mais e melhor."*²⁰⁰

Ao lado desses deveres, também nessa época, conformando a Política Nacional de Saúde discutida durante a III Conferência Nacional de Saúde (III CNS), que foi realizada em julho de 1963, fazia-se uma autocrítica da interferência centralizada, o que se refletia no temário da Conferência do qual constou a:

"b) distribuição e coordenação das atividades médico-sanitárias nos níveis federal, estadual e municipal

"c) **municipalização da saúde**

"d) fixação de um plano nacional de saúde.

De fato, como resultado da III CNS,

"A filosofia da municipalização foi com efeito introduzida no Plano Trienal de Desenvolvimento Econômico e Social (1963-65) do Presidente João Goulart ...

*"Ainda que nunca implementada, tal Política (...) nos moldes apregoados pelos sanitaristas desenvolvimentistas, a **descentralização** continuará a ser ponto central do discurso."*²⁰¹ (grifos nossos)

¹⁹⁹ MEDEIROS, Alberto *apud* BRAGA, José Carlos de Souza & PAULA, Sergio Goes de *Saúde e Previdência. Estudos de Política Social*. São Paulo: CEBES-HUCITEC, 1981. p. 59. 226 p.

²⁰⁰ Ver a respeito, TEIXEIRA, Sônia Maria Fleury (coord.), GIOVANELLA, Lígia, GERSCHMAN, Sílvia Vitória, LABRA, Maria Eliana e VALTSMAN, Jeni *Antecedentes da Reforma Sanitária*. Rio de Janeiro: ENSP, 1988, p.20. (Textos de Apoio) 70 p.

²⁰¹ *Idem, Ibidem*, p. 22.

Com o golpe militar, as propostas de descentralização do poder sofrem um grande retrocesso e a idéia da municipalização somente ressurgiu cerca de 25 anos depois, quando da realização de VIII CNS em março de 1986.

No campo específico da Saúde do Trabalhador, pode-se dizer que a municipalização é implementada a partir de 1989/90, quando vários governos 'de esquerda' são eleitos em importantes municípios do Estado de São Paulo, como é o caso do município da própria capital, de Campinas e de São Bernardo do Campo e Santo André no ABC.

De certa forma **recupera-se** traços da experiência original dos PSTs de meados dos 80, sendo que uma característica comum às propostas implementadas nos municípios é sua condução/coordenação por médicos **sanitaristas** agora egressos das Residências Médicas em Medicina Preventiva e/ou Social, que passaram a incorporar uma "área de concentração" em Saúde Ocupacional-Medicina do Trabalho e Saúde do Trabalhador.

Ao lado disso, procuram atuar a partir de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CRSTs), numa estratégia de **concentrar** recursos materiais e de pessoal, de caráter **multiprofissional** - enfermeiros, psicólogos, fono-audiólogos, engenheiros, assistentes sociais, médicos - visando atingir uma prática também **multidisciplinar** e que **articule** assistência e prevenção, isto é, a vigilância/intervenção nos locais de trabalho, com forte interlocução junto ao Movimento Sindical.

Ocorre, porém, que se tal estratégia permite "racionalizar" os recursos, ela não consegue estruturar os serviços de conformidade com a proposta de hierarquização do SUS, dados os limites históricos de cobertura da rede básica de saúde que se reserva primordialmente a atender a população não pertencente à força-de-trabalho, sendo a população trabalhadora interdita de seu discurso e prática. Contudo esta concentração torna os CRSTs, quando comparados aos PSTs,

"... uma referência para os trabalhadores. Eu acho que isso foi um grande avanço em relação ao Programa. Você consegue através (...) dessa equipe mais forte, com mais profissionais, com enfoque mais abrangente, (...) realmente aparecer para os trabalhadores na Região, (...) começa, finalmente, a abranger todas as categorias de trabalhadores, (...) disputar as questões de saúde com as grandes fábricas da região. (...) se torna uma referência para os Sindicatos, para os trabalhadores das empresas, mas na rede ele não é essa referência como a gente até pelo próprio nome poderia supor, existem problemas muito grandes de relacionamento com a rede, a rede tem um modo de operar, uma coisa histórica que é diferente da Saúde do Trabalhador ... existe uma tradição (...), de se trabalhar com outros grupamentos populacionais que não os trabalhadores. Então isso foi uma contradição e é um problema que a gente não conseguiu dar conta ..." 202

Este paradoxo atávico acompanhará as experiências de Municipalização da Saúde do Trabalhador como uma questão não resolvida.

Assim, para o entrevistado, no ABCD a estratégia de criação do CRST inaugura um segundo momento da trajetória, quando relacionada à experiência anterior do

202. Conforme entrevista gravada concedida ao autor em 25/03/94 por U, médico sanitário e ex- Coordenador de PST e CRST, de 1989 a 1992.

PST ligado à SES e co-gerido pelos Sindicatos dos Trabalhadores Químicos no início, com a adesão posterior do Sindicato dos Trabalhadores da Construção Civil.

O fato é que com a equipe **multiprofissional** procura-se, ainda, **descentrar** a figura do médico até então o foco que iluminava e conduzia a trajetória, com limitações de conteúdo e abrangência. E a equipe consolida-se a partir dos vínculos cotidianos, de atividades comuns dentro e fora do serviço, nas ações de campo e na perspectiva do trabalho de Saúde Pública, numa postura diferente de relação intelectual-trabalhador, ao atuar como um referencial técnico que pode construir em comum e transferir conhecimento ao Movimento Sindical em sua ação de agente transformador, apesar dos limites de seu discurso, não legitimado e consubstanciado num código normativo reconhecido. Esta questão é superada pela prática sindical da negociação direta com o capital, gestada e construída desde o final dos anos 70, pelo "novo sindicalismo" no ABCD, num rompimento com a estrutura sindical oficial e, aqui, aplicada às questões de Saúde no Trabalho. 203

Esta relação articulada com a prática sindical é expressa pela atividade no CRST que

"... começou a ter um enfoque muito mais de servir como referencial técnico do movimento sindical do que como autoridade para intervir em ambiente de trabalho. Isso foi fruto de duas coisas (...), primeiro, essa nossa visão de que cabe aos trabalhadores o papel fundamental na resolução dos problemas relacionados à saúde, principalmente (...) no ambiente de trabalho, então ..., assumimos o compromisso de colocar o nosso conhecimento técnico à disposição dos trabalhadores ... Outra era a ... dificuldade muito grande de se constituir como autoridade sanitária legitimada, consolidada por um código ... por uma legislação que discriminasse, que colocasse (...), atribuições definidas, com poder de executar uma (...) legislação, com poder de mudar, de inetrdirar ... a questão da intervenção, ficou secundária nesse nível (...), do papel de fiscalização. O nosso enfoque passou a ser esse enfoque de negociação, então o sindicato tomou à frente nessa questão ... nós passamos a atuar (...) com esses sindicatos que têm força de sua organização, (...) das negociações das relações trabalhistas ... é a questão do contrato coletivo do trabalho, então a gente já começa em conjunto com o sindicato a atuar (...) com esse enfoque de fazer um levantamento técnico das condições de trabalho, entregar (...) para a empresa e para os trabalhadores para que eles em conjunto (...) chegassem (...) a um nível de negociação." 204

Se tal prática inova em relação aos limites da Medicina do Trabalho e da Saúde Ocupacional, trazendo o reconhecimento do CRST junto às empresas, muitas vezes a intervenção nos locais de trabalho dá-se pelo viés da Higiene do Trabalho, quando prioriza-se a avaliação dos agentes químicos e físicos, mas que ao ser apropriada pelos sindicatos permite uma re-elaboração na perspectiva de transformar o processo de trabalho.

Assim, mesmo que não tenham ocorrido mudanças na cultura institucional de outros espaços do Aparelho de Estado, como no caso da Previdência Social que

203 . Ver a respeito LACAZ, *op. cit.*, 1983 e RODRIGUES, *op. cit.*, 1995.

204 . Conforme entrevista gravada concedida ao autor em 25/03/1994 por U, médico sanitário e ex-coordenador de PST.

continua a negar os nexos com o trabalho, é tal articulação com os sindicatos que permite vivenciar uma das experiências de atuação interinstitucional no campo das mais pedagógicas e avançadas, a qual deu ampla visibilidade nacional à atuação em Saúde do Trabalhador.

Frise-se que tal empreitada contou com a importante participação também da Universidade: o caso das intoxicações por mercúrio em fábrica multinacional que produz cloro-soda. O episódio foi denunciado pelo Sindicato dos Trabalhadores Químicos do ABCD, com assessoria técnica do DIESAT, em julho de 1987, portanto antes mesmo da municipalização, explicitando, inclusive, as posturas anti-éticas do Serviço Médico da Empresa, ratificando questões assinaladas por MENDES (1986).²⁰⁵ Assim, esta atuação, isto é,

*“ ... a questão do mercúrio, (...) foi uma das experiências mais interessantes que ocorreram na atividade de saúde do trabalhador, pelos seus vários aspectos ... uma experiência que possibilitou (...) integração, produção de conhecimento, modificação de legislação.(...) foi uma experiência muito interessante e muito rica, desde a entrada na fábrica em conjunto com a Vigilância Sanitária, com o Ministério do Trabalho e Sindicato, a descoberta de que a fábrica escondia vários casos de 'contaminação' por mercúrio, então você tem claramente externado o papel de um serviço médico de uma empresa que quer se apropriar da saúde dos trabalhadores (...) até do ponto de vista da ética profissional bastante questionável a postura (...) naquela época, (...) através disso ai descobrir vários casos, já (...) antecedido de uma ação sindical, o sindicato já se preparava para descortinar essa questão, toda a sua gravidade (...) uma somação de esforços quer seja do Sindicato, (...) do MTb, da Fundacentro, da Secretaria da Saúde ... houve um esforço por parte das instituições já citadas para trabalhar essa questão até (...) com envolvimento da Universidade, isso possibilitou uma discussão em conjunto, o trabalho em conjunto ... nessa experiência do mercúrio, passa a ter um diagnóstico que não é somente médico, (...) existe o enfoque também (...) da esfera neuropsíquica (...) começa a ter focado essa parte (...) do conhecimento científico ... elabora-se uma Norma Técnica para definir os critérios de diagnóstico e tratamento da intoxicação por mercúrio, essa Norma depois de uma série de gestões, (...), de avanços e de recuos, é assumida no Estado de São Paulo através de uma Resolução do Secretário da Saúde e depois é assumida inclusive a nível federal por parte da Previdência e hoje (...) consolidada ...”*²⁰⁶

Aqui é importante salientar a interlocução e o envolvimento da Universidade que permitiu a padronização de procedimentos de caracterização diagnóstica precoce, os quais não mais partiam da abordagem clínica, centrada no médico, mas sim psicológica, o que confirma a adequação e a necessidade da atuação multiprofissional e interdisciplinar que contribui para romper, inclusive, com o viés positivista da Perícia

²⁰⁵. Ver a respeito MENDES, *op. cit.*, 1986, cap. 1, XL Reunião Anual da SBPC ..., REBOUÇAS et al., *op. cit.*, 1989, p. 181-202, FREITAS, Nilton Benedito Branco *Controle Social do Risco e da Saúde dos Trabalhadores: O caso da indústria de cloro-soda*. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) Centro de Estudos em Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, 1994 [mimeo].

²⁰⁶. Conforme entrevista gravada concedida ao autor em 25/03/1994 por U, médico sanitário e ex-coordenador de PST. A Norma referida é a Resolução SS-307, de 14-8-91, já citada.

Médica da Previdência Social, que interdita o critério subjetivo para avaliar danos à saúde dos trabalhadores levando à interdição do nexo ocupacional.²⁰⁷

Observa-se, porém, que as possibilidades de estreitamento deste vínculo frustraram-se e,

*"... com relação à questão de integração da Universidade, a gente não teve muitas atividades nessa área. As universidades que existem na Região, não têm tradição de se aproximar dessa área e não foi possível nenhum tipo de atividade."*²⁰⁸

Se, de um lado, com a Municipalização da Saúde do Trabalhador são resgatadas várias características das experiências iniciais na SES-SP, como a coordenação dos sanitaristas, a articulação com o Movimento Sindical, a atividade de assistência acoplada à vigilância, alguns limites políticos semelhantes são vivenciados pelo CRST Regional de São Bernardo do Campo. Uma política pública que se propunha regionalizada e intitucionalizada, com atuação articulada e sinérgica de outros municípios como Santo André e Diadema também frustrou-se. Diante disso,

*"... o Centro de Referência, como (...) experiência regional, tem uma dificuldade a mais que é de justamente colocar uma instância regional (...) e fazer essa atuação em conjunto com os vários municípios da região, ela não conseguiu se institucionalizar, (...), não existe por parte dos municípios um convênio, um consórcio, (...), que legitime o Centro de Referência, então (...) a partir de 91, essa experiência (...) foi deixada de lado, hoje tem um Centro de Referência de Saúde do Trabalhador em Santo André e outor em São Bernardo, então essa experiência de saúde regional, (...) se encerrou a partir de 91."*²⁰⁹

Quando analisa-se a experiência desenvolvida em Campinas, traços comuns são detectados como a participação sindical, desde o seu início através de uma Comissão de co-gestão, da atuação multiprofissional e da articulação assistência-vigilância. Além disso, a experiência de Campinas inicia-se em fevereiro de 1987, na esteira das propostas pioneiras de meados dos 80, da VIII CNS do Movimento Sanitário, incorporando na rede básica de saúde a atenção às doenças relacionadas ao trabalho a partir de um Centro de Saúde da SES-SP, acoplada à ida aos ambientes de trabalho, a partir de uma iniciativa dos sindicatos da região que, em novembro de 1986, ecoando os preparativos da I Conferência Nacional de Saúde do Trabalhadores, reivindicam a implantação de um serviço de saúde do trabalhador, junto à Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde que era uma instância do SUDS, etapa anterior à proposta do SUS.

E, à semelhança do ABCD, a entrada nas fábricas dá-se a partir da atuação e negociação sindical, já que a Prefeitura carecia de competência para tal

"[...] a questão da vigilância no início era bastante complicada, porque o ... naquela época, o município não tinha (...) competência. Não era competência do

²⁰⁷. A avaliação da esfera neuropsíquica de intoxicados por mercúrio metálico passou a compor os critérios diagnósticos de incapacidade da Previdência Social, sendo aplicada a trabalhadores de outras fábricas, do setor metalúrgico e químico que, posteriormente, também foram afastados do trabalho. Reflexo dessa experiência foram registradas em dissertações e teses, na área da Engenharia, Medicina e Psicologia. FREITAS, *op. cit.*, 1994, ZAVARIS, *op. cit.*, 1994 e Débora ..., *op. cit.*, 1996, respectivamente.

²⁰⁸ Conforme entrevista gravada concedida ao autor em 25/03/1994 por U.

²⁰⁹ Conforme entrevista gravada concedida ao autor em 25/03/1994 por U.

*município fazer vigilância. Então ... entrava-se com o sindicato, via movimento sindical e ia o técnico da Prefeitura, mas quem (...) exigia a entrada era o sindicato ... Era negociada a entrada. Não se tinha poder fiscal, não se tinha autoridade sanitária ...*²¹⁰

Com esta "parceria" junto ao movimento sindical, o PST é considerado um fruto, um

*"... resultado de discussões travadas entre sindicatos e profissionais de saúde engajados na luta em defesa do direito à saúde de todos os trabalhadores."*²¹¹

Assim, em dezembro de 1986, várias instituições como a Prefeitura Municipal de Campinas, Secretaria de Estado da Saúde-SP, INAMPS, UNICAMP, PUCCAMP, DRT, FUNDACENTRO e os Sindicatos de Trabalhadores na Indústria de Destilação e Refinação de Petróleo de Campinas e Paulínia, Trabalhadores das Indústrias Metalúrgicas, Mecânicas e de Material Elétrico da Região de Campinas, de Condutores de Veículos Rodoviários e Anexos de Campinas e Trabalhadores em Indústrias Químicas e Farmacêuticas de Campinas. Quando, em fevereiro de 1987 é inaugurado o Ambulatório de Saúde do Trabalhador de Campinas a perspectiva de trabalho com que será conduzida a proposta inclusive com a municipalização em 1989, já está delineada, num discurso que apesar da terminologia inadequada, define sua vontade de saber no espaço da Saúde do Trabalhador:

*"a) criar serviço público de atenção médico-sanitária capaz de diagnosticar e resolver problemas individuais e coletivos de Saúde Ocupacional, propiciandoum 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."*²¹²

Se, a gestão sindical tem maior número de participantes do que a experiência inicial do PST do ABCD, o choque com a cultura institucional é mais evidente apesar dos avanços e,

"Assim (...), o desafio dessa experiência genuína - a gestão sindical - deu-se apesar das resistências oriundas das próprias instituições que referendam a criação. Resistências que durante que durante largo período redundaram no não atendimento às necessidades ...

*"... mesmo nessas condições, pode-se apontar avanços em relação aos tradicionais serviços de saúde pretados ao trabalhador, (...) critérios derivados da luta política eram introduzidas na racionalidade do aparelho burocrático."*²¹³

Com a municipalização em 1989, o ambulatório pretende funcionar como um Centro de Referência que concentra recursos especializados, para atender à rede básica municipal.

²¹⁰ . Conforme entrevista gravada concedida ao autor em 09/06/94 por X, médico sanitário e Coordenador de PST.

²¹¹ . Equipe Técnica do PST da Prefeitura Municipal de Campinas O Programa de Saúde do Trabalhador do Município de Campinas. *Saúde em Debate*, n. 34, p. 17-24, mar 1992. p. 18

²¹² . *Idem, Ibidem*, p. 18.

²¹³ . *Idem, Ibidem*, p. 18.

Procurando sempre articular a coordenação técnica (profissional de saúde) e a política (sindicalista) a perspectiva era enfrentar, no cotidiano, num duplo movimento, o desafio de submeter o serviço à clientela e reponder suas demandas sociais, priorizando as atividades de assistência, vigilância e educação conscientizadora aqui vista teleologicamente (ou a-historicamente) como

*"O desafio (...) em desenvolver um processo educativo emancipador, de forma democrática no qual o trabalhador não seja objeto das práticas de saúde orientadas a ele, mas sujeitos individuais e coletivos do fazer sua saúde no trabalho."*²¹⁴

Nesta perspectiva, o processo educativo envolve espaços de formação dos técnicos, dos técnicos e sindicalistas e da própria clientela que procura o Programa, bem como dos profissionais da rede na capacitação para o atendimento das doença e acidentes do trabalho.

Observa-se, contudo, que mesmo com essa preocupação a demanda não flui da rede, sendo proveniente dos próprios sindicatos em 53% dos casos e em apenas 9% da rede, o que reproduz a experiência do CRST do ABCD.

Ao lado disso, a preocupação com a geração de conhecimento a partir da prática em serviço também é explícita, num contraponto ao estranhamento da Academia, mediante realização de

*"... pesquisas a partir da própria prestação de serviço realizada no PST, na perspectiva de tomar objeto de estudo práticas que distanciam dos meios acadêmicos, constituam-se em instrumentos de luta da classe trabalhadora pela reversão dos quadros de nocividade no trabalho."*²¹⁵

E, como instrumento para alcançar este objetivo, adota-se ao lado da assistência, a Vigilância Sanitária dos processos de trabalho com abordagem teórico-metodológica que aliada ao fomento à pressão política dos trabalhadores na negociação para modificar o trabalho, identifica de maneira clara a aproximação com a MSL. Assim,

*"Como referencial teórico para o norteamento da condução de análise da Vigilância, o processo de investigação baliza-se pela distribuição de 5 (cinco) grupos de cargas de trabalho: físicas, químicas, fisiológicas, psíquicas e mecânicas segundo proposta de Laurell A.C. e Noriega, M. a partir de exploração e ampliação do Modelo Operário Italiano."*²¹⁶

Se o referencial admite o conceito de carga, ainda é a noção de risco vinda da epidemiologia - a qual não se confunde com a de carga - que, por sua força "epistêmica" norteia a prática da vigilância na busca então por antecipar-se aos fatos, na medida em que a atuação baseada na morbidade, no *pos-facto*, tem limitações claras em termos de estratégia preventiva. Daí porque a tentativa de superar os próprios limites do seu saber:

"...vigilância em cima (...) dos dados de morbidade do próprio serviço. Isso colaborou com as intervenções (...) nos ambientes de trabalho. Então a gente tenta usar a epidemiologia como critério para a vigilância, [mas] hoje tem uma crítica em cima disso, a

²¹⁴ . *Idem, Ibidem*, p. 19.

²¹⁵ . *Idem, Ibidem* p. 20.

²¹⁶ . *Idem, Ibidem*, p. 20.

gente acha que também devia usar o risco, não só casos de morbidade, (...), que é o que [se] tem usado, mas dados de risco, (...) a gente não sabe como lidar com os dados de risco. Porque quando a gente lida com os dados epidemiológicos tradicionais (...) sempre chega depois, depois que existe uma prevalência alta, depois que existe uma epidemia de alguma coisa.”²¹⁷

De certa forma a estratégia de aproximação com algumas categorias de trabalhadores é orientada pela atuação a partir do risco, próxima do inquérito de higiene do trabalho, quando identifica-se uma questão mais específica de cada categoria para atuar.

“... e tem uma demanda de projetos que a gente faz por categorias; às vezes a gente tem uma necessidade de trabalhar melhor uma categoria, então a gente precisa colher uma amostra ou ir a algum determinado ramo de atividade pra analisar um (...) problema. A gente tem trabalhado com motoristas de ônibus, mediu prevalência de perda auditiva (...), começamos a trabalhar com marmorarias, ver silicose e perda auditiva, trabalhamos uma época também com as galvânicas, levantamento da questão do cromo...”²¹⁸

Característica importante do PST de Campinas é sua proximidade com a Academia que, ao lado de ter propiciado a elaboração de estudos acadêmicos, tem permitido o desenvolvimento de pesquisas operacionais que dão visibilidade à esta “parceria” Serviços-Academia.²¹⁹

Quando em 1989 assume a nova Administração do Município, é elaborado documento que explicita as diretrizes em Saúde do Trabalhador, no qual é reforçada a existência do Serviço de Saúde do Trabalhador de caráter público e de atenção médico-sanitária, para atender demandas dos sindicatos para resolver problemas de **saúde ocupacional**, como o “primeiro passo para a criação do INSTITUTO DE SAÚDE DO TRABALHADOR.”²²⁰ (negrito no original)

A par da confusão terminológica, aqui era vislumbrada a possibilidade de uma instância mais específica, um INSTITUTO, que não é claramente delineado em suas atribuições e abrangência.

Assim, mantendo a mesma estrutura inicial do Serviço a nova Administração dá prosseguimento às atividades do PST, colocando a necessidade de apoio quanto à realização de pesquisas, o qual seria obtido junto à Unicamp, Fundacentro e DIESAT, numa integração com outras instituições que se busca aprofundar nos anos seguintes, apesar de crises que se repetem entre a área técnica e a Comissão Sindical

²¹⁷. Conforme entrevista gravada concedida ao autor em 11/07/1994 por X, médico sanitário e Coordenador de PST.

²¹⁸. Conforme entrevista gravada concedida ao autor em 11/07/1994 por X.

²¹⁹. Dos estudos acadêmicos analisados fazem parte dessa categoria os trabalhos de CORDEIRO, *op. cit.*, 1991 e CORREA FILHO, *op. cit.*, 1994. Além destes as pesquisas em serviço desenvolvidas no PST da PM de Campinas em colaboração com o DMPS da FCM da Unicamp consistiram de projetos sobre a “avaliação da prevalência de surdez ocupacional, hipertensão arterial e grau de nutrição entre os motoristas de ônibus de Campinas [e] Avaliação Epidemiológica e Monitoramento Biológico da População Exposta ao Chumbo na Macro Região de Campinas” em colaboração com o Centro de Controle de Intoxicações da Unicamp. Conforme PM Campinas/Secretaria de Saúde/PST *Plano Operativo de Participação Junto ao Programa de Cooperação Itália-Brasil “Proteção da Saúde nos Ambientes de Trabalho”*. PST: Campinas, s.d. [mimeo]

²²⁰. Ver ANTE-PROJETO DE SAÚDE DO TRABALHADOR. Campinas, mar/1989. [mimeo]

gestora, também agora, demonstrando a dificuldade da cultura institucional absorver esta relação. É que

"... o movimento sindical tinha um interesse, que nem sempre 'batia' como o interesse dos técnicos do Programa, que nem sempre batia com os interesses da Administração da Secretaria de Saúde (...) Que passa por governos diferentes ... Então sempre foi problemática a coordenação do PST. Houve outros coordenadores que ficavam um tempo, saíam, (...), se tentou essa questão do (...) colegiado, que não deu certo também e aí se voltou a escolher um coordenador e aí eu fui nomeado (...) escolhido mesmo. 221

Com a municipalização é dada prioridade à formulação de uma "política sanitária" visando regulamentar a atuação institucional na vigilância dos locais de trabalho, para analisar a ocorrência de acidentes e doenças do trabalho, possibilitando uma visibilidade maior às ações programáticas, agora consubstanciadas em lei, resgatando atribuição do Setor Saúde até 1930, quando da existência do centralizado Departamento Nacional de Saúde da Reforma Carlos Chagas. E, em

"... 1992 (...), foi municipalizada a vigilância (...) em Campinas e foi incorporada a Saúde do Trabalhador. Existe uma lei municipal que dá competência ao município fazer a Vigilância Sanitária no município que segue, (...), toda a linha dos SUS ... Então, nós temos atualmente autoridade sanitária para entrar nos ambientes de trabalho ... já não necessita mais uma negociação sindical ... hoje o que se faz é ... o registro do acidente do trabalho (...) informatiza esses registros e tenta verificar como (...) está a situação dos acidentes de trabalho. A gente faz vigilância também de 'casos índices' de nosso ambulatório. 222

Se, de um lado, a operacionalidade estava baseada na vigilância sanitária desencadeada pelo "evento sentinela" - "caso índice" doença ou acidente, ao nível conceitual, a influência era do Movimento Operário Italiano que já permeara a discussão dentro do movimento sindical. (VER AUADRO?)

"... além dessa linha da Reforma Sanitária que o Brasil veio adotando, (...) que vem da década de 70-80, teve uma influência muito grande aí que veio por parte do movimento sindical do Modelo Operário Italiano, (...) Isso foi uma influência bastante significativa dentro da implantação, aqui na região ... Então, a gente vê que foram várias coisas aí que influenciaram, mas do ponto de vista (...), de linhas, eu acho que é basicamente a Reforma Sanitária (...) que o Brasil vem adotando, (...) que foi confluindo no SUS e o Modelo Operário Italiano." 223

Mesmo parecendo existir um consenso de que a utilização do Modelo Operário Italiano deve balizar a análise dos ambientes e condições de trabalho, a condução política do PST sofre influência do caleidoscópio político-ideológico que fragmenta o movimento sindical ocorrendo dissensos, a depender da corrente ideológica que predomina entre os sindicatos da CUT que são maioria na composição da Comissão gestora. De certa forma, repercute nas atividades programáticas a forma de condução da

221 . Conforme entrevista gravada concedida ao autor em 09/06/1994, por X, médico sanitário e Coordenador de PST.

222 . Conforme entrevista gravada concedida ao autor em 09/06/94, por X.

223 . Conforme entrevista gravada concedida ao autor em 09/06/94, por X.

tendência predominante, o que passa a interferir nas atividades técnicas. Disso resulta uma dificuldade na orientação programática. Assim,

"Quando o sindicato tem alguma linha, o tipo da demanda, a discussão mudava dentro da Saúde do Trabalhador, (...) No sindicato da CUT que uma hora era ..., ou outras tendências, muda a discussão. (...) a gente sente, então, assim, a fragmentação, a discussão, o sectarismo do movimento sindical às vezes influenciam, nem sempre positivamente, nem sempre é positivo ..." 224

Por outro lado, é detectado um **refluxo** da luta sindical pela saúde, particularmente nos últimos anos, expressando-se no caso de Campinas pelo sentimento de que

"... a presença sindical, o interesse sindical pra área de saúde vem diminuindo muito, muito, pelo menos aqui na região ... isso expressa[-se] pelo ... não mais interesse pela área, ... tem procura, mas não como era antes, a demanda, assim, para se criar fatos políticos dentro da saúde era muito grande, né? Existia essa demanda. Atualmente não tem, é baixa. ... não tem sido bandeira de luta ... não da forma como era exigida antes ... de um ano e meio para cá principalmente com a questão da recessão. (...) eu vejo que os sindicatos estão muito mais preocupados [com a] manutenção do emprego, (...) independente das condições de trabalho ... tenho notado que tem sido menos (...) prioritário para os sindicatos a questão da saúde ... de uns tempos para cá, 6-8 meses (...) os sindicatos, não vêm nas reuniões ... de uma Comissão Sindical de 9 sindicatos ... vem dois, três, vem um ... Os sindicatos têm procurado mais a gente por uma questão, (...), casuística mesmo, (...), eles vêm para resolver aquele problema a vão embora, não tem uma diretriz intersindical comum ... Eles vêm apostando menos na instituição ..." 225

Ocorre que, se de um lado, as mudanças econômicas, políticas e ideológicas que vêm de maneira mais evidente transformando o mundo nos últimos anos têm influência nas prioridades da pauta sindical mundial, no caso do Brasil, a detecção de um refluxo do movimento sindical em relação a lutas como a da saúde no trabalho estaria, para alguns autores, contraditoriamente relacionada ao fato de que

"O sindicalismo brasileiro na década de 90 tem se pautado cada vez mais por assuntos relacionados à política industrial, competitividade (...), produtividade, qualidade total, (...), integração regional (especificamente, o caso do Mercosul), temas que fazem parte também das discussões empresariais e governamentais.

*"Por paradoxal que possa parecer, a inserção do sindicalismo brasileiro no processo político é o que o mantém - pelo menos até o momento - **distanciado** da profunda crise que assola as organizações congêneres no resto do mundo."* 226 (grifo nosso)

E, ao melhor explicitar os motivos da intermitência na participação sindical junto ao Programa, o entrevistado de certa forma corrobora as observações acima, ao apontar a dinâmica histórica imposta pela realidade do mundo do trabalho. Assim,

224 . Conforme entrevista gravada concedida ao autor em 09/06/94, por X.

225 . Conforme entrevista gravada, concedida ao autor em 09/06/94, por X.

226 . Ver a respeito RODRIGUES, Iram J., *op. cit.*, 1995, p. 123.

"... os sindicatos (...) têm se preocupado mais com outras questões novas que têm aparecido no movimento sindical. A questão das novas tecnologias, do Contrato Coletivo de Trabalho, terceirização, que acho pegou o movimento sindical de 'calça curta' mesmo." 227

Com o amadurecimento da proposta, surgem outras questões mais complexas quanto ao seu pleno empreendimento e, lado do distanciamento provocado pela dinâmica do movimento, também deve ser observada a interferência no processo da questão das relações Estado-Sociedade no Brasil. Enquanto não cabalmente estabelecida a institucionalização das relações, parece haver uma positiva aproximação construtiva e propositiva. Quando se estabelece, dada a característica patrimonialista das ações de Estado no Brasil, dá-se um estranhamento que repercute na legitimidade da empreitada e reflete na participação cultivada como marca, ocorrendo um recuo na interlocução. 228 Institucionalização esta que vem acompanhada também da discussão sobre o custeio das ações pelo usuário, num viés em que aparece, ainda que muito timidamente, para os tempos atuais, a figura do mercado, ao que soma a pulverização das demandas e a dispersão dos discursos sindicais e na ausência de uma diretriz mais abrangente e articulada de prioridades na área.

"[...] o serviço, no começo, tinha um perfil mais alternativo e com o tempo ele foi se institucionalizando (...) foi sendo 'bancado' pelas instituições. Porque os sindicatos sempre participaram do gerenciamento, mas nunca do custeio, isso é uma coisa que a Secretaria até coloca ... Agora tem adquirido um caráter institucional. E, quando as coisas adquirem um caráter institucional, elas tendem a ter menos crédito por parte dos sindicatos e entidades ...[que] pressionaram para que isso fosse ... mas, a partir do momento que foi institucionalizado, eles deram um recuo porque não acreditam na instituição pública brasileira ... Alguns sindicatos são muito avançados, têm assessores, têm técnicos especialistas, às vezes a gente até vai na 'rabeira' deles. Outros (...) têm uma expectativa que a gente resolva os vários problemas ... Tem diminuído uma linha coesa, uniforme dos sindicatos ... Então, cada sindicato vem com uma linha diferente. Isso dá uma dispersão, (...) há alguns anos atrás tinha uma linha comum, se identificava que se queria trabalhar em saúde. Atualmente eles já vêm com uma questão mais própria ..." 229

De certa forma aqui repete-se, em outra proporção o que foi vivenciado na Itália após o auge da luta contra a nocividade do trabalho. Após uma estratégia unitária com um programa básico de ação entre as Centrais Sindicais, passa-se a um estágio em que as demandas tornam-se mais específicas e voltadas para questões ambientais, reduzindo a abrangência das demandas iniciais que, no final dos 60, dirigia-se à questão do controle sobre a forma de organização do trabalho capitalista, o que sofre um refluxo a partir da re-estruturação produtiva de meados dos anos 70. 230

Debatendo-se então com a "ciclotimia" do movimento sindical em sua relação com o Aparelho de Estado, é numa aproximação com a Academia, junto ao DMPS da Unicamp que o PST procura interlocução mais duradoura, apesar das dificuldades próprias da postura acadêmica. Seja na formação de seus quadros, seja na produção de

227 . Conforme entrevista gravada concedida ao autor em 11/07/1994 por X.

228 . Ver a respeito, IANNI, *op. cit.*, 1994.

229 . Conforme entrevista gravada, concedida ao autor em 11/07/1994 por X.

230 . Ver a respeito LAURELL, *op. cit.*, 1984, BERLINGUER & BIOCCA, *op. cit.*, 1987.

conhecimento a partir de pesquisas em serviço, é aí que pode estar um veio potencial e promissor de atuação interinstitucional quando o refluxo do movimento social prevalece e obriga à saudável abertura de diálogo com outros interlocutores. Tal estratégia também se coloca quando a questão a enfrentar apresenta complexidade que obriga ao diálogo para a obtenção de conhecimento visando a transformação da realidade, como é o caso das Lesões por Esforços Repetitivos (LERs), a doença de maior importância hoje, pela relação com as novas tecnologias, organização do trabalho, abrangência de categorias acometidas e grau de incapacidade que provoca, sendo um modelo de casuística dos problemas futuros que o campo vai enfrentar ao defrontar-se com a **organização do trabalho**, cuja contribuição para a análise disciplinas como a Ergonomia e a Psicopatologia do Trabalho têm grande contribuição, dentro da abordagem interdisciplinar da Saúde do Trabalhador.

"A gente tem um trabalho conjunto com a Universidade. Na Unicamp tem um Laboratório de Epidemiologia, então alguns cursos [e] a gente libera os funcionários prá ir. Existem algumas pesquisas que a Unicamp faz em conjunto com o serviço ... mas a agente carece de uma formalização maior ... precisaria de alguém que pensasse a linha, (...) como trabalhar isso ... lá é também campo de estágio prá (...) enfermeira do trabalho e Residentes (...) graduandos de psicologia que passam pelo serviço, da PUC ... Só que falta formalização e (...) interesse por parte da Universidade, quando o interesse é do docente tudo bem, mas falta interesse da instituição Universidade ... Atualmente nós estamos com (...) grupo interinstitucional de L.E.R. (...) [com] subgrupo que discute vigilância e intervenção em ambiente de trabalho, como intervir no ambiente de trabalho causador de L.E.R. (...) tá a DRT, tá a Universidade, os Sindicatos e a Prefeitura, nós estamos tentando levantar uma metodologia (...) e tá indo nos locais de trabalho prá estudar. [É] muito complexo (...) porque as pessoas têm não só a formação técnica diferente na hora de intervir (...), mas a maneira como se entende a organização do trabalho é muito diferenciada, é muito diferente. Tanto interinstitucional, ou dentro da própria instituição. É uma experiência interessante, porque L.E.R. você tem que mexer com a organização do trabalho ... E as pessoas não têm formação nessa área, têm visões totalmente diferentes, então tá identificando ainda como intervir nessa área, (...) Não sei qual vai ser o resultado disso." 232

Assim, a superação da casuística das "velhas" doenças profissionais, objeto privilegiado da Medicina do Trabalho-Saúde Ocupacional é um projeto que esbarra nos limites da formação técnico-profissional e que descortina o desconhecido, cujo desvendamento situa-se em outra vontade de saber, o da trans (inter) disciplinaridade da Saúde do Trabalhador.

Na cidade de São Paulo a municipalização começa a ocorrer com a Administração do PT, a partir de 1989. Se, no início, ou seja, nos primeiros meses da empreitada, pode-se detectar uma reflexão que situa, ainda que tangencialmente, alguma referência teórica de autores como Laurell e Berlinguer a propósito da discussão do processo saúde/doença em sua relação com o modo de produção capitalista, na sequência

231 . Ver a respeito ROCHA, *op. cit.*, 1989, SATO, Leny, ARAUJO, Maristela D., UDIHARA, Maria Lúcia, FRANCO, Maria Aparecida J. et al. Atividade em grupo com portadores de L.E.R. e achados sobre a dimensão psicossocial. *Rev. Bras. Saúde Ocupacional*, v. 21, n. 79, p. 49-62, jul/ago/set 1993.

232 . Conforme entrevista gravada concedida ao autor em 11/07/1994 por X.

é o pragmatismo que vai conduzir o processo de municipalização das ações em saúde do trabalhador. ²³³

Tendo como referência as experiências de PSTs que já existiam e detectando os seus limites, é alertado no documento inicial que havia várias justificativas para a criação de um PST, as quais passavam pelo quadro de morbidade dos trabalhadores e, pela demanda do próprio movimento sindical. Contudo, deveria haver um referencial teórico, já que a constatação da justificativa

"[...] somente não basta, pois apesar das várias experiências (...) poucas (...) têm a compreensão teórica que propomos e as que têm, vêm enfrentando sérias dificuldades de concretizar medidas que contribuam, (...) para clarear as relações (...) entre saúde e trabalho e, (...) para melhorar a qualidade de vida dos trabalhadores.

"Propomos ações de assistência médica individual, vigilância sanitária e epidemiológica e de educação e organização dos trabalhadores não basta para (...) o avanço (...) É preciso dimensionarmos as propostas de ação dentro de um referencial de análise e (...) de um modelo (...) de atenção à saúde para não correremos o risco de cairmos num círculo vicioso de hipervalorização do setor perdendo a noção de totalidade e mais, colaborando para manter a fragmentação da saúde já existente." ²³⁴ (grifos nossos)

Na sequência, a preocupação teórica cede lugar a uma preocupação gerencial e pragmática na formulação e implantação de um modelo de atenção à saúde do trabalhador que tem como ponto estratégico o envolvimento da rede básica de saúde passando, porém, por etapa tática que é a implantação dos Centros de Referência em Saúde dos Trabalhadores (CRSTs), os quais concentrariam recursos para desenvolver ações de assistência e vigilância em áreas geográficas escolhidas de concentração operária, e deveriam estabelecer um relacionamento constante com as Unidades Básicas de Saúde (UBSs) da rede para **capacitá-la** a responder à demanda.

A influenciar esta postura pragmática estaria uma certa visão da Saúde do Trabalhador como "movimento" social, mais do que um campo de saberes e práticas, já que era vista

"[...] mais como fruto de um movimento do que uma especificidade técnica. A Medicina do Trabalho sempre pareceu pra mim muito uma técnica, (...), uma especialidade dentro da medicina e que cumpria determinados parâmetros técnicos (...) dentro das próprias instituições ... Saúde do Trabalhador (...) veio pra atender uma demanda social que não encontrava canal em lugar nenhum e acabou aflorando com esse nome Saúde do Trabalhador, que (...) a gente não sabia nem exatamente o que era ... A discussão de (...) como é que eram as linhas, elas perpassaram de forma muito tênue. O Drumond era muito vinculado à linha da Laurell (...) o modelo italiano foi discutido um

²³³. Ver a respeito, como texto inicial que trata de questões teóricas relativas à atenção programática: SANTA HELENA, Ernani, Programa de Atenção à Saúde do Trabalhador da Secretaria de Higiene e Saúde do Município de São Paulo. *Reflexões Sobre Saúde e Trabalho e Modelo de Atenção à Saúde*. s.l., fev./ 1989. 8p. [mimeo]

²³⁴. *Idem, Ibidem*, p. 7.

pouco no início ... mas eu acho que foi muito mais fruto do empirismo mesmo do que de correntes, mais fruto da prática, da experiência que as pessoas tinham ..." 235

Para cumprir sua trajetória cabia ainda ao Programa relacionar-se com outras instituições de nível federal e estadual e promover a formação de "recursos humanos" na área, numa ação educativa para *'difundir os princípios fundamentais de segurança e higiene do trabalho'* e atividades de pesquisa, em parceria com a Universidade, tendo como pressuposto a participação dos Sindicatos de Trabalhadores, na perspectiva da criação do "Programa Municipal de Saúde dos Trabalhadores e Meio Ambiente". 236 Assim,

"Para chegar a este objetivo estratégico os Centros de Referência se apresentam como a tática fundamental. Será na relação destes dos serviços CRST-UBS, no sentido da ação prática conjunta - no atendimento da demanda, nas intervenções nas fábricas, na coleta e análise das informações obtidas ... que se avançará para um nível superior de organização do sistema de atenção, construindo, no dia a dia, o novo modelo." 237

Ocorre, porém, que ao balizar-se pela perspectiva do Sistema Único de Saúde (SUS) que havia sido incorporado à Constituição Federal de 1989, esta estratégia apresentou resistências para ser implantada, pois continha uma contradição interna em relação à proposta do SUS, na medida em que a concepção dos CRSTs era

"... contra o SUS. (...) tava criando uma unidade especializada, você tinha que fazer com que o trabalhador fosse atendido na rede, ou distritalmente dentro do sistema universa ... Porque a idéia era de um Sistema que não comportava políticas específicas. (...) elas se contrapõem às políticas gerais ..." 238

Após discussão que levou à definição pelos CRSTs, no mês de abril de 1989, documento da Coordenação do PST da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), assinalava o potencial político que poderia ter a proposta como instrumento legitimador da nova Administração junto à opinião pública, **desqualificando** o acúmulo anterior existente na SES-SP, ao diagnosticar de maneira açodada e ufanista, que descurava das dificuldades políticas intrínsecas ao campo, a

"...falência e falta de credibilidade dos setores federais e estaduais (PST-SES) ligados a esta questão, por um lado e, por outro lado, a legitimidade e a credibilidade que tem esta administração junto aos segmentos mais combativos do movimento sindical, [que] credenciam a SMS, atualmente, como o principal sujeito institucional deste processo ... Há neste campo da saúde do trabalhador uma grande possibilidade de caracterizar uma

235 . Conforme entrevista gravada concedida ao autor em 08/07/1994 por W, médico, ex-Coordenador de PST da PM-SP de meados de 1991 até o final da gestão Erundina, em 1992. Drumond (Francisco Marcondes) citado no trecho, foi o primeiro coordenador do PST da PM-SP, de 1989 a 1991.

236 . Ver a respeito *Projeto Integrado de Atenção à Saúde dos Trabalhadores do Município de São Paulo*. São Paulo, fev./ 1989. 15p. [mimeo] Observe-se que, apesar da interface sempre apontada entre a trabalho-saúde e ambiente, em relação ao Meio Ambiente não aparece qualquer atividade específica ou atribuição que justificasse sua inclusão no nome do Programa.

237 . Ver a respeito PMSP-SMS-PST *Procedimentos nos vários níveis de atenção. Relação entre os diversos níveis. Fluxograma geral. Principais interfaces com outros Programas de Atenção à Saúde e com níveis de integração gerencial, de informação e pesquisa*. s.l., s.d. 21 p. [mimeo]

238 . Conforme entrevista gravada concedida ao autor em 08/07/1994 por W.

marca da administração ... [com] o estabelecimento de um compromisso histórico entre os trabalhadores de São Paulo (...) com a atual administração, criando as bases de um processo sólido e irreversível.”²³⁹ (grifos nossos)

De certa forma as condições de possibilidade do PST também justificavam essa euforia dentro da Administração recém empossada, pois eram os novos ares da relação aberta com a sociedade que insuflavam as velas da empreitada:

“ [...] juntou três coisas na implantação do Programa que eu considero fundamentais. Uma (...), havia uma política de governo que determinava que iria fazer a saúde do trabalhador, outra (...) era a pressão social, os sindicatos - em função de ser uma Administração do PT - se organizaram prá exigir do Estado uma coisa que eles queriam há muito tempo ... exigir do Estado, não era função do sindicato ... a terceira é ter a equipe interessada prá fazer ... eu acho que a base foi isso: a política de Governo, com a pressão social e a existência de técnicos.”²⁴⁰

Frise-se que a íntima relação do PT com a Central Única dos Trabalhadores (CUT) traz como marca o envolvimento somente de sindicatos de trabalhadores filiados à CUT como os metroviários, bancários, químicos, plásticos.

Este envolvimento dos sindicatos exige a criação de uma instância de “controle social”, conforme previsto na estrutura do SUS e, aqui institui-se os Conselhos de gestão, após processo de discussão sobre a melhor forma para sua alocação o que, do ponto de vista político atrasa a implantação:

“... tínhamos a seguinte discussão: como é que monta o Conselho Gestor no Programa? Faz um Conselho a nível central que fique vinculado ao Gabinete, ou se fazia Conselhos Gestores ... a discussão do processo de como se faz a democratização dentro do SUS, como é que se resolve a participação da sociedade (...) levou a gente a optar por fazer Conselhos Gestores de cada unidade. (...) esses Conselhos (...) na verdade só se concretizaram depois da eleição do Maluf ...”²⁴¹

A dificuldade do envolvimento real da rede, numa etapa posterior à criação dos CRSTs será um percalço constante e esta meta, esmaecendo-se ao longo do tempo, para ser retomada no final da gestão, devido a críticas ao seu funcionamento ocioso.

“... as brigas foram pesadas, no último ano da gestão. Nós tínhamos que demonstrar porque tinha que ter Centro de Referência [CR] (...) aí foi quando a gente abriu o CR, (...) pros especialistas atenderem demanda da rede ... Então aí nós fizemos um acordo com a Secretaria (...) enquanto não tiver demanda ocupacional prá ocupar todo o horário do dermatologista, do pneumologista (...) a gente abre prá rede ...”²⁴²

Apesar dessa tensão permanente, ao final da gestão, em 1992, existiam seis CRSTs distribuídos pelas regiões leste, norte, sul, oeste e central do município. Tal diretriz começa a concretizar-se em abril de 1990, quando são ainda quatro os CRSTs a

²³⁹ Ver a respeito MARCONDES, Francisco Drumond *Relatório: Operacionalização do PST-SMS*. São Paulo: PMSP-SMS-PST, 17/04/1989. 5p. [mimeo] p. 5. Marcondes Drumond era à época coordenador do PST-SMS-SP.

²⁴⁰ Conforme entrevista gravada concedida ao autor em 08/07/1994 por W.

²⁴¹ Conforme entrevista gravada concedida ao autor em 22/07/1994 por W.

²⁴² Conforme entrevista gravada concedida ao autor em 08/07/1994 por W.

serem organizados e implantados. Prova da teimosa cultura da rede no trato com a saúde da população trabalhadora é que nos documentos posteriores a questão do seu envolvimento esvai-se do discurso, que se concentra na atuação dos CRSTs. 243

Nos anos seguintes a estratégia de implantação dos CRSTs aprofundou-se, contando com a atuação de equipes técnicas multiprofissionais e adotando critérios de prioridade de ação acoplada à diversidade caótica que provinha das demandas das várias categorias de trabalhadores.

"... esse trabalho multiprofissional é muito rico ... Então, (...) foi por categoria profissional, por ramo de produção, [que] ele foi se ajeitando ... Ai tinha reunião com o Sindicato, [em que] levantava as necessidades ... se planejava prioridades de intervenção (...) porque tinha uma CIPA muito atuante, (...) porque era um número grande de doença profissional, número de acidentes. O critério variou, (...) dependia do Sindicato e a gente não ficou pressionando para que o critério fosse só aquele de morbidade, (...) era aquele que interessava pro Sindicato ... a parte de educação ... com a clientela ..." 244

Neste momento também increve-se a questão da base legal para intervenção nos locais de trabalho, quando aparece a necessidade de elaboração de um Código de Saúde para a definição do poder legal de adentrar aos locais de trabalho, ao lado da formação dos quadros técnicos dos CRSTs, havendo um investimento importante na realização de cursos e treinamentos que dão visibilidade a temáticas do próprio campo e fora dele, numa articulação acadêmica que permite vislumbrar os limites da abordagem.

"(...) considero que a gente deu um avanço grande na parte de formação (...) chegamos a fazer desde cursos técnicos dirigidos, por exemplo, dermatologia ocupacional, (...) epidemiologia ... fizemos um curso (...) de Saúde do Trabalhador para a rede, fizemos um curso regionalizado, (...), o Jabaquara fez um curso prá toda aquela região, Itaquera chegou a fazer alguns cursos ... curso de vigilância ... fechamos convênio com a Faculdade de Saúde Pública, (...) com a Fundacentro ..." 245

Esta necessidade de formação constatada pela Coordenação do PST, também vinha atender à uma preocupação relativa à "resistência ao atendimento em vários locais" por parte da rede básica, ao que se alia a não referência dos trabalhadores pela rede pública; consistindo a nova fase em incorporar as ações programáticas à rede municipal.

Além disso era mister também fomentar à participação sindical que estava aquém do desejado e até conflituosa ou oportunista, já que delegada à Administração confiável, de conformidade com a postura tutelar da relação com o Aparelho de Estado, ocasionando um certo desencanto aos técnicos, o que traz dificuldades quando ela muda e ameaça a existência dos CRs. 246

243 . Ver a respeito MARCONDES, Francisco Drumond *Planejamento Estratégico: Organização do Programa de Saúde do Trabalhador na Rede Municipal de Saúde*. São Paulo: PMSP-SMS-PST, 03/04/1989. 4p. [mimeo] e SMSP-SMS-PST *Programa de Saúde do Trabalhador da SMS-SP*. s.d. 9p. [mimeo]

244 . Conforme entrevista gravada concedida ao autor em 22/07/1994 por W.

245 . Conforme entrevista gravada concedida ao autor em 22/07/1994 por W.

246 . Ver a respeito PMSP-SMS-PST *Documento Preliminar. Avaliação do Programa de Saúde do Trabalhador: Prioridades* - 92. s.l., s.d. 4 p. [mimeo] e CARNEIRO, Sérgio Antonio Martins *Relatos de uma experiência*. São Paulo: PMSP-SMS-PST, maio/1992. 11 p. [mimeo]

"... os sindicatos eram chamados ... Mas eles vinham numa participação muito eventual, prá discutir algum problema, (...), uma relação muito clientelista do Sindicato em relação ao serviço público (...) O movimento sindical teve muito essa visão (...) interesse de acabar com as demandas que tinham dentro do sindicato ... não era uma concepção da democracia, da participação ... Não, era agora vamos aproveitar e (...) fazer as reivindicações e fazer com que a Secretaria assumira tudo isso, entendeu? (...) E aí, (...) as pessoas se mobilizaram (...) viram que havia a possibilidade concreta de os CRs serem desarticulados (...), não cabiam dentro da proposta do Maluf, (...) só teriam (...), viabilidade se tivesse uma demanda e uma participação social ... Isso tem sido muito importante (...) hoje funcionam esses Conselhos Gestores (...) e têm sido muito importante na pressão prá continuidade do Programa ..." 247

Quando, no final de 1992 a Administração faz um balanço das atividades desenvolvidas nos quatro anos de gestão, são constatados alguns avanços e falhas. Se as ações programáticas em Saúde do Trabalhador foram sendo incorporadas como política de **Saúde Pública** voltada ao trabalhador numa concepção que, na prática, superaria a Saúde Ocupacional, dicotomizada em Medicina do Trabalho, Higiene e Segurança do Trabalho, política esta pautada pelos princípios do SUS, em que o controle social com a participação dos sindicatos e Centrais Sindicais através dos Conselhos Gestores dos CRSTs, instância estratégica da proposta, como retaguarda para a rede básica, envolvendo corações e mentes de cerca de 300 profissionais de múltipla formação como médicos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, sociólogos, odontólogos, educadores, psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais e engenheiros sanitários; alguns óbices ainda eram detectados. Por exemplo, a baixa demanda encaminhada pela rede municipal aos CRSTs, ao que se aliava a insuficiência de recursos públicos para o Setor Saúde, a não concretização da municipalização dos serviços de Saúde e a necessidade da construção de um paradigma de atuação coletiva no campo da Saúde do Trabalhador. 248

Quanto a esta última questão, o intercâmbio da experiência e sua divulgação em fóruns nacionais foi a estratégia perseguida, sendo privilegiados alguns espaços dentro da Saúde Coletiva para dar visibilidade à sua existência e viabilizar relações com instituições afins, uma marca dos PSTs.

"... então nós desencadeamos uma rede de contatos e de divulgação, (...), ir prá Congresso, como determinação do próprio Programa (...) divulgar esse trabalho, publicar, (...) começamos a fazer uma série de coisas dentro dessa construção da transparência do Programa prá fora, (...) fomos costurando as relações interinstitucionais, ganhando um pouco de respeito (...) o Programa ficou conhecido no país inteiro em 2,3 anos ..." 249

A estratégia de ampliar relações institucionais, divulgar estudos realizados nos CRSTs, leva à busca também de vínculos com países estrangeiros, sendo o principal interlocutor a Itália pela própria influência que teve na discussão da Reforma Sanitária

247. Conforme entrevista gravada concedida ao autor em 22/07/1994 por W.

248. Ver a respeito PMSP-SMS-Assessoria de Saúde do Trabalhador *Programa de Saúde do Trabalhador da Prefeitura do Município de São Paulo*. São Paulo, s.d. 5 p. [mimeo] e PMSP-SMS *Saúde do Trabalhador no Município de São Paulo - 1989-1992*. São Paulo, s.d. 8 p. [mimeo]

249. Conforme entrevista gravada concedida ao autor em 22/07/1994 por W.

brasileira, mesmo sabendo-se dos limites da interlocução quanto a os ataques da Administração Maluf.

"(...) acho que o projeto da Itália não vai (...) reverter situação em lugar nenhum, né? Até porque (...) o problema principal (...) é fundamentalmente político ... O projeto Brasil-Itália, (...) vai contribuir (...) aqui no município de São Paulo, porque vai botar as pessoas prá discutirem coletivamente com os outros municípios, com o restante do estado, que pode dar um ânimo pro município ... " 250

Apesar da importância do intercâmbio italiano, este não dá conta de resolver problemas estruturais importantes que continuam a existir na trajetória dos PSTs como o não envolvimento real da rede, a pouca efetividade da participação-gestão sindical, a abordagem que privilegia aos aspectos ambientalistas e, por isso, envolve pequena preocupação com a reflexão teórica sobre a prática. 251

A esta questão soma-se, agora, a ameaça de propostas que podem descaracterizar sua vocação original como o Programa de Atendimento à Saúde (PAS) que veio a constituir-se no "carro-chefe" da gestão da Saúde no último ano da Administração Maluf, com sérias repercussões para a atuação dos CRSTs, tomando-os órgãos que iriam atender exigências legais colocadas às empresas como a realização de exames admissionais, periódicos e demissionais, próprias da atribuição dos SESMETs.

Assim, numa preocupação em manter o papel fundador do PST, orientado pela estratégia da Saúde Pública, procuram resistir os CRSTs reafirmando seu caráter público, permeável às demandas sociais e de finalidade preventiva, colocam-se os Conselhos Gestores contra os retrocessos constatados na trajetória do PST sob a atual Administração, tais como: a desativação dos CRST-Itaquera em 1993; não concretização de convênios com a Universidade para a realização de cursos de formação e projetos de pesquisa, não reposição de pessoal demitido, falta de infra-estrutura material para o desenvolvimento das ações de assistência e vigilância. 252

Diante disso, pode-se reafirmar a atualidade, após vários anos, do alerta feito na reflexão inicial elaborada em 1989 e que se constituiu no texto inicial que abriu o

²⁵⁰ . Conforme entrevista gravada concedida ao autor em 22/07/1994 por W. O projeto Brasil-Itália é um intercâmbio entre o Ministério das Relações Exteriores italiano e o Ministério da Saúde brasileiro, operacionalizado pela SES-SP, que desde meados de 1994 vem propiciando a articulação entre PSTs no Estado de São Paulo, com a realização de cursos, viagens de técnicos brasileiros à Itália e discussão de projetos de pesquisa operacional a partir da realidade de cada PST, com a assessoria de técnicos italianos vinculados ao Instituto Superior de Saúde do Ministério da Saúde da Itália e à Universidade de Roma. Sua duração é de três anos. Para informação do andamento do Projeto de Cooperação Técnica Brasil-Itália "Proteção à Saúde nos Ambientes de Trabalho" consultar: REDE. Boletim trimestral editado pelo Projeto. Ano I, n. 1, dez./1995/jan.fev./1996.

²⁵¹ . O reflexo dessa visão ambientalista tomada da Higiene e Saúde Ocupacional, está expresso na temática dos Grupos de Trabalho criados dentro do Projeto de Cooperação. São eles: Grupo de poeiras, fibras e aparelho respiratório; Grupo de Solventes e Grupo de Ruído. Esta abordagem é reforçada pela ênfase dada às atividades de formação implementadas pelo Projeto: curso sobre avaliação da exposição ocupacional ao ruído (mar./95); workshop de avaliação ambiental do ruído (jul./95); curso de avaliação ambiental e biológica do risco de solventes orgânicos (set./95). Ver a respeito REDE. Ano I, n. 1, p. 12-13, dez./95-jan.fev./96.

²⁵² . Ver a respeito PM-SP/SMS *Saúde do Trabalhador no Município de São Paulo, 1989-1995*. Documento elaborado pela Plenária dos Conselhos Gestores dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CRSTs) do Município de São Paulo, com dados coletados pelos Conselhos Gestores dos CRSTs. São Paulo, 23/01/1996. 28 p. [mimeo]

rol de documentos consultados para a construção da história do PST da SMS de São Paulo, hoje sob ameaçadoras ingerências.

Capítulo VI

**QUANDO AS MÁQUINAS PARAM E AS DEMANDAS AFLORAM:
O MOVIMENTO SINDICAL E A LUTA PELA
SAÚDE NO TRABALHO NOS ANOS 80.**

6.1. Introdução.

O discurso do movimento sindical sobre as questões de saúde no trabalho pode ser apreendido desde o início do século quando, no bojo de movimentos grevistas massivos, incluíam-se reivindicações pela regulamentação da jornada de trabalho e do ritmo, do trabalho da mulher, do menor e pela legislação relativa ao controle e reparação pelos danos decorrentes dos acidentes ocorridos no trabalho, a qual foi aprovada em 1919, com forte interferência de deputados paulistas e que teria sido a primeira lei brasileira de caráter marcadamente "social".

Se o sindicalismo de extração anarco-sindicalista dos anos 10, 20 e parte dos 30, agora em disputa com os comunistas caracterizava-se pela recusa à regulação do Estado, procurando construir um espaço próprio de expressão de suas demandas para avançar nas conquistas frente ao capital há, a partir do início dos anos 30 uma aceitação cada vez maior das leis de controle do mercado de trabalho por intermédio da ação reguladora do Estado.¹

A partir então de meados dos anos 30, o que é aprofundado nos anos 40, o movimento sindical passa a ser cada vez mais tutelado pelo Estado, através de seu braço político, o Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio, criado em 1930, que vai desenvolver toda uma estratégia que buscará assumir a fala em nome dos trabalhadores, quando se inaugura, através dos ganhos de cunho social, o "*direito do trabalho no Brasil*", quando ressalta então a voz do Estado.² Surgem as leis trabalhistas, um arremedo de cidadania, a organização sindical controlada pelo Estado, o imposto sindical, a domesticação do pólo trabalho, numa estrutura que atravessa décadas e persiste em linhas gerais até os dias de hoje, constituindo-se num desafio permanente e sempre atual às tentativas de superação do corporativismo implantado e que vicejou à sombra da tutela do Estado e de seus tentáculos.

Assim, a trajetória do movimento sindical quanto às reivindicações pela melhoria das condições de trabalho e defesa da saúde no trabalho, é traçada nos estreitos limites impostos pela burocracia estatal e pela legislação trabalhista reguladora, que se aprofunda durante o Regime Militar e que vai acompanhar o sindicalismo brasileiro por muitos anos, período este marcado por uma série de ambiguidades, "idas e vindas", acumulação de forças, embates, perdas e ganhos, até chegar à rearticulação do chamado "novo sindicalismo" a partir dos setores de ponta da economia industrial que se consolida nos anos 60-70 sobre os pilares da indústria de bens de consumo duráveis, cujo paradigma, como setor "de ponta", era a indústria automobilística de capital transnacional implantada particularmente no Estado de São Paulo, especialmente no ABC paulista, berço das primeiras grandes manifestações de massa que abriram caminho para o questionamento da legitimidade da tutela do Estado sobre as relações que poderiam ser estabelecidas entre capital e trabalho com o prenúncio de um certo esgotamento do

¹. Ver a respeito: SILVA, Zélia Lopes da Silva *A Domesticação dos Trabalhadores nos Anos 30*. São Paulo: Marco Zero-CNPq, 1990. 151 p. Cap. 3.

². Conforme: GOMES, *op. cit.*, 1994.

Regime Militar, vislumbrado a partir de meados dos anos 70, conforme apontam vários autores no final da década de 70 e início dos anos 80.³

6.2. O Discurso do Movimento Sindical sobre Saúde e Trabalho nos anos 70. Recorrência e Comedimento.

Quanto à questão específica da temática da saúde e condições de trabalho, um dos espaços privilegiados para a apreensão do posicionamento dos sindicatos com referência às questões de saúde no trabalho nos anos 70 são os Congressos Nacionais de Prevenção de Acidentes do Trabalho (CONPATs) que eram realizados anualmente sob o patrocínio do Ministério do Trabalho (MTb).

Calcado numa postura de denúncia do funcionamento considerado insatisfatório das instâncias que **legalmente** deveriam zelar pela defesa da saúde nos locais de trabalho, durante o XIII CONPAT realizado em São Paulo no ano de 1974, um grupo de entidades sindicais, que se reuniram em setembro de 1974 para definir as reivindicações que levariam àquele CONPAT, manifestava-se questionando o papel das Comissões Internas de Prevenção de Acidentes (CIPAs) completamente dominadas pelo patronato, o que não poderia continuar a ser mantido na atual estruturação das CIPAs.⁴

Mesmo atuando nos marcos estritos da norma legal, de certa forma aqui eram gestadas as demandas que posteriormente, já no início dos 80, farão parte das **pautas de negociação** com os empresários, o que será motivo de análise mais adiante.

Criticava-se as chamadas "Cipas fantasmas", eleitas **sem** a interveniência dos sindicatos, em eleições manipuladas pelas empresas e que, mesmo quando não "fantasmas", tinham seus membros **demitidos** de forma "imotivada".⁵

Assim, cerca de 30 anos depois, numa comparação entre a norma vigente à época e a Portaria que havia criado as CIPAs em junho de 1945, era constatado um

³. Ver a respeito: FREDERICO, *op. cit.*, 1978 e 1979, RAINHO, *op. cit.*, 1980, MARONI, *op. cit.*, 1982, HUMPHREY, *op. cit.*, 1982.

⁴. Este pronunciamento foi feito, a propósito do III Tema oficial do Congresso "Uma Nova Disciplina Legal das CIPAs", por representante de um grupo de 16 entidades sindicais, **todas do Estado de São Paulo** e composto pela Federação dos Trabalhadores da Alimentação; Federação dos Trabalhadores em Artefatos de Borracha; Federação dos Trabalhadores nas Indústrias Metalúrgicas, Mecânicas e de Material Elétrico de São Paulo; Federação dos Trabalhadores nas Indústrias Químicas; Sindicato dos Condutores de Veículos; Sindicato dos Bancários; Sindicato dos Empregados de Hotéis; Sindicato dos Marceneiros; Sindicato dos Trabalhadores nas Indústrias Têxteis; Sindicato dos Trabalhadores nas Indústrias de Plásticos; Sindicato dos Trabalhadores na Indústria de Panificação; Sindicato dos Metalúrgicos de Santo André; Sindicato dos Metalúrgicos de Santos; Sindicato dos Metalúrgicos de São Bernardo do Campo; Sindicato dos Metalúrgicos de São Caetano do Sul; Sindicato dos Metalúrgicos de São Paulo; Sindicato dos Trabalhadores Químicos de São Paulo. Ver a respeito Ministério do Trabalho/Divisão Nacional de Segurança e Higiene do Trabalho/Fundacentro. *Anais XIII CONPAT*. São Paulo: Fundacentro, 27-31/10/1974, p. 280.

⁵. A respeito da atuação das CIPAs assim se manifestaram GOMEZ & CARVALHO recentemente: "The same chasm separating expressed ends and concrete practice is also present in the vast majority of the Internal Commissions for Prevention of Accidents, legal mechanisms for **relative workers' participation** in the establishment of decent working conditions." (p. 501) Ver a respeito GOMEZ, Carlos M. & CARVALHO, Sônia Maria T.M. de Social Inequalities, Labor and Health. *Cad. Saúde Públ.*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 4, p. 498-503, out./dez. 1993.

retrocesso, na medida em que não mais era prevista a indicação pelos "sindicatos de classe" dos representantes dos trabalhadores. Assim, mesmo que se pudesse já apreender a dificuldade de avançar nos estreitos limites dados pela estrutura das CIPAs, marca característica dessa trajetória até os dias de hoje, **renovavam-se as proposições**

*"[e] ... conclusões levantadas pelo movimento sindical de São Paulo, na oportunidade do XII CONPAT ... paridade de membros, escolha dos representantes dos empregados através de eleições, convocadas pelo sindicato da categoria profissional ...; garantia de estabilidade provisória no emprego para os representantes de trabalhadores junto às CIPAs ... Reduzir o limite de 100 para 30 trabalhadores quanto à obrigatoriedade de existência das CIPAs; tempo para o cipeiro, de 1 hora para verificar as condições de trabalho ... opinar sobre a escolha de máquinas, equipamentos e acessórios de segurança, a serem instalados nas empresas..."*⁶ (grifos nossos)

Tratava-se de, mais uma vez, **reiterar a necessidade de fazer ouvir o discurso e opinião dos trabalhadores** através do representante legitimado pela escolha de seus pares, na busca pela ampliação das instâncias de representação nas fábricas menores, numa tentativa de intervir sobre o cotidiano dos locais de trabalho. O discurso não presente, interdito ou falseado deveria ser substituído por outro, daí a recorrência das questões colocadas que, num momento seguinte, passam a fazer parte da estratégia de **negociação** como temática ampliada, empreendida após as greves do final dos anos 70.

A **recorrência** das reivindicações era pertinente porque no XII CONPAT, ou seja, no ano anterior os Sindicatos já haviam feito as mesmas, as quais em **nada resultaram**.⁷

A defesa de tais pontos de vista é afirmada de maneira mais patente à luz de um trabalho apresentado no Congresso pela Federação dos Bancários de São Paulo e Mato Grosso sob o título "Alguns Aspectos da Segurança do Trabalho no Serviço Prestado pelos Bancários", no qual a questão da organização do trabalho e das novas tecnologias é o centro.

Partindo da **não obrigatoriedade de existência de CIPAs nos bancos**, conforme prescrevia a Portaria n°. 32/68 do Departamento Nacional de Segurança e Higiene do Trabalho do Ministério do Trabalho (MTb), o estudo procura apontar os problemas que justificam a necessidade da existência de CIPAs em bancos. Levanta-se as condições inadequadas de trabalho relacionadas ao uso de computadores, o ruído e a **sobrecarga de trabalho** assim provocada, além das condições artificiais que são exigidas para o seu funcionamento, ou seja, os aparelhos de ar condicionado. É colocado, particularmente, o problema do trabalho do **caixa sobrecarregado** pelo uso em tempo integral dos computadores. São ainda apontados os fatores de ordem **psicológica** por trabalhar com muito dinheiro e ganhar pouco. O risco do transporte de valores, à época

⁶. Ver a respeito: Ministério do Trabalho/Fundacentro. In: *Anais XIII CONPAT*. São Paulo: Fundacentro, 27-31/10/1974. p. 285-287.

⁷. Algumas **moções** como a que propõe a "Garantia de estabilidade para o acidentado quando sua incapacidade for superior a 25%..." são também posteriormente incorporadas à pauta de negociações dos acordos coletivos de trabalho implementados desde final dos 70 e início dos anos 80. Citação extraída de MTb/Fundacentro *Anais XIII CONPAT*, 1974, p. 879.

ainda atribuição dos próprios bancários, era outro ponto assinalado como nocivo à saúde.
8

Apesar das denúncias, a total refratariedade dos empresários às demandas dos sindicatos é explicitada pelo representante da Confederação Nacional da Indústria (CNI) que se coloca **contrário** à estabilidade do cipeiro, já que existe o Fundo de Garantia e a Consolidação que prevê a estabilidade, havendo que **optar**. Da mesma forma é contra a proposta de que a CIPA opine sobre a compra das máquinas por se tratar de uma **ingerência** na empresa.⁹

Finalmente as entidades patronais colocam-se **contra** a participação dos sindicatos na escolha dos competentes das CIPAs.¹⁰

Assim, baseado numa postura arbitrária e legalista, quando a ele interessa, o empresariado sinaliza que a simples eloquência de discursos ou documentos de intenções seria um caminho fadado ao fracasso no embate pela conquista da "cidadania" no trabalho.

Dada a incipiência das proposições dos trabalhadores, pode-se considerar que é somente a **partir** do XII CONPAT, realizado em 1973, que se inicia uma participação maior na discussão sobre a questão dos acidentes do trabalho.¹¹

De fato, a perversa realidade retratada - ainda que com cores pálidas - na magnitude das estatísticas de acidentes apresentadas pelos números oficiais exigia um posicionamento mais claro da parte dos trabalhadores, apesar do amordaçamento ao discurso operário vivido na conjuntura. (Ver tabela 1)

Coincidência ou não, no ano seguinte o discurso patronal adquire tons mais amenos, porém denotando claramente a aliança com o Regime, por seus termos propagandísticos, ufanistas e de caráter "educativo" **cooptador** quando, na abertura do XIV CONPAT, realizado no Rio de Janeiro de 9 - 14/11/1975, o Presidente da Fundacentro, empresário Jorge Duprat Figueiredo, revela as dimensões amplas do projeto em curso ao afirmar que

*"... as normas legais [de] higiene e segurança do trabalho vigoram em nosso país há várias décadas. Mas, (...) nunca em qualquer momento da nossa história social e administrativa se fez tanto em prol da Saúde Ocupacional, como a partir da Revolução de Março de 64 e, sobretudo, do atual governo...[com] a integração das entidades representativas de categorias de trabalhadores urbanos e rurais na CANPAT [que] realizou até (...) outubro de [1975] cerca de 160 cursos com mais de 4.000 certificados expedidos."*¹² (grifos nossos)

8. É interessante assinalar a respeito dessa preocupação, que a temática é **retomada** de maneira prioritária cerca de 10 anos depois, em 1985, quando a mesma Federação de Bancários financia e patrocina a realização de uma investigação, através do DIESAT, para avaliar a **sobrecarga mental** e a **desqualificação** do trabalho do bancário, particularmente dos caixas. Observe-se que esta investigação será motivo de comentário neste capítulo. Para melhor conhecimento de seus resultados, ver: SELLIGMANN SILVA, E., DELIA, A.A. e SATO, L. Trabalho e Saúde Mental dos bancários. *Relatório de pesquisa*. São Paulo: DIESAT, 1985. 190 p. [mimeo]

9. Conforme MTb/Fundacentro, 1974, p. 883.

10. Ver a respeito: MTb/Fundacentro, 1974, p. 893.

11. Ver a respeito: MTb/Fundacentro, 1974, p. 893.

12. Ver a respeito: Discurso de Jorge Duprat Figueiredo, Presidente da Fundacentro, na Sessão de Abertura do XIV CONPAT. In: Ministério do Trabalho/Divisão Nacional Segurança Higiene do Trabalho/Delegacia

Observa-se, pois, que os ecos da presença de Geisel no CONPAT do ano anterior ainda são ouvidos no XIV CONPAT, na medida em que ele lançara para todo o território nacional a necessidade da **prevenção dos acidentes do trabalho** - através do uso da comunicação de massa, instrumento tão a gosto dos regimes discricionários - já que era uma

"... das metas não somente dos empresários e dos empregados, mas de todo o nosso povo... [através] da comunicação - (...) - questão fundamental da 'sociologia da compreensão' (...) de Max Weber ... comunicação [com que] o atual Governo prova conhecer quão importante é ela para a unidade e a integridade do grupo social nas duas dimensões - no espaço e no tempo ..."
 13 (grifos nossos)

E, como parte do envolvimento do "povo" nessa campanha, a temática da participação dos Sindicatos de Trabalhadores na Campanha Nacional de Prevenção de Acidentes do Trabalho (CANPAT) é tratada no "tema IV" do Congresso, ocasião em que se conclui que eles deveriam promover verdadeiras cruzadas **educativas** através de

"... cursos, palestras, conferências e campanhas educativas para incentivar os trabalhadores ao uso de equipamentos de proteção individual e adotar condutas compatíveis com as normas de prevenção de acidentes [e] a criação de departamentos especializados em segurança e medicina do trabalho, dotados de recursos humanos e materiais..." 14 (grifos nossos)

Se, de um lado a proposição deste papel ideológico aos sindicatos reforça a visão tradicional de imputar ao trabalhador a **responsabilidade** pelo agravo à saúde, ou seja culpabilizar a própria vítima - daí a necessidade de comportamentos **colaboradores** visando ao uso dos equipamentos individuais que fornecem uma falsa segurança - por outro é insinuada uma proposta que nos anos seguintes o movimento sindical irá transformar qualitativamente, superando seus limites e tomando-a realidade, assumindo a postura **política de romper** com os marcos da estrutura sindical "estadonovista": o Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde e dos Ambientes de Trabalho (DIESAT).

Este reiterado apelo do discurso na ênfase ao aspecto "educativo" e na conduta dócil e colaboracionista por parte dos trabalhadores entranha-se também na própria prática dos organismos supostamente voltados para sua proteção conforme a norma legal previa como atuação das CIPAS e, por isso,

"These commissions are influenced by an insufficient technical support that give priority to the use of individual protective equipment and intervention in so-called 'unsafe acts.' Consequently they are often forced to concentrate on controlling attitudes and behaviors that are considered incompatible with 'safe' work." 15 (grifos nossos)

Ainda dentro da discussão do Tema Oficial IV do XIV CONPAT (1976) relativo à **participação** dos sindicatos nos programas de **prevenção** de acidentes do trabalho é **mais uma vez** a atuação através das CIPAs que nucleia a fala do

Regional do Trabalho-Instituto Nacional Previdência Social-Fundacentro. *Anais XIV CONPAT*. Rio de Janeiro: MTb-Fundacentro, 1976. p. 37

13. SAAD, Eduardo Gabriel, Superintendente da Fundacentro In: MTb/DNHST/DRT/INPS/Fundacentro. *Anais XIV CONPAT*, Rio de Janeiro: MTb/Fundacentro, 1976, p. 57-61. p. 58

14. Ver a respeito: MTb/Fundacentro *Anais XIV CONPAT*, Rio de Janeiro, 1976, p. 63.

15. GOMEZ & CARVALHO, *op. cit.*, 1993, p. 501.

representante dos trabalhadores, o qual ao lado de enunciar uma desconfiança no tom oficialista dos eventos, também questiona o papel do Estado em sua intervenção, ao lado de formular um apelo à **permissão** para a ação cuja efetividade dar-se-á dentro dos referidos limites estreitos da circularidade do argumento, ao dizer que:

*"... somente há dois anos vêm os Sindicatos participando de conclaves oficiais relacionados com a prevenção de acidentes [porém] ... o serviço oficial de fiscalização (...), ao fim, imp[õe] multa insignificante que não (...) elimina a causa do acidente ... no XII CONPAT vários sindicatos e federações de trabalhadores do Estado de São Paulo reuniram-se para oferecer uma tese, através da qual pretendiam, em suma, a **dinamização e atualização das CIPAs** ...essa participação só poderá ser efetiva, real e proveitosa quando se **permitir** que o Sindicato penetre no local de trabalho ... e tal participação; **necessariamente, há de ser feita através das CIPAs** ... os sindicatos e federações de trabalhadores uniram-se para propor condições básicas que permitissem às CIPAs o atingimento de suas finalidades [pela] ... **autenticidade de representação** ... e tal só poderá ocorrer quando as CIPAs forem um **prolongamento do sindicato** (...) no interior da empresa." 16 (grifos nossos)*

Frise-se que a estratégia de tomar as CIPAS o organismo privilegiado para o desenvolvimento das ações de saúde no trabalho vai **esbarrar em sérios entraves estruturais** relativos à **representação** dos trabalhadores ao nível da empresas, sendo motivo de debate até os dias de hoje - apesar da superação conseguida através de cláusulas nos acordos coletivos de trabalho nos anos 80 - dado o caráter das relações de trabalho existente entre nós, em que a representação sindical **dentro** dos locais de trabalho é **vedada**. Assim, não é por acaso que a atuação das CIPAs tem uma vinculação com **conceitos** fortemente ideologizados e criticáveis quanto à perspectiva da prevenção dos agravos à saúde relacionados ao trabalho, já que

*" (...) reinforces the widely-held concept - wich is frequently exacerbated by bosses and company professionals and hotly contested by broad sectors of the **trade union movement** - that work accidents and occupational diseases occur because of worker's **negligence** and not because of insafe conditions **generated by the worker organization and worker process.**" 17 (grifos nossos)*

Ainda durante o XIV CONPAT, o representante dos trabalhadores **reitera** as propostas levantadas por ocasião do XII e XIII CONPATs relativas à igualdade de representação na CIPA, eleição de associados com envolvimento do sindicato, estabilidade, cursos de capacitação, mandato de 3 anos e da sua existência em empresas a partir de 30 empregados, tempo de 1 hora da jornada ao cipeiro para avaliar condições de trabalho e obrigatoriedade de opinar sobre máquinas e equipamentos.

Apesar da enfadonha **reiteração** do discurso, uma informação nova é apresentada durante o XIV CONPAT, pelo representante sindical químico. Tratava-se da divulgação da existência do recém-criado Departamento de **Segurança** do Sindicato dos Trabalhadores Químicos de São Paulo - conforme deliberação do II Congresso dos Trabalhadores Químicos realizado em setembro de 1971 - o qual estava funcionando desde julho de 1975. Com o propósito de **orientar** tanto ao trabalhador, como ao técnico e

16. Ver pronunciamento do representante dos trabalhadores, o dirigente da Federação dos Trabalhadores nas Indústrias Químicas e Farmacêuticas de São Paulo, LOPES, Augusto In: MTb/Fundacentro *Anais* do XIV CONPAT, MTb, 1976, p. 339-349. p. 339, 343 e 348.

17. GOMEZ & CARVALHO, *op. cit.*, 1993, p. 501.

ao empregador, contava com técnicos especializados em segurança do trabalho, economia do lar, higiene e assistência social.¹⁸

A título de esclarecimento cabe aqui frisar que a existência de Departamentos de assessoria em Sindicatos, nesse campo, será expandida largamente nos anos 80, mas agora com objetivo diferente e voltado agora para um maior embasamento técnico-político no embate com o empresariado. Neste momento pode-se dizer que saindo de sua crise o sindicalismo adota

*"... a 'matriz discursiva do novo sindicalismo' ... vindo a ocupar um lugar institucional cuja eficácia será decisiva para repensar e praticar os conflitos na esfera trabalhista e, como isto, alargar a percepção dos antagonismos que regem a sociedade de classes."*¹⁹

Ao nível específico das práticas sindicais em saúde, tal movimento era acompanhado da superação do assistencialismo médico herdado pelos Sindicatos, o qual acontece com a derrota de diretorias consideradas "pelegas", porque colaboracionistas com o empresariado e o Estado.

*"Tinha uma área assistencial ... 'herança' da diretoria anterior e a gente demitiu o médico e contratou um médico do trabalho, depois demitiu o outro médico e contratou um engenheiro. Ai, na época [1987] a gente criou a Secretaria de Saúde do Sindicato (...) e o nosso médico fazia visita às fábricas."*²⁰

Captando este momento, assim expressam-se GOMES & CARVALHO (1993):

*"The last decade has been marked by a major advance in the understanding of the problems of worker's health in Brazil ... The trade union movement has set up technical advisory boards and training programs."*²¹ (grifo nosso)

Assim, se por um lado, nos anos 70 o discurso sindical era eivado de dúvidas quanto à possibilidade de avançar numa linha de real controle das nocivas condições e ambientes de trabalho; do lado patronal a tônica era oposta, sendo dado grande peso ao engajamento dos órgãos técnicos das empresas na área de segurança, medicina e higiene do trabalho - os quais nos anos 80 serão alvo de sérias críticas - sem qualquer menção ao papel dos trabalhadores. Assim, o representante da Confederação Nacional das Indústrias (CNI) declara que várias indústrias têm se transformado devido aos avanços tecnológicos, o que abriria

"... novas perspectivas para o progresso ... em setores até então virgens, como o da segurança e higiene do trabalho. [o empresariado] (...) se antecipou às medidas legais, que hoje, (...), colocam o País em posição de destaque, em se tratando de estrutura oficializada, para minimizar os danosos efeitos dos elevados índices de acidentes do trabalho, que a todos sérias apreensões acarretam ... [criou] órgão de apoio técnico (...) o Centro de Higiene e Segurança Industrial (CEHISI), a Fundacentro [e as] Campanhas educativas, o emprego obrigatório dos EPIS [para] fortalecer as normas prevencionistas [que antes] da rígida legislação em vigor, já vinham

¹⁸. MTb/Fundacentro *Anais XIV CONPAT*, 1976, cf. p. 352-357.

¹⁹. CHAUI, Marilena. Prefácio. In: SADER, Eder. *Quando novos personagens entraram em cena: experiências, falas e lutas dos trabalhadores da Grande São Paulo, 1970-80*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1991. 2a. ed. p. 11.

²⁰. Conforme entrevista gravada, concedida ao autor por L, dirigente sindical plástico, em 30/08/1994.

²¹. GOMEZ & CARVALHO, *op. cit.*, 1993, p. 502.

abrindo (...) perspectivas na motivação dos assuntos de **higiene e segurança do trabalho** [com criação em 1965 da] ... Comissão Técnica Permanente de Higiene e Segurança Industrial (COHISI) para a **redução do número de acidentes do trabalho e a melhoria dos ambientes de trabalho nas empresas**. Criou o CEHISI em 1967, portanto **antes das exigências legais** [realizando] grande número de cursos, palestras, promoções (...) relacionadas à (...) **segurança e higiene do trabalho** ... com a elevada compreensão dos empresários para assuntos que estão despertando a maior atenção dos (...) países desenvolvidos e (...) em fase de desenvolvimento ... o desafio para entrar também, decisivamente, na luta **prevencionista** do setor de **higiene e segurança do trabalho**." ²² (grifos nossos)

Trata-se de discurso **contestado** tanto pelos indicadores da realidade objetiva, expressa nos agravos relacionados ao trabalho, particularmente os acidentes do trabalho, inclusive após sua flagrante manipulação a partir de 1976, conforme denunciava o Movimento Sindical posteriormente, ²³ como pelo próprio aliado oficial, o Ministério do Trabalho (MTb), cujo pronunciamento no mesmo CONPAT, contradiz a fala empresarial ao apontar que o empresas pecam no que diz respeito ao cumprimento da norma legal e à prevenção, já que

"... infelizmente, não vem sendo cumprida por grande número de empresas, que (...) não se conscientizaram e não se motivaram, (...) pelo **desconhecimento de suas obrigações**, seja pela **insuficiente ação fiscalizadora das DRTs** ... [os empresários] **negam-se** (...), na sua grande maioria, a participarem da **campanha de prevenção** ..." ²⁴ (grifos nossos)

O discurso que **mascara** o que foi dito acima pode ser apreendido quando se considera a **qualificação da força de trabalho**, já que a frequência recorde de acidentes do trabalho e seus **custos** era uma ameaça à reprodução da

"... **mão-de-obra especializada**, notadamente nas mais **dinâmicas regiões geoeconômicas da Nação** ...[e] à **estruturação dos orçamentos operacionais das empresas**, como também [ao] **próprio comportamento da economia nacional** ...o Governo Federal espera **mobilizar a consciência da Nação para um decidido e eficaz combate ao maléfico, progressivo e constante incremento dos infortúnios do trabalho que tão perigosamente vem sendo observado no Brasil, notadamente nos últimos seis anos**." ²⁵

Saliente-se que foi somente a partir do ano de 1968 que a Previdência Social, após a criação do INPS, começa a obter estatísticas de acidentes do trabalho de âmbito nacional, as quais denotavam um crescente aumento, com repercussões econômicas brutais, atingindo em 1974 custos equivalentes a cerca de 1% do PNB, o que equivaleria às despesas das Forças Armadas nos últimos três anos. ²⁶

Se havia uma preocupação aqui expressada pelas autoridades do MTb com a reprodução da força-de-trabalho de setores operários mais qualificados, aqueles que sofriam **diretamente** os efeitos do consumo de sua saúde ameaçada, também se articulam durante aquela conjuntura em que a estratégia ficou restrita aos marcos permitidos pela

²² Ver a respeito: MTb/Fundacentro *Anais XIV CONPAT*, 1976, p. 381-391, p. 390.

²³ Ver, por exemplo: RIBEIRO & LACAZ (orgs.), *op. cit.*, 1985, p. 65-85, nas quais é transcrito o documento relativo ao Fórum Sindical promovido pelo DIESAT nos dias 06 e 07/02/1981, cujo tema foi "Acidentes do Trabalho - Uma questão Política, Econômica e Social."

²⁴ Ver a respeito: MTb/Fundacentro *Anais XIV CONPAT*, 1976, p. 422.

²⁵ Ver e respeito: MTb/Fundacentro *Anais XIV CONPAT*, 1976, p. 468-469.

²⁶ Conforme MTb/Fundacentro *Anais XIV CONPAT*, 1976, p. 469.

legislação, como a ênfase na mais efetiva atuação das CIPAs ²⁷ e ao recebimento dos adicionais de salário previstos na CLT, numa "luta" pela "monetização do risco."

A recorrência dos problemas não resolvidos e de suas pretensas soluções no que se refere à atuação mais eficaz das CIPAS ainda está presente vários anos depois, na fala que, em 1982, durante a I Convenção de CIPAs do Estado de São Paulo, promovida pelo MTb nos dias 3 e 4 de maio daquele ano, expressou um dirigente sindical:

"É do conhecimento de quantos se interessam realmente pelo assunto que a grande maioria das empresas "indica" os representantes dos trabalhadores junto à CIPA, escolhendo-os entre aqueles que exercem a função de chefia no interior do processo produtivo.

"Ora de modo algum negamos a importância da participação das chefias nas tarefas ligadas à prevenção de acidentes e doenças profissionais..."

"Mas não podemos esquecer que as funções desempenhadas por estas chefias, no cotidiano, estão imediata e muito ligadas às exigências de produção e de produtividade cada vez maior por parte das empresas ...

"Defendemos mecanismos democráticos para a eleição das CIPAs e, para tanto, consideramos absolutamente indispensável a participação dos sindicatos no processo de escolha e na preparação técnica dos cipeiros." ²⁸ (grifos nossos)

Conforme observa FARIA (1983), as CIPAS

"... pouco expressam as lutas e reivindicações concretas dos trabalhadores brasileiros. A sua prática tem sido vinculada desde a sua origem aos interesses dos empresários e desvinculadas dos interesses dos trabalhadores e sindicatos. Com a 'abertura democrática', espera-se que (...) mudanças ocorram..." ²⁹ (grifos nossos)

Na sequência, como parte da estratégia oficial no campo da segurança do trabalho, no final do ano de 1977 é aprovada a Lei n°. 6. 514 que alterou o Capítulo V, título II da CLT, relativo à Higiene, Medicina e Segurança do Trabalho e sua regulamentação, a Portaria MTb n°. 3214 de 08/06/1978,

"...definindo as atribuições do Estado como órgão normativo e fiscalizador; as do empregador, como executor das normas estabelecidas e as do empregado como cumpridor das ordens e instruções emanadas do empregador." ³⁰

Com as restrições impostas aos trabalhadores, como prescrito na lei acima referida e dada a inoperância das CIPAs, novas estratégias se impunham e, no final dos anos 70, numa etapa da transição anteriormente marcada pela resistência intra-fábrica, o movimento sindical passa a expressar os primeiros sinais de visibilidade social da sua

²⁷ Ainda no XVI CONPAT realizado em 1977, representantes de Federações de Trabalhadores de São Paulo continuavam a denunciar, nos últimos anos, a ainda pequena "... a participação das entidades sindicais nos programas de prevenção de acidentes do trabalho, [que] por ora, limita-se sua atuação em Congressos, Cursos, Conferências e Simpósios ..." Ver MTb/Fundacentro A atuação sindical através das CIPAs. *Anais*. XVI CONPAT, 1977, p. 315-319.

²⁸ Fundacentro I Convenção de CIPAs do Estado de São Paulo. *Documentos*, 1983, p. 140-142. [mimeo]

²⁹ FARIA, Marcília Medrado Saúde e Trabalho industrial. *Relatório de Pesquisa*. São Paulo: DMP/FM-SP/Usp-FINEP, 1983. p. 51-52. [mimeo]

³⁰ Lei n°. 6.514 de 22/12/1977, Diário Oficial da União de 23/12/1977.

empreitada, ao empreender uma verdadeira "dèmarche" pela melhoria das condições "laborais" e em defesa da saúde no trabalho.

6.3. A "virada" dos anos 80: ampliam-se e explicitam-se as estratégias e demandas pela defesa da saúde no trabalho. O refluxo dos anos 90.

Apesar do agravamento da crise sócio-econômica no final dos anos 70 e início dos 80 ocasionado pela política recessiva posta em prática no país, paradoxalmente o movimento sindical dá sinais de fortalecimento e recuperação, expressando-se de forma clara e patente. Insere-se na rearticulação dos movimentos sociais populares como sujeito histórico que tende

"... a romper com a tradição sócio política da tutela e da cooptação e, por isso mesmo, fazendo a política criar novos lugares para exercitar-se." ³¹

Neste momento, o movimento sindical ressurgiu na cena política retomando a iniciativa vis-à-vis o Estado e o empresariado, através das grandes greves iniciadas em 1978/79 e desencadeadas no setor que representava aos trabalhadores das indústrias de tecnologia de ponta, ou seja, o automobilístico do ABC paulista, posteriormente alastrando-se como uma epidemia pela Grande São Paulo. ³² A partir daí o movimento adquire maior peso específico na sociedade e na opinião pública, dando visibilidade a uma "ação de massa" e trazendo à luz uma gama bastante variada de reivindicações, em que assumem relevância aquelas relativas à saúde no trabalho.

Traço característico do período é a condução das oposições sindicais à direção de vários sindicatos importantes, a busca da superação do assistencialismo médico, a criação de assessorias técnicas em saúde (medicina) e segurança do trabalho, na perspectiva da negociação com o patronato ao nível da fábrica, numa representação do que seria um "olhar" preventivo, apesar das mudanças não terem ocorrido sem reações, particularmente pelo abandono do assistencialismo que interessaria tanto aos diretores sindicais como à própria categoria. ³³

"... parte da diretoria e um pouco ... a categoria também reagiu ... Logo num prazo de (...) 3 meses a gente decidiu que o caminho mais correto era esse ... quando a gente recebia esse tipo de questionamento na porta da fábrica, (...) colocava pros trabalhadores que a gente não tinha acabado com o médico no sindicato, simplesmente (...) tinha outra finalidade ... a gente tava criando a medicina preventiva. Começou as negociações coletivas, (...) acordo coletivo, as negociações diretas por fábricas e a formação do curso de 'cipeiros', dava vários cursos..." ³⁴

As condições de possibilidade vividas à época levam a uma matriz comum nos discursos dos protagonistas destas experiências, conforme mostra o depoimento a

³¹ CHAUI, *op. cit.*, 1991, p. 11.

³² Ver a respeito: HUMPHREY, J. *op. cit.*, 1982 e MARONI, A., *op. cit.*, 1982.

³³ Trata-se aqui do momento de capitalização pelas "oposições sindicais" dos frutos da luta em que buscaram "empenhar-se na elaboração do espaço fabril como campo de solidariedade e de aprendizado da luta mais ampla ... Na linguagem ... do sindicalismo, (...) 'socialização do saber'". Ver: CHAUI, *op. cit.*, 1991, p. 13.

³⁴ Conforme entrevista gravada, concedida ao autor por L., dirigente sindical plástico, em 30/08/1994.

seguir de outro dirigente sindical, aqui vislumbrando o espaço da relação com a Saúde Pública em sua atuação na realidade das condições de trabalho:

“Em 1984, eu entrei nesta chapa de oposição e a gente acabou tirando o sindicato ‘pelego’... aqui há 13 anos estava na mão do ‘peleguismo’ ... tudo o que nós tínhamos aqui era assistencialismo, um sindicato composto por médicos, uma série de especialidades que não tinha nada a ver com a nossa categoria do ponto de vista de que não é papel do sindicato ... Então isso foi em 1984. Quando foi em 1986, nós (...) acaba[m]os com o assistencialismo, (...) Não dava mais para continuar um sindicato assistencialista que não era a nossa plataforma de trabalho, não era o projeto político da diretoria. Era um projeto de conscientização dos trabalhadores, de mobilização dos trabalhadores ... em 1986 a gente começou a desenvolver um trabalho (...) dentro do sindicato de contratação de médicos do trabalho e de engenheiros ... nós tínhamos mais de 10 médicos, o trabalho era eminentemente assistencialista, não tinha nada a ver com relação ao local de trabalho, (...) Então no ‘comecinho’ de 1986 o sindicato (...) começa a ter um diagnóstico das condições de trabalho, onde a gente via muitos trabalhadores acidentados, (...) com doença profissional ... Naquele momento, (...) não tinha um Programa de Saúde do Trabalhador, (...), nós criamos esse Departamento e esse médico que trabalhava aqui (...) o engenheiro, começou a discutir uma proposta de criação junto com (...) outros técnicos da Universidade, a criação de um PST em Campinas, isso (...) no final de 1986 ... ” ³⁵

A mesma preocupação é o que expressa a fala de dirigente sindical químico que protagonizou toda a trajetória da implantação do PST no ABC desde meados dos anos 80, ou seja,

“A partir de 83/84 a gente discutiu a inversão do assistencialismo pra fazer um trabalho mais dirigido na questão da Saúde e Trabalho. Isso começou através da criação da subsecção do Diesat no Sindicato em 83/84 ... formação da Comissão de Saúde e Trabalho, a COMSAT, em maio de 84, quando foi feito um Seminário nos químicos do ABC (...) é evidente que o elemento técnico do Diesat propiciou essa discussão da reversão do assistencialismo (...) através da criação do Programa de Saúde do Trabalhador da área química, que começou efetivamente em janeiro de 85 ... ” ³⁶

Se a possibilidade de criação dos PSTs transforma-se em realidade a partir de meados da década de 80, a continuidade de suas atividades alguns anos depois, no início dos anos 90 - após passar pelo processo de municipalização no final dos 80 - na perspectiva da sua consolidação como política social é colocada em função do alcance das competências administrativas e técnicas do setor público, pois,

“ ... infelizmente nós não temos técnicos confiáveis (...) que realmente possuam a capacitação técnica específica, que tenham um entendimento do que estão fazendo ... fica muito difícil, ... infelizmente ... nós temos essa deficiência, são muitos poucos técnicos comprometidos de fato com essa relação que é a saúde do trabalhador, capital e trabalho. ” ³⁷

³⁵. Conforme entrevista gravada, concedida ao autor por N, dirigente sindical metalúrgico, filiado à CUT, em 22/09/1994.

³⁶. Conforme entrevista gravada, concedida ao autor por M, dirigente sindical químico e diretor da CUT, em 12/03/1994.

³⁷. Conforme entrevista gravada, concedida ao autor por O, dirigente sindical químico, em 19/09/1994, sindicato filiado à CUT.

Em certa medida é o mesmo discurso expressado como uma das preocupações de LAURELL (1993), a propósito da definição de uma política social que, como parte de uma Reforma Sanitária, contraponha-se à escalada neoliberal que ameaça aos países latinoamericanos, diante da crise que vivenciam:

"O principal obstáculo a vencer é evitar que a integração das insituições resulte em uma deterioração maior dos serviços por uma (...) sobrecarga de demanda e falta de preparo administrativo e técnico para resolver a problemática sanitária ... [há] necessidade de desenvolver a capacidade técnica e administrativa local e estatal, já que a incompetência nestes aspectos tem causado desastres nos por si só débeis serviços periféricos. De nada adianta incrementar os recursos e democratizar a gestão se os executores dos programas ignoram como fazê-los funcionar."
³⁸ (grifos nossos)

Inaugurando uma conjuntura desfavorável, nos primeiros anos da década de 90 explicitam-se, com a derrota das administrações "municipais democrático-populares", as sérias dificuldades para a implementação e consolidação das experiências municipais, ocorrendo um "esvaziamento" dos Programas, cuja responsabilidade é creditada somente à burocracia estatal, pois agora a relação com o Estado torna-se mais complexa e exige um enfrentamento articulado, por ora não vislumbrado, dada uma acomodação anterior de interesses e objetivos. Este "vazio" seria reflexo nas

*"... Administrações do ABC [de] um papel intencional, porque as grandes empresas (...) conseguem de fato cooptar as direções que estão hoje na Administração. Isto faz com que o próprio movimento sindical se sinta até de certa forma impotente (...) para brigar (...), porque a partir do momento que você não consegue, por exemplo, fazer com que o trabalhador venha para o Centro de Referência, tenha um atendimento adequado e faça com que se modifique o ambiente de trabalho, você não consegue desenvolver um trabalho mais sério, você (...) acaba entrando na proposta que têm essas Administrações, ou seja, (...) fazer com que isso seja meramente esse trabalho administrativo-burocrático e assistencialista. E não é isso que a gente quer, a proposta do nosso sindicato e do movimento sindical do movimento sindical do ABC não é essa! ... a gente se sente (...) impotente para tá brigando com a Administração, fazendo com que de fato isso, esse trabalho que a gente construiu, que a gente fez com que desse certo em um determinado período, que isso continue. E essa impotência se dá exatamente dentro desses fatores, esvaziamento do Centro de Referência, principalmente na questão técnica e principalmente enquanto (...) os sindicatos se sentirem impotentes para (...) o respaldo para os usuários reclamarem (...), ou seja, a mobilização para que esse trabalho continuasse e retomasse a nível do que estava anteriormente. Depende muito, imagino, [dos] sindicatos estarem chamando os usuários ... para que cobrassem isso das prefeituras. Eu acho que isso foi um ponto falho do sindicato, não estar chamando a mobilização dos usuários para que (...) desse continuidade nesse trabalho ... eu acho que depende muito do movimento sindical (...) mobilizar os trabalhadores, principalmente (...) quem depende dessa questão da saúde do trabalhador hoje ... nós temos que ter essa discussão, chamar essa discussão com a população e os trabalhadores e mostrar para a Administração o que a gente pode fazer, que a gente pode forçar a que a Administração faça, senão evidente que a gente vai ficar perdido no tempo."*³⁹

Tão veemente apelo encontra na realidade social e econômica vivida, a qual imprime uma dinâmica às relações de trabalho em que o desemprego e a informalidade

³⁸. LAURELL, Asa Cristina. La Política Social en la Crisis: Una Alternativa para el Sector Salud. *Saúde e Sociedade*, v. 2, n. 2, p. 21-84, 1993.

³⁹. Conforme entrevista gravada concedida ao autor em 19/09/1994 por O, dirigente sindical químico.

predominam, os elementos concretos que influem e até inviabilizam a possibilidade dos sindicatos interferirem na mudança de rumos, o que é expresso no próprio perfil da clientela que demanda aos Centros de Referência.

"Então, (...) o Programa tem três demandas (...) a que a gente fala de sindical, (...) a demanda espontânea e a demanda da rede. Essa demanda sindical infelizmente até por causa da recessão econômica, o trabalhador passa pelos sindicatos da sua categoria e o sindicato encaminha a trabalhador até o Programa. Oitenta por cento são trabalhadores demitidos e apenas 20% é uma demanda que continua na ativa, isso inclusive é devido à recessão econômica." ⁴⁰

E, diante dessa situação, o pragmatismo acaba definindo o papel que os Centros de Referência podem desempenhar na visão de um certo sindicalismo, o que fragiliza o seu peso específico como instância que pode desempenhar um papel efetivo como alternativa de atenção no interior do SUS, em relação à iniciativa privada ou à própria assistência médica do sindicato. Assim,

"... aonde o trabalhador precisa de um médico, precisa passar no médico não tem condições, a gente (...) encaminha trabalhadores para o Centro de Referência. (...) aqueles trabalhadores que ainda não são associados ao sindicato, empresas que não têm convênio médico. Então a gente trabalha em conjunto com o Centro de Referência." ⁴¹

Ocorre que, para um enfrentamento efetivo das questões postas pela realidade recessiva e pelo desemprego, ao que se associa as dificuldades político-administrativas trazidas pela derrota das administrações em 1992, é necessário a adoção de uma estratégia madura que exige articulação conjunta dos sindicatos e envolvimento amplo dos seus organismos centrais, dado o vulto da empreitada.

Vive-se, então, um novo desafio que é o de fazer avançar ou defender as conquistas conseguidas, agora numa conjuntura desfavorável ao nível dos municípios em que foram derrotadas as forças progressistas nas eleições de 1992. Assim, no município de São Paulo, sob a administração Maluf, os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador, pilares da política municipal na área dos serviços em Saúde do Trabalhador, passam a sofrer ameaças e uma certa delegação do movimento feita ao Estado no momento anterior impõe dificuldades à sua defesa, a qual é apontada na perspectiva coletiva de uma ação política coordenada pela Central sindical, neste caso a CUT.

"A partir do momento que os sindicatos foram vendo o esvaziamento do Centro de Referência, fez a política ao contrário. Invés de brigar a aumentar mais o número da nova gestão, os sindicatos também foram se afastando. Os sindicatos também têm culpa no esvaziamento dos Centros ... tinham mais é que criar demandas prá esses Centros de Referência e cobrar da nova administração ... O movimento sindical em geral vive em crise. Talvez tenha sido um dos motivos do afastamento do movimento sindical, mas eu acho que o movimento sindical tem que estar atuando sempre nos Centros de Referência ... mas tinha que ser uma política da Central. A Central tinha que ter uma política dirigida pros Centros de Referência. Os sindicatos individuais (...) tentando

⁴⁰. Conforme entrevista gravada concedida ao autor em 22/09/1994 por N, dirigente sindical metalúrgico.

⁴¹. Conforme entrevista gravada concedida ao autor em 23/08/1994 por R, dirigente sindical metalúrgico, sindicato filiado à Força Sindical.

articular (...) não funciona como a Central traçar uma política dirigida para os Centros de Referência." 42

"Não, não tínhamos conhecimento, a gente ouvia falar do Programa do ABC, ouvia falar do Programa da Zona Norte, [d]o Programa que já existia na época em Bauru, mas era Programa bem institucional mesmo ... então essa experiência de Campinas na minha opinião, pelo menos que eu conheço até hoje ela ainda continua inédita como todos alto e baixo, quer dizer, de valorização dos sindicatos." 43

Esta ausência de uma política da Central reflete-se na falta aparente de uma troca de informações sobre a existência das várias experiências sindicais junto aos PSTs, alguns inclusive oriundos da própria iniciativa dos sindicatos como foi o caso dos Químicos do ABCD. É o que se depreende da colocação acima, algo desmerecedora de outras iniciativas de PSTs semelhantes ao de Campinas.

Diante da desarticulação que se evidencia, na ausência da estratégia de uma política sindical eficaz e clara para superar os entraves, observa-se um enfoque equivocado mesmo quando os sindicatos estão mais presentes no processo de municipalização da saúde que ocorre nos municípios de porte grande do Estado de São Paulo:

"... onde a presença de setores sindicais é mais forte, observamos preocupações e lutas diretamente ligadas ao tema 'Saúde do Trabalhador'. As lutas, contudo, são no sentido da medicalização, mais consultas e remédios, segundo os moldes de interesse da área privada. As entidades populares não constituem forças capazes de influir decisivamente na política de saúde implementada nos municípios estudados." 44

Trata-se, então, de um desafio que exige um acúmulo de formulação do movimento social a qual estaria num patamar ainda pouco avançado quando se refere à gestão e proposição de medidas políticas cujo vulto, característica e abrangência até agora não foram objeto de efetivo enfrentamento por parte do movimento social.

6.3.1. As demandas sindicais em Saúde e Trabalho assumem um outro enfoque: O DIESAT como espaço de produção e pólo irradiador de um novo discurso.

No final dos 70 dá-se um movimento, que é em qualidade diferente daquele anterior, que ocorreu durante parte dos anos 70 e, conforme refere LACAZ (1983)

"O segundo momento da atuação sindical é qualitativamente diferente do anterior. Inicia-se em 1978/79 e está relacionado, (...), com um fato novo na história do sindicalismo, que é a criação da Comissão Intersindical da Saúde do Trabalhador (CISAT), em 09/01/1979, cuja diretoria

42. Conforme entrevista gravada concedida ao autor em 30/08/1994 por L, dirigente sindical plástico, sindicato este filiado à CUT.

43. Conforme entrevista gravada concedida ao autor em 22/09/1994 por N, dirigente sindical metalúrgico, sindicato filiado à CUT.

44. HEIMANN, Luiza S., CARVALHEIRO, José da Rocha, DONATO, Ausônia F., IBANHES, Lauro C. et al. *O Município e a Saúde*. São Paulo: HUCITEC, 1992. 200 p. p. 111

executiva era composta de 9 representantes de sindicatos, (...) 3 deles dirigentes de sindicatos de trabalhadores metalúrgicos. (...), em agosto de 1980, a CISAT daria origem ao Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde e dos Ambientes de Trabalho (DIESAT)." ⁴⁵ (grifado no original)

A partir de 1978, a iniciativa do movimento de esquerda que lutava pela democracia e a reanimação do movimento sindical dos trabalhadores constituem-se nas forças que no campo da Saúde e Trabalho vão imprimir ao processo uma dinâmica mais positiva e criadora. A própria luta pela democracia interfere na ação sindical, porque exige que ela seja adotada também na prática dos sindicatos, na medida em que há um consenso de que

"... a luta pela defesa da saúde operária dá-se quando as preocupações e interesses da base sindical têm um peso importante na formulação das políticas sindicais." ⁴⁶

É no final dos 70, através de uma articulação intersindical, interdita pela legislação vigente, que se inicia com a CISAT em continuidade com o DIESAT, a organização do movimento sindical mediante debates, simpósios a partir de sua ótica, assumindo a discussão das relações saúde-condições de trabalho, levando-a para a opinião pública e passando a produzir textos e documentos próprios, na perspectiva de um **contra-discurso**.

Aqui pode-se dizer que, guardadas as especificidades histórico-econômico-culturais dos vários países, de certa forma, o movimento sindical brasileiro trilhava um caminho e assumia uma postura semelhante à do movimento sindical francês e, em função da maior influência no Brasil, do italiano.

Na França, a participação dos trabalhadores no campo da saúde no trabalho, questionando as formas de **organização do trabalho**, mediante criação espaços de participação nas empresas é uma prioridade para a

"A Confederação Francesa Democrática do Trabalho (CFDT) e a Confederação Geral do Trabalho (CGT) [que] aprovam (...) disposições, enquanto consideravam que a expressão dos assalariados ficava falseada (...) nos grupos formados por iniciativa dos empregadores ... [para] evitar que maior número de trabalhadores vivam negativa sua atividade profissional ... [a CGT] é a central que atribui com maior insistência a responsabilidade dos acidentes de trabalho ao sistema de produção capitalista (...) abordam os problemas (...) com uma nova ótica. Trata-se de lograr que os operários consagrem o mesmo interesse aos problemas de segurança que às reivindicações salariais; que se multipliquem as Comissões de Higiene e Segurança com o objetivo de favorecer a **participação de todos**; (...) que se garanta (...) aos trabalhadores em gerla uma formação (...) em que se vincule a segurança à **organização do trabalho** ..." ⁴⁷ (grifos nossos)

No caso do movimento sindical italiano também eram consideradas na caracterização da insalubridade as

"... condições que podem **determinar** cansaço e que geram 'stress' psíquico, nervoso e alteram o equilíbrio e o bem-estar **psico-físico** dos trabalhadores. Monotonia, repetição, ritmos

⁴⁵ LACAZ, *op. cit.*, 1983, cap. 2, p. 18

⁴⁶ LAURELL, *op. cit.*, 1991, p. 312.

⁴⁷ ROUSTANG, Gaston Os trabalhadores e a higiene e segurança na França. *Rev. Int. do Trabalho*, v. 102, n. 2, p. 247-361, abr./jun. 1983, p. 257-258

excessivos, saturação de tempos, responsabilidade ... as condições ambientais insalubres não se limitam a produzir um dano físico; determinam também um dano psíquico produzindo (...) estados neuróticos e ansiosos." ⁴⁸ (grifos nossos)

Mais ainda,

*"... quando se fala de (...) insalubridade, deve-se falar de **organização do trabalho**, deve-se analisar a (...) conduta do empresariado (...) que tem procurado separar o problema da insalubridade do problema da organização do trabalho (...) esta luta pelo re-saneamento do ambiente de trabalho está intimamente ligada àquela **contra** a organização do trabalho que concerne à redução do horário, a negativa de dar horas-extras (...) e ambas assinalam o retorno da consciência e da autonomia operárias como verdadeiros centros de decisões..."* ⁴⁹ (grifos nossos)

No caso do Brasil, os movimentos grevistas de 1978/79, também tiveram como mote e motivo de impulso importantes lutas por maior **controle** e interferência na **organização** do processo de trabalho. Na análise das greves de 1978 em São Paulo, é apontado que além do discurso diretamente explicitado, elas foram

*"... forjadas basicamente na prática das lutas operárias que ainda que tenham como reivindicações explícitas aumentos salariais e ou melhores condições de trabalho, são obrigadas, enquanto **práxis**, a defrontar-se com a **organização capitalista do processo de trabalho** e, nesse momento, a **questionam**... Esta dinâmica requer, para se efetivar, a **organização interna** e algum **controle** sobre o processo de trabalho. (...) após a experimentação do controle operário sobre o processo de produção - quanto ao **ritmo**, **reações das chefias** - parte-se, em um segundo momento, para a luta aberta, (...), por ex.emplo, a greve (...) por toda a fábrica." ⁵⁰ (grifos nossos)*

HUMPHREY (1982) ao analisar o movimento no ABC paulista em 1979 e 1980 aponta algumas diferenças qualitativas afirmando que ao

*"... nível do movimento de março de 1979, as pressões por melhores salários e condições de trabalho **chocaram-se** com as restrições **impostas** pelo sistema de **organização do trabalho**, destinado a **contê-lo e controlá-lo** [em 1980] ... o confronto (...) era em **primeiro lugar** um **conflito político** em torno das negociações sobre salários e **condições de trabalho**, eram uma reprise de março de 1979 ..."* ⁵¹ (grifos nossos)

Esta preocupação com a nocividade para a saúde da organização do trabalho estará presente nas discussões de Congressos sindicais e pautas de negociações das Campanhas salariais, particularmente nos anos 80.

Mesmo considerando a atuação através das CIPAs, esta agora deveria ocorrer em um outro patamar de relações, numa postura **propositiva e legitimada**, apesar de seu caráter **consultivo**, na medida em que, como referia o Presidente do Sindicato dos Metalúrgicos de Osasco na I Convenção de CIPAs de São Paulo, em 1982:

"A CIPA que propomos é aquela que:

*1. possua 'cipeiros' com **estabilidade** (...) para que (...) possam desempenhar sem medo de **demissão** a sua função ...*

⁴⁸ . RICCHI, *op. cit.*, 1981, p. 310.

⁴⁹ . LUSCIANO, Franco. Son los obreros quienes definen la insalubridad. In: BASAGLIA (org.) et al., *op. cit.*, 1981, p. 150.

⁵⁰ . MARONI, *op. cit.*, 1982, p. 52.

⁵¹ . HUMPHREY, *op. cit.*, 1982, p. 205.

2. *possua 'cipeiros' que passem pelo crivo da vontade dos empregados (...) e que sejam realmente eleitos (...) sem distinção ...*

3. *possua autonomia para acompanhar o médico do trabalho que hoje (...) funciona como clínico (...) na maioria dos casos, possa fiscalizar o cumprimento da função do engenheiro (...) e do supervisor (...) que (...) só existe no registro legal ...*

4. *possa reunir-se livremente e fiscalizar o cumprimento das suas recomendações; possa fazer um bom curso de treinamento que dê ênfase às medidas de proteção coletiva, possa promover a melhoria dos ambientes de trabalho, através de mudanças (...) que serão indicadas pelos empregados." 52 (grifos nossos)*

Mesmo considerando que alcançar os objetivos acima propostos era uma empreitada de difícil realização numa instância apenas consultiva, a atuação sindical dentro das CIPAs tomou-a um espaço em que seus militantes exerciam mandatos que lhe davam certa estabilidade para uma ação também política.

"... essa questão técnica do trabalho na fábrica sem dúvida se vinculou a uma preocupação política de organização dos trabalhadores. Com isso, já no início até o pessoal na área técnica que coordenava a questão da CIPA, que coordenava os processos eleitorais, fez com que seguidamente eu fosse eleito duas ou três vezes vice-presidente da CIPA. E naquela época, (...) notadamente até as greves de 78, a gente organizou internamente uma Comissão de Fábrica ... Ai, dessa discussão de Comissão de Fábrica se começou a intensificar (...) em várias fábricas do pólo petroquímico um trabalho de sindicalização ... Inclusive nessa época eu comecei a ter alguns contatos (...) preliminares com o DIESAT. Então, através dessa preocupação política com a formação e com a questão (...) do DIESAT é que a gente começou também a desenvolver algumas linhas de trabalho (...) de saúde e segurança (...) no interior da fábrica." 53

Assim, como já foi colocado, o final dos anos 70, no rastro das grandes mobilizações de 1978/79, marca uma mudança qualitativa, sistemática e orgânica, na atuação sindical, a qual consolida-se, num primeiro momento, com a criação de uma instância orgânica viabilizada pela participação de dezenas de federações e sindicatos de trabalhadores. Sem dúvida tratava-se de

" ... um momento diferente, em que esta atuação se cumpre de forma mais organizada e sistemática, incorporando referências teóricas e técnicas e assumindo lentamente o caráter de uma verdadeira contrapolítica." 54 (grifos nossos)

Mais ainda,

"O marco desta nova etapa foi a reunião realizada em 06 de janeiro de 1979, no Sindicato dos Médicos do Estado 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', isto é, realizasse na área da saúde o que o Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Sócio-Econômicos faz na área de Economia com êxito há 28 anos, a despeito de toda a repressão ao movimento sindical nas últimas duas décadas." 55

52. Fundacentro I Convenção de CIPAs do Estado de São Paulo. Documentos. São Paulo, 1983. p. 173

53. Conforme entrevista gravada, concedida ao autor por M, dirigente sindical químico, em 12/03/1994. M foi ex-diretor também do DIESAT por duas gestões de 1984-1990.

54. Ver RIBEIRO & LACAZ (orgs.) *op. cit.*, 1985, Apresentação.

55. *Idem Ibidem*, Apresentação. Para uma análise da atuação do DIEESE enquanto um organismo de articulação de saberes e práticas de intelectuais orgânicos do movimento sindical e sindicalistas militantes, o

Na reunião de 6 de janeiro de 1979, nasce a Comissão Intersindical de Saúde do Trabalhador (CISAT) que será responsável pela organização das duas primeiras Semanas de Saúde do Trabalhador (SEMSAT), ainda nos meses de maio e setembro do mesmo ano.

O prosseguimento do trabalho da CISAT, promovendo discussões e eventos com a participação de um número cada vez maior de entidades sindicais, amadurece e, finalmente, consolida a criação do Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde e dos Ambientes de Trabalho (DIESAT), fundado em 14/08/1980, o qual irá conduzir a discussão desta temática dentro do movimento sindical.

Espelho do amadurecimento do discurso teórico-conceitual e de seu papel político-ideológico, os debates que o movimento trava diacronicamente, são nucleados pelo DIESAT que promove a organiza eventos como o Fórum Sindical "Acidentes de Trabalho - Uma Questão Política, Econômica e Social" em 06 07/02/1981,

"... onde se discute e contesta a versão oficial e dos empregadores que responsabiliza o 'ato inseguro' pela maioria deles, aprofundando a busca de suas (...) determinantes." ⁵⁶ (grifos nossos)

Na sequência o DIESAT realiza o Fórum de Debates sobre "Horas Extras, Trabalho em Turnos, Noturno e Ritmo de Trabalho: Aspectos Médicos, Sócio-Econômicos e Jurídicos" em 12/09/1981, o qual

*"... marca importante avanço: a preocupação com a **organização do trabalho**. A identificação do ambiente físico como agente agressor dos corpos dos trabalhadores é acrescida da percepção sobre a nocividade do modo e ritmo com que o trabalho se realiza, (...), interferindo sobre o conjunto das reações orgânicas e das relações sociais do trabalhador dentro e fora da empresa, precipitando ou causando outras doenças."* ⁵⁷ (negrito no original)

Num caminhar a passos dosados mas seguros, o movimento sindical dos trabalhadores passa a apreender que os

*"...ambientes e condições de trabalho têm outras **determinates sociais** internas e externas. Internamente, (...) os donos das empresas; externamente, a classe à qual pertencem. A classe empresarial impõe, (...), não só as condições de trabalho, mas também o modo de viver, adoecer e morrer... Assim, não só o trabalho e o salário, mas a moradia, a alimentação, (...), a educação, o lazer, a vida afetiva - são definidos pelas **relações de dominação** entre os que compram e os que vendem a força de trabalho."* ⁵⁸ (grifos nossos)

Esta trajetória cuja **politização** a conjuntura de crise impunha, reflete as lutas e conflitos que naqueles anos o movimento sindical vai travando, o que cria uma ampliação do espaço democrático do debate e da temática das discussões e reuniões mais importantes que o DIESAT desenvolve nos anos de 1982-83, ganhando a conformação de

que em certa medida viria a ser o DIESAT, no campo da Saúde e Trabalho, consultar CHAIA, Miguel Wadi *Intelectuais e Sindicalistas: a experiência do DIEESE, 1955-1990*. Ibitinga, SP: Humanidades, 1992. 204 p.

⁵⁶ RIBEIRO & LACAZ (orgs.), *op. cit.*, 1985, Apresentação.

⁵⁷ *Idem, Ibidem*, Apresentação.

⁵⁸ *Idem, Ibidem*, Apresentação.

pauta de uma verdadeira contrapolítica, o que é espelhado nos temas dos eventos que promove, como as SEMSATs, o que será visto no item a seguir.

Através de texto lançado em 1985 e que documenta estes eventos denominado *De que adoecem e morrem os trabalhadores*, o DIESAT elabora o testemunho vivo da expressão de um discurso que esteve interdito durante muitos anos e que agora dá voz aos trabalhadores, denunciando a falência das políticas oficiais no campo do controle dos agravos à saúde relacionados ao trabalho, sendo o

"... primeiro livro do gênero que emerge do movimento sindical brasileiro como coisa sua, através de um órgão que sindicatos e federações de trabalhadores criaram, mantêm e dirigem: o DIESAT." 59 (grifos nossos)

Na trilha desse caminhar o movimento dos trabalhadores passa a organizar em vários sindicatos as Comissões ou Departamentos de Saúde & Trabalho, que tornam-se as instâncias assessoras às quais se deve

"... a inclusão em convênios e acordos coletivos de itens referentes às condições e ambientes de trabalho, às CIPAs e à estabilidade dos acidentados." 60 (grifos nossos)

Esta estratégia de acoplar o momento das campanhas de negociação salarial com as questões relativas à saúde e trabalho são também uma marca dessa retomada, constituindo-se seu avanço num indicador interessante daquele período de maior efervescência das relações entre capital e trabalho. Tais demandas representavam também

" (...) a luta por novos direitos no espaço da produção, assim como a busca de cidadania na esfera política. (...), esse era o sentido do movimento trabalhista e do sindicalismo no Brasil em 1978." 61 (grifos nossos)

Representava ainda esta estratégia um eco das mobilizações do final dos 70, já que esta postura revelava uma

"... crítica à estrutura sindical e a defesa da livre negociação entre patrões e empregados sem a ingerência do Estado, (...) o afastamento do poder público da esfera das relações de trabalho, ao mesmo tempo que desenvolvia uma prática de organização pela base, tentando fortalecer o sindicato a partir das fábricas." 62 (grifos nossos)

Neste momento os organismos de assessoria assumem um caráter fundamental para a organização visando o embate com o patronato e ajudam na formação das lideranças sindicais:

"Então, (...), a minha formação mais político-técnica de saúde se deu através do DIESAT, (...) aí eu comecei a aprofundar (...) Já tinha uma experiência técnica na área ... e a gente foi ampliando né? (...) isso facilitou, foi um casamento positivo prá poder ter mais visão, desenvolver (...) um trabalho que a gente desenvolveu nesses últimos dez anos no Sindicato dos Químicos do ABC." 63

59. RIBEIRO & LACAZ (orgs.), *op. cit.*, Apresentação.

60. *Idem, Ibidem*, Apresentação.

61. RODRIGUES, Iram J., *op. cit.*, 1995, p. 116-117.

62. *Idem, Ibidem*, p. 117.

63. Conforme entrevista gravada, concedida ao autor em 12/03/1994 por M, dirigente sindical químico.

É desta mesma fonte que fluem os elementos para a definição da estratégia que privilegia o momento da negociação coletiva como espaço de explicitação das demandas relativas às questões de saúde e trabalho.

6.3.1.1. As SEMSATs: uma estratégia de visibilidade do discurso.

Após as duas primeiras SEMSATs realizadas ainda sob a coordenação da Comissão Intersindical de Saúde e Trabalho (CISAT), em 1979, é a partir da criação do DIESAT em agosto de 1980, que tal estratégia tem prosseguimento, sendo realizada a III SEMSAT em maio de 1982, com o tema "O Trabalho da Mulher e do Menor" em que se aborda

"... criticamente a inserção desta parcela da população que, puxada para o mercado de mão-de-obra, arrastou globalmente para baixo os salários, fato que, num primeiro instante, conteve as reivindicações de melhoria das condições de trabalho." ⁶⁴ (grifo nosso)

Na sequência a temática dos eventos torna-se mais abrangente, abordando temas como: Previdência Social e Assistência à Saúde, fórum realizado em setembro de 1982 ; as questões do "Trabalho Rural, acidentes e doenças", tema da IV SEMSAT realizada em junho de 1983 com a entrada em cena dos trabalhadores do campo. A realização em outubro de 1983 do Simpósio "A Crise Econômica e seus efeitos sobre a saúde dos trabalhadores", traz para o debate uma questão vivida a partir da recessão dos anos 1981-83 e que vai ter desdobramentos com a estagnação econômica dos anos 1987-89 (após uma pequena recuperação em 1984-86) ao que se segue a recessão dos anos 1990-92. ⁶⁵

Em maio de 1984, promove-se a V SEMSAT, sob o título "Trabalho, Incapacidade e Previdência Social, na qual discute-se a progressiva perda de direitos previdenciários promovida pela tecno-burocracia do governo militar desde 1967, culminando com mudanças drásticas e predatórias como as previstas na Lei Acidentária nº. 6.367/76; a partir de um estudo do DIESAT concluído no final de 1983. ⁶⁶

Data ainda de agosto de 1984 a primeira greve provocada por questões relacionadas à insalubridade das condições de trabalho, paralisação esta que durou dois dias. Foi a greve dos 480 trabalhadores químicos da fábrica de esmaltes Ferro Enamel, localizada em São Bernardo do Campo, realizada contra a intoxicação por chumbo de 31 operários da produção, a qual foi dirigida pelo Sindicato dos Trabalhadores Químicos do ABC. A suspensão da greve deu-se após a empresa assumir o afastamento do trabalho dos intoxicados, a suspensão temporária da produção de derivados do chumbo, a avaliação técnica das condições de trabalho e medidas de controle, com acompanhamento

⁶⁴. *Idem, Ibidem*, Apresentação.

⁶⁵. Ver a respeito: MATTOSO, Jorge e POCHMAN, Marcio. A macroeconomia do desemprego. *FOLHA de SÃO PAULO*, p. 2-2, Seção Dinheiro, 29/06/1996 (sábado).

⁶⁶. Para uma crítica ao retrocesso nos direitos previdenciários provocados pela Lei 6.367 de 24/12/1976, ver POSSAS, *op. cit.*, 1981.

do sindicato e a entrega dos resultados de exames médicos periódicos aos trabalhadores.

67

As SEMSATs tomam-se ao longo do tempo, como estratégia, um espaço de discussão e socialização de temas cada vez mais abrangentes sobre a relação estreita entre trabalho-doença, com suas repercussões ao nível da Previdência Social, do sistema de saúde, do ambiente e da possibilidade de negociação com o capital.

Transitando, então, por temas inicialmente relacionados a determinadas categorias de trabalhadores, as SEMSATs vão ampliando suas temáticas quando, por exemplo, antecipa-se ao debate sobre a questão dos direitos constitucionais, consagrados em 1988, ao discutir o tema "Constituinte e Saúde" ainda em 1986; passando depois, sequencialmente, pela questão do trabalho insalubre na indústria capitalista, sua forma de organização e as consequências para a saúde dos trabalhadores (1987); pela questão das novas tecnologias e os efeitos para a saúde (1988); pela discussão da Saúde do Trabalhador, diante das perspectivas do neoliberalismo dos anos 90 (1990); pelas relações entre ambiente, trabalho e saúde, até, finalmente tratar da possibilidade de um outro patamar de relações capital-trabalho, diante da perspectiva do Contrato Coletivo de Trabalho aplicado às questões da Saúde do Trabalhador, porém reduzida à dimensão específica de algumas doenças e tipos de risco que acometem um grande número de trabalhadores, como as L.E.R.s, o Benzenismo e os riscos com prensas injetoras.⁶⁸

Na IX SEMSAT, cujo tema foi Doenças e Novas Tecnologias, é digno de nota que nas conclusões e recomendações apontava-se para a necessidade de que nas pautas dos acordos coletivos figurassem cláusulas relativas ao controle da incorporação tecnológica, dos níveis de emprego e qualificação, das repercussões sobre a saúde mental; bem como fosse empreendida uma discussão sobre as formas de organização do trabalho que acompanhavam a incorporação tecnológica, questões estas que pela sua atualidade continuam a desafiar a prática cotidiana do sindicalismo brasileiro.⁶⁹

A propósito do objeto desta tese é digno de nota discutir o que se debateu durante a X SEMSAT cujo sugestivo tema foi "Saúde do Trabalhador. E agora?"

Reflexo da preocupação com os efeitos da reconversão produtiva e da recessão econômica que se vivia e, de certa forma vaticinando a tragédia da "era" Collor, era aqui também diagnosticada a perversidade dessa realidade para o próprio movimento sindical, na medida em que a "*Recessão ameaça a saúde dos trabalhadores*" e, leva

67. Ver a respeito: *Trabalho & Saúde*, n. 3, p. 9, jul.-ago./1984 e REBOUÇAS et al., *op. cit.*, 1989, p. 113-126.

68. A temática das SEMSATs foi: I. Poeiras e Doenças Pulmonares (maio de 1979); II. Agentes Físicos e Doenças (set. de 1979); III. O Trabalho da Mulher e do Menor (maio de 1982); IV. Trabalho Rural. Acidentes e Doenças (junho de 1983); V. Doenças do trabalho, Incapacidades, Direitos e Benefícios previdenciários (maio de 1984); VI. Os Trabalhadores e a Previdência Social (maio de 1985); VII. Constituinte e Saúde (maio de 1986); VIII. Insalubridade: a morte lenta no trabalho (outubro de 1987); IX. Doenças e Novas Tecnologias (outubro de 1988); X. Saúde do Trabalhador. E agora? (abril de 1990); XI. A questão ambiental e a saúde dos trabalhadores (maio de 1991); XIII. A Saúde do Trabalhador no Contrato Coletivo de Trabalho (agosto de 1995). A respeito consultar: *Trabalho & Saúde*, ano 15, n. 38, jan./ 1995. DIESAT - Uma Conquista do Trabalhador: 15 Anos de História. 10 Anos de T&S. (edição comemorativa dos 15 anos do DIESAT e 10 anos da revista *Trabalho & Saúde*, órgão informativo editado pelo DIESAT).

69. Ver a respeito: *Trabalho & Saúde*, n. 21, p. 3-5, set.-out./1988.

" [à]... deterioração das condições de trabalho provocada pelo quadro recessivo no Brasil ... Técnicos, dirigentes sindicais e trabalhadores da base [que] temem as sérias repercussões sobre a saúde física e mental dos trabalhadores durante o governo Collor.

"Com o aprofundamento da recessão, (...) preveem forte diminuição de salários, intensificação dos ritmos de trabalho, negligenciamento da manutenção de equipamentos e ações preventivas. Com desemprego crescente, o movimento sindical tende à *desunião*, facilitando o trabalho das empresas... aumentando o número de acidentados e doentes ..."⁷⁰

Apontava-se, então, que

"A conjuntura *neoliberal* deve ser *perversa* aos trabalhadores. Sua organização embasada em *pesquisas* é fundamental para enfrentar o problema." ⁷¹ (grifos nossos)

Fazia parte da discussão, inclusive, a atualidade da temática da preservação dos PSTs e CRSTs, agora uma experiência nacional e do trabalho de assessoria sindical, conquistas e estratégias acumuladas ao longo da luta pela saúde no trabalho nos últimos anos e que também estavam sob ameaça. Assim, a X SEMSAT apresentava em suas Conclusões e Recomendações, uma pauta atualizada das questões que até hoje estão a desafiar o movimento social na área da saúde e do trabalho, propondo como papel dos Sindicatos

"Pressionar órgãos públicos para ativação manutenção dos Programas de Saúde do Trabalhador e Centros de Referência em Saúde do Trabalhador com participação sindical.

"Reforçar trabalho de saúde, com criação de Comissões de Saúde do Trabalhador e departamentos específicos.

"Apoiar projeto [de lei] ... sobre a criação de Comissões de Saúde nas fábricas.

"Pressionar o Congresso para aprovação de projeto de implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) de interesse do movimento sindical.

"Retomar a luta pela participação majoritária dos trabalhadores eleitos diretamente nos conselhos de gerenciamento da Previdência em todos os níveis

"Exigir inscrição do Direito de Recusa ao trabalho em situações de risco grave e iminente na legislação federal e em convenções coletivas." ⁷²

De certa forma as questões levantadas durante a X SEMSAT constituem uma agenda hodierna dos problemas vividos no mundo globalmente, diante das brutais transformações do trabalho nos últimos anos, não sendo diferentes dos pontos abordados por LAURELL (1991), como se segue:

"Fica manifesto tanto nos países periféricos como nos centrais, que a reconversão tem como um de seus propósitos centrais mudar a correlação de forças entre capital e trabalho. Esta questão expressa-se entre outras coisas na eliminação de partes importantes dos contratos coletivos existentes, ... la diminuição da capacidade de negociação (...) e abandono das demandas pela defesa da saúde e o cumprimento das mais elementares medidas de higiene e segurança." ⁷³

⁷⁰ . *Trabalho & Saúde*, ano X, n. 28, mar.maior/ 1990, p.5.

⁷¹ . *Ibidem*, p. 7.

⁷² . *Ibidem*, p. 12.

⁷³ . LAURELL, *op. cit.*, 1991, p. 307-308.

Até mesmo o alerta para que os sindicatos buscassem embasar-se em pesquisas para o enfrentamento com o capital é reforçado pela autora, citando inclusive como exemplo uma investigação conduzida pelo DIESAT e militantes do Sindicato dos Metroviários de São Paulo.

"A demanda de redução da jornada como amortizador dos efeitos de um processo de trabalho globalmente desgastante tem sido promovida por uma série de sindicatos, que se baseiam em estudos concretos. Tal é o caso dos metroviários de São Paulo e dos siderúrgicos de Sicarisa, Mexico. Em ambos estudos foi a recuperação da experiência operária que permitiu compreender a gravidade do desgaste (...) assim como a importância de danos e moléstias que não conformam 'doenças' medicamente definidas." ⁷⁴

Se, de um lado as SEMSATs são um momento de socialização de experiências e de avanço na formulação de uma pauta de demandas coletivas, observa-se um certo esgotamento desta estratégia ao longo dos anos 90, sendo realizadas apenas duas delas no período (1991 e 1995), abordando dois temas que são reflexo do momento vivido.

A primeira delas, a de 1991, num movimento de diástole, vai tratar de temática que amplia o leque de alianças que o movimento sindical deve buscar em sua luta pela saúde no trabalho, ao abordar a as relações entre "A questão ambiental e a Saúde dos Trabalhadores", corroborando opiniões de vários autores que vêm refletindo sobre as necessidades de ampliação das interfaces dessa luta. ⁷⁵

A segunda, a de 1995 volta-se, num movimento sistólico, novamente para dentro do movimento sindical, agora acercando-se da estratégia ainda potencial do Contrato Coletivo de Trabalho, mecanismo apregoado pelo Estado, através do MTb como remédio para corrigir a intervenção estatal nas relações entre capital e trabalho, diante das novas relações trabalhistas que se vislumbra. De certa forma, em 1995 o movimento sindical atrela-se novamente à pauta dirigida pelo Aparelho de Estado, restringindo seu olhar a um horizonte que revela uma estreiteza de visão, ao debater problemas de negociação relativos a algumas doenças específicas e a riscos de acidente também muito particulares, talvez reflexo das estratégias que vão presidir este final de século. ⁷⁶

Assim, as SEMSATs cumprem um papel importante ao longo de cerca de 15 anos e, hoje, constiuem-se em um espaço que parece estar sendo abandonado ou pelo menos redimensionado, na medida em que a iniciativa do movimento sindical de antecipar-se ou de aprofundar temas cuja abrangência era balizada pela dinâmica do próprio movimento, está sendo "atropelada" pela agilidade da dinâmica com que as

⁷⁴ . *Idem. Ibidem*, p. 314. Aqui é interessante destacar a distinção feita entre moléstia e doença, como algo que a nosologia médica desconhece mas que a vivência e o "modo de andar a vida", o sofrimento e o desgaste expressam na fala e no corpo dos trabalhadores sendo, aqui, por isso bastante valorizado.

⁷⁵ . Ver a respeito: BERLINGUER & BIOCCA, *op. cit.*, 1987 e TAMBELLINI, Anamaria. Notas provisórias sobre uma tentativa de pensar a saúde em suas relações com o ambiente. *Espaço por uma Rede Trabalho, Saúde e Modos de Vida*, v. 2, n. 1-2, p. 12-16, jun./1996.

⁷⁶ . A respeito da estratégia do Estado, através do MTb para tal temática consultar o documento: Ministério do Trabalho, *Anais. Fórum Nacional sobre Contrato Coletivo de Trabalho e Saúde e Segurança dos Trabalhadores*, já citado no capítulo 5.

transformações no mundo do trabalho ocorrem, fazendo com que ele volte-se para estratégias mais particulares setorizando suas demandas junto ao capital.

A respeito desta questão é ilustrativo refletir sobre o que observa RODRIGUES (1995) a propósito da trajetória recente do "novo sindicalismo" que aparece no final dos anos 70:

*"Vale dizer que o movimento sindical brasileiro deu um passo importante na construção de seus organismos de representação em um espaço de tempo pequeno ... De uma atuação mais confrontacionista - expressão da primeira fase - evolui-se para uma atividade que poderíamos chamar de cooperação conflitiva ... [em que] há uma preocupação com a cooperação ... a experiência recente do do Sindicato dos Metalúrgicos do ABC de discutir e firmar acordos com as indústrias (...), em especial as (...) automobilísticas, sobre temas relacionados à reestruturação produtiva, até há pouco considerados tabus para a ação sindical ... aponta para uma mudança sensível desse padrão de ação sindical. Possivelmente, está na raiz das transformações por que passa o sindicalismo brasileiro, que irrompeu na cena pública a partir das greves de 1978."*⁷⁷

As transformações que vêm ocorrendo no setor produtivo no país, reflexo das mudanças globais, colocam desafios vários a ser enfrentados pelo sindicalismo, particularmente no que se refere a temáticas relacionadas à política industrial, reconversão/reestruturação, desemprego, terceirização, precarização e informalização das relações de trabalho.⁷⁸

Tais desafios devem trazer para a ordem do dia do sindicalismo, a inserção do tema da saúde e do trabalho à luz desta realidade em ágil transformação, na perspectiva de continuar mantendo a adesão de suas bases na virada do século, agora na perspectiva de atualizar questões candentes e que já foram objeto de discussão durante as próprias SEMSATs, isto é, as novas tecnologias, meio-ambiente, suas relações com a saúde e o trabalho, as negociações coletivas.

6.3.1.2. A produção de conhecimento sobre sua realidade. O DIESAT e as pesquisas sobre Saúde e Trabalho.

Um papel importante desempenhado pelo DIESAT junto a alguns setores do movimento sindical, particularmente do ramo de serviços foi a realização de pesquisas que instrumentalizaram o conhecimento visando a luta pela melhoria das condições e organização do trabalho e defesa da saúde. Foram investigações para responder demandas negociais que envolveram os sindicatos dos aeronautas (nacional), dos bancários (regional de São Paulo, MatoGrosso e Mato Grosso do Sul) e metroviários (São Paulo).

Assim, a primeira delas, empreendida em 1984, como subsídio para a Comissão de Saúde e Trabalho do Sindicato Nacional dos Aeronautas visando o acordo coletivo de trabalho junto às empresas de aviação, contou com importante participação de

⁷⁷ . RODRIGUES, Iram J. *op. cit.*, 1995, p. 125.

⁷⁸ . Ver a respeito: RODRIGUES, *op. cit.*, 1995 e ANTUNES, *op. cit.*, 1994.

grupo de trabalho de aeronautas, que aplicou instrumento de coleta de informações elaborado em conjunto com os técnicos do DIESAT, levou à conquista do alojamento individual no pernoite de comissários de bordo nos vôos de longa duração em território brasileiro, o que já acontecia nos vôos internacionais, permitindo que se rompesse com a extensão das relações hierárquicas, após as longas e tensas jornadas de trabalho de vôos com mais de 12 horas de duração no Brasil, num verdadeiro "prolongamento da jornada de trabalho e uma interferência na privacidade do repouso e qualidade de sono desses profissionais." ⁷⁹ Ressalta neste estudo a metodologia participativa tanto na elaboração do instrumento de coleta como na sua aplicação junto à categoria em nível nacional. ⁸⁰

Na sequência, em 1985, empreende-se estudo por demanda da Federação dos Bancários de São Paulo, Mato Grosso e Mato Grosso do Sul e do Sindicato dos Bancários de Campinas, relacionado à Saúde Mental do Bancário. Tratou-se de um dos desdobramentos de seminário realizado pelo DIESAT sobre a Saúde do Bancário, no qual foi identificado que, dentre os problemas de saúde mais significativos da categoria aqueles relacionados à saúde mental eram os mais importantes. A introdução da informática no trabalho bancário, sua polivalência, a desqualificação da atividade, eram questões que levavam a pensar na presença de cargas e desgaste psíquicos com maior importância na geração de "mal-estares" e sofrimentos. Diante disso, empreendeu-se um processo, o qual precedeu e acompanhou a realização da pesquisa constituindo-se num rico e longo período de elaboração e produção que envolveu técnicos do DIESAT, da Universidade, de bancos, diretores sindicais e bancários. Seguindo uma metodologia participativa, compôs-se um grupo de trabalho com tais atores, partindo-se do pressuposto de que os trabalhadores detêm um conhecimento construído no cotidiano do trabalho, o qual era fundamental para nortear a investigação. Com o grupo composto, definiu-se os objetivos e a metodologia, bem como os principais aspectos que viriam a balizar a técnica investigativa.

Havia um objetivo claro de parte dos demandantes que era identificar as principais fontes de tensão e cargas psíquicas presentes no trabalho bancário, especificamente relacionadas à **organização do trabalho** com seus efeitos sobre a saúde mental. Tratava-se, então, de compreender esta dinâmica do trabalho, a partir da percepção dos bancários, sendo por isso utilizada metodologia **qualitativa** baseada em alguns estudos de caso - entrevistas com bancários que operavam nas atividades de: caixa, digitação, recepção, compensação, gerência administrativa. Para uma validação dos achados foi solicitado a algumas empresas bancárias privados e estatais dados de morbidade, os quais, no entanto, não possibilitaram proceder à abrangência da análise epidemiológica pretendida. Mesmo com tais dificuldades, os resultados do estudo apontaram alguns aspectos comuns nas diversas funções, tais como: desqualificação associada a tarefas monótonas, repetitivas e simplificadas, intenso ritmo de trabalho, controle rígido exercido pela máquina ou pela hierarquia, relações interpessoais atritosas, prolongamento da jornada de trabalho, ao que se juntava em determinadas atividades, o excesso de responsabilidade, grande variedade de tarefas e o cumprimento de metas.

⁷⁹ Ver *Trabalho & Saúde*, n. 3, p. 9, jul.-ago./1984.

⁸⁰ Ver a respeito: DIESAT-Sindicato Nacional dos Aeronautas Trabalho dos Comissários de Bordo em Aeronaves. *Relatório de Pesquisa*. São Paulo, 1984. [mimeo]

Tal realidade de trabalho implicava em predomínio patente das cargas psíquicas e desgaste mental, sendo observado como queixas dos entrevistados, a presença de "quadros" cuja taxionomia médica não valoriza como: insatisfação, embotamento da criatividade, ao que se associou problemas como Lesões por Esforços Repetitivos (L.E.Rs.) em digitadora e estafa desenvolvida em decorrência de extensão da jornada de trabalho que exigia um excesso de responsabilidade.

Este estudo permitiu que se identificasse algumas questões importantes relacionadas à organização do trabalho bancário que possibilitaram descortinar um campo de demandas posteriormente levadas à negociação com o patronato do setor.⁸¹

Finalmente, em 1985/86, é a demanda dos metroviários de São Paulo negociada em acordo coletivo de trabalho entre o Sindicato e o Metrô em julho de 1985, que mobiliza a atividade em pesquisa, ocasião em que desenvolve-se estudo sobre as consequências da **organização do trabalho** automatizado e da jornada de turnos alternantes sobre a saúde dos operadores de trens do metrô, o qual foi realizado com a "participação de técnicos do DIESAT e representantes de escala dos operadores de trem."⁸²

Frise-se que ao mesmo tempo a empresa estatal contratou pesquisadores da Academia para empreender estudos semelhante, como que contrapondo-se à iniciativa sindical.⁸³

LAURELL (1991) ao comentar que os achados da pesquisa dos metroviários de São Paulo assemelhavam-se aos dos condutores de ônibus da cidade do México, ressalta a importância das queixas relativas à esfera mental:

*"O estudo sindical mostra que o trabalho com o equipamento automatizado redundava em pouco controle do operador, monotonia e altos níveis de atenção, ao que se soma os efeitos da rotação de turnos, problemas de ruído e mudanças bruscas de temperatura. As queixas mais frequentes reportadas pelos trabalhadores são nervosismo, quadros depressivos, alteração do sono e cefaléia tensional."*⁸⁴

De certa forma os achados do estudo patronal, de caráter ergonômico relativo a ritmos circadianos, apontam também para uma prevalência importante de queixas psicossomáticas e neuro-psicológicas, na morbidade relatada, encontrando úlcera gástrica e duodenal em 14% dos casos, hipertensão arterial em 12%, ansiedade, tensão nervosa e reações depressivas em 8%.

Os dois estudos empreendidos pelo DIESAT apresentam características comuns expressas na atuação de equipe interdisciplinar - psiquiatra, socióloga, psicóloga

⁸¹ Ver a respeito: SELIGMANN SILVA, Edith, DELIA, Agda Aparecida e SATO, Leny *Trabalho e Saúde Mental dos Bancários. Relatório de Pesquisa*. São Paulo: DIESAT, 1985. 190 p. [mimeo] e *Trabalho & Saúde*, n. 10, p. 7, nov.-dez./1985

⁸² Ver a respeito: SELIGMANN SILVA, Edith, DELIA, Agda Aparecida e SATO, Leny *A Saúde na Área Operativa do Metrô de São Paulo*. São Paulo: DIESAT/Sindicato dos Metroviários, 1986 [mimeo] e *Trabalho & Saúde*, n. 8, p. 6, jul.-ago./1985.

⁸³ Ver a respeito: FISCHER, Frida Marina, *Estudo Das Condições de Vida e Trabalho dos Operadores de Trens, Supervisores e Inspetores Operacionais do metropolitano de São Paulo*. Departamento de Saúde Ambiental, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo e Companhia do Metropolitano de São Paulo-METRÔ, 1986. 275 p. [mimeo]

⁸⁴ LAURELL, *op. cit.*, 1991, p. 296-297.

e médico - e na demanda das categorias junto ao DIESAT, tendo assumido formato de **pesquisa participante**.⁸⁵

Além disso, em ambos objetivou-se compreender o encontro da introdução de mudanças tecnológicas e organizacionais do processo de trabalho e

*"... seus impactos sobre a qualificação, a segurança no emprego e os níveis de cansaço mental e de tensão vivenciados. No estudo dos metroviários, buscou-se (...) as repercussões da tensão e da fadiga que se faziam em termos de absenteísmo e de falhas de desempenho ... A integração de abordagem qualitativa (entrevistas individuais e grupais) com abordagem quantitativa (estudo de registros de morbidade e de absenteísmo), permitiu ampliar e aprofundar a análise dos resultados, especialmente no estudo concernente aos metroviários."*⁸⁶

É importante frisar que no caso dos metroviários a investigação permitiu negociar a alteração da escala da jornada de turnos alternados, com redução da duração da jornada semanal e ampliação das folgas. Sendo que no caso dos bancários levantou questões que foram retomadas e passaram a fazer parte de negociações da categoria nos anos seguintes.

Apesar da importância deste tipo de atividade para a instrumentalização da atuação sindical, não houve desdobramentos desta prática para outras categorias, nem uma apropriação mais contundente de seus resultados pelas próprias categorias que demandaram pelos estudos, denotando o predomínio de um pragmatismo imediatista por parte da atuação sindical.

6.4. As cláusulas de Saúde e Trabalho nos Acordos Coletivos: o movimento sindical entre o discurso e os limites da prática.

Dentre alguns importantes "indicadores" desse discurso e dessa prática situam-se as cláusulas relativas ao tema que figuram nos Contratos Coletivos de Trabalho as quais ampliam-se nos anos seguintes, a partir de 1978/79.

Conforme já apontavam estudos realizados por LEITE (1983), LACAZ (1983), CARDOSO (1993) a partir dos Acordos Coletivos e da análise de suas cláusulas pode-se apreender o grau de avanço dos Sindicatos proponentes em relação a demandas várias inclusive as de saúde no trabalho.⁸⁷

⁸⁵. A respeito do papel central dessa metodologia e do seu potencial nas investigações sobre Saúde e Trabalho, consultar NORIEGA, *op. cit.*, 1989.

⁸⁶. SELIGMANN SILVA, Edith. Pesquisas Brasileiras em Saúde Mental e Trabalho. In: *Anais. I Seminário Nacional de Saúde e Trabalho*. Ribeirão Preto, 5 a 7 de novembro, 1990. Ribeirão Preto: Núcleo de Estudos sobre Saúde e Trabalho. EERP-USP, 1991. p. 112-154. p. 127.

⁸⁷. Ver a respeito: LACAZ, *op. cit.*, 1983, LEITE, Márcia P. Reivindicações sociais dos metalúrgicos. São Paulo: CEDEC, maio/jun 1983. [mimeo] e CARDOSO, Ana Cláudia M. Evolução das pautas e acordos dos Metalúrgicos de São Paulo, Osasco e Guarulhos e São Bernardo do Campo e Diadema. *Relatório final*. s.l., 1993. 90 p. [mimeo]

Vários autores classificam as cláusulas em quatro categorias tais como: econômicas, sociais, sindicais e político-jurídicas, sendo que as cláusulas de saúde e trabalho enquadram-se nas sociais.⁸⁸

Levantamento realizado das cláusulas relativas ao tema Saúde e Trabalho dos Acordos Coletivos dos trabalhadores químicos de São Paulo, ABCD e outros, dos trabalhadores metalúrgicos de São Paulo, Osasco e Guarulhos no período de 1983 a 1994, permitiu proceder-se ao agrupamento das cláusulas sociais de Saúde e Trabalho nos itens: 1. direito previsto em lei; 2. assistencial/prevenção individual; 3. prevenção coletiva/representação no local de trabalho; 4. direitos de "cidadania"; 5. novas tecnologias; 6. proteção para funções; 7. pós-Constituição; 8. controle de doenças e acidentes particulares; 9. acesso à informação/formação.

6.4.1. Os Acordos Coletivos dos Trabalhadores Químicos.

No que se refere à evolução das cláusulas na categoria química, aquelas relativas ao item 1, que apenas firma como compromisso das empresas o cumprimento daquilo que já é previsto pela legislação em vigor, observa-se uma pauta que engloba o fornecimento de uniformes e equipamentos de proteção individual (EPIs); a garantia do trabalho e salário da gestante; a comunicação aos órgãos de saúde dos acidentes do trabalho (ATs) com afastamento; até a taxação de horas-extras e a redução da jornada de trabalho, sendo que a partir de 1989/90 surge a preocupação com o adicional noturno e a proibição do teste de gravidez na admissão, o que demonstra a truculência das relações capital-trabalho no cotidiano.

Quanto ao item 2, a complementação do valor dos benefícios da Previdência Social é marcante aparecendo desde 1983 até 1994, com ampliação do período de afastamento do trabalho para a complementação, que varia de 16º. ao 330º. dia no último ano.

Outra preocupação importante refere-se aos convênios médicos, num primeiro momento na perspectiva de sua melhoria (1984/85 e 1985/86), transitando pela possibilidade de que o seu uso seja declinado ou que seja mantido após afastamento do trabalho por doença. Ao lado disso, exige-se que na realização dos exames médicos periódicos seus resultados sejam informados, se necessário por escrito (a partir de 1987/88). Em 1991/92 aparece a obrigatoriedade de atendimento de primeiros socorros e convênios com farmácias e óticas.

⁸⁸ Ver a respeito: Departamento Intersindical de Estatísticas e Estudos Sócio-Econômicos (DIEESE) Sistema de Análise de Acordos Coletivos de trabalho dos setores público e privado nos anos 85 e 86. São Paulo: DIEESE, 1987, DIEESE Setor químico: uma comparação entre convenções coletivas. São Paulo: DIEESE, 1988. 4 vol., DIEESE A necessidade de uma Política Salarial no Brasil. São Paulo: DIEESE, 1991, BRAGA, Luiz E.L. & CARMIGNANI, Wilson *Negociação Coletiva*. São Paulo: Ltr, 1986, LANG, Silvia I. *Negociações Coletivas*. São Paulo: CEBRAP, 1986 e TURCHI, Lenita M. & SILVA, Roque Aparecido *Negociações Coletivas no Brasil: tendências e perspectivas para a próxima década*. Caxambu, 1990. (Texto apresentado ao 14º. Encontro Anual da ANPOCS)

Aqui dois aspectos importantes merecem observação. O primeiro deles refere-se aos convênios com a medicina de empresa. Se durante as greves do final dos anos 70 eram vistos

"... como parte do esforço de controle sobre a força de trabalho, nos anos subsequentes a demanda por assistência médica diferenciada da oferta da previdência social e, posteriormente do SUS, transformar-se-ia em item da agenda de negociação coletiva por força do grande anseio por serviços (...) advindos das bases sindicais." ⁸⁹

Assim, é atendendo a uma pressão das bases que os sindicatos voltam-se para a assistência prestada pela iniciativa privada o que, no limite, é totalmente contraditório com a luta pela implantação dos PSTs. Assim, a reivindicação pelos convênios médicos, mesmo contraditória e bastante perigosa para o argumento de uma luta sindical em defesa do setor público, cuja viabilidade torna-se questionável, é vista como a única saída, apesar de ser

"... uma 'faca de dois gumes'. Agora é uma reivindicação dos trabalhadores. A partir do momento que a Previdência Social, (...) não atende ninguém, a partir do momento que a rede pública do estado tá sucateada, a rede pública municipal tá toda sucateada, o trabalhador não tem saída. Ai, o que que vem pro trabalhador? Reivindicar a medicina de grupo. Fica complicado. Até mesmo a privatização da Previdência, num momento desses que os sindicatos começam a reivindicar convênio, é reforçar a política deles. Como os sindicatos vão ser contra a privatização (...) se os próprios sindicatos estão pedindo o convênio pros trabalhadores ... Acho que a política mais correta era agente lutar pela medicina pública ..." ⁹⁰

Esta falta de empenho programático do sindicalismo na defesa da saúde de caráter público, faz com que não seja estranho o fato de que com o agravamento da crise econômica, nos anos 90, os PSTs tornem-se o *locus* privilegiado de atendimento da população trabalhadora desempregada ou que está no mercado informal de trabalho. A este respeito é revelador e importante

"... frisar, por oportuno, que grande parte dos trabalhadores matriculados nos CRSTs estão desempregados, e se constituem numa (...) fonte de informação para a identificação das unidades produtivas geradoras da doenças ocupacionais ..." ⁹¹

Por outro lado, a utilização que um importante Sindicato faz dos CRSTs evidencia o papel que a eles cabe na "disputa" com os convênios pela clientela de seus associados (ou não).

"... a gente tem um trabalho em conjunto com os Centros de Referência ... aonde o trabalhador precisa de um médico, (...) a gente também encaminha os trabalhadores para o Centro de Referência, (...) aqueles trabalhadores [de] ... empresas que não têm convênio médico." ⁹²

A preocupação com o desempregado que fica automaticamente alijado do acesso à assistência médica também figura em alguns acordos coletivos como o dos

⁸⁹ COSTA, Nilson do Rosário Políticas Públicas, Direitos e Interesses: Reforma Sanitária e Organização Sindical no Brasil. *Saúde em Debate*, n. 40, p. 23-29, dez. 1994. p. 24.

⁹⁰ Conforme entrevista gravada, concedida ao autor por L, dirigente sindical plástico, em 30/08/1994.

⁹¹ Ver a respeito: PM-SP/SMS *A Saúde do Trabalhador no Município de São Paulo. 1985-1995*. p. 25.

⁹² Conforme entrevista gravada, concedida ao autor por R, diretor sindical metalúrgico, no dia 23/08/1994.

bancários vinculados ao Departamento Nacional dos Bancários da CUT do ano de 1989. Tal postura revela o distanciamento de importantes sindicatos dos espaços de assistência pública.⁹³

Assim, os acordos coletivos passam a referir-se no final dos 80 de maneira explícita aos

*"... convênios médicos, apesar de incluírem pautas de saúde do trabalhador extremamente inovadoras e complexas ... para o controle dos riscos sanitários e regulação do processo de trabalho, não [há], (...) quaisquer referências a pautas de política de saúde que considerassem as necessidades da população (...) fora do processo produtivo."*⁹⁴ (grifos nossos)

Se, mais recentemente amplia-se a busca por outras modalidades de assistência privada, além da medicina de grupo, como as cooperativas médicas, o seguro-saúde, autogestão que já cobriam mais de 37 milhões de pessoas em 1993, 2/3 em função do vínculo de emprego, fica mais evidente a ausência de uma posição orgânica dos sindicatos pela defesa de políticas públicas mais amplas e não corporativas na área da saúde, justamente numa conjuntura em que foi institucionalizada, particularmente após a VIII CNS de 1986, a representação dos sindicatos nos colegiados de gestão e elaboração das políticas de saúde, onde adotam o discurso de defesa do setor público, apesar de paradoxalmente aprofundarem nas negociações coletivas a defesa da assistência privada vindo ao encontro das demandas de suas bases.⁹⁵

No que se refere ao item 3 das cláusulas, a ênfase maior recai sobre o "velho" tema das CIPAs, no sentido da maior participação sindical no processo eleitoral de seus membros, passando pelo acesso dos cipeiros aos laudos de condições de trabalho (1988/89), aos quais é facultado investigar ATs a partir de 1991/92. Enfatiza-se, ainda, desde o início, a valorização da prevenção por meio das medidas de proteção coletiva. Aos SESMETs é dirigida a preocupação de que não sejam desviados de sua função desde os anos 1984/85, quando são formuladas as primeiras denúncias sobre as práticas anti-éticas e perversas destes órgãos de empresa.⁹⁶

Dentre as cláusulas enquadradas no item 4 ressalta aquela que representou um dos grandes avanços na negociação relativa ao consumo da força-de-trabalho nos processos de trabalho: a estabilidade do trabalhador acidentado do trabalho ou portador de doença ocasionada pelo trabalho. Conquistada no acordo de 1983/84 com duração de 120 dias, chegou a 330 dias em 1992/93. No caso dos Sindicatos de Trabalhadores Químicos esta cláusula foi negada pelos patrões na negociação de 1993/94, o que foi ratificado pelo Tribunal Regional do Trabalho, quando julgou o Dissídio Coletivo no mesmo ano. Esta conquista teve repercussões na própria Lei de Benefícios da Previdência Social de 1991, que passou a prever a estabilidade de um ano para o trabalhador quando este voltasse do afastamento por benefício acidentário. De certa forma esta nova determinação deveria ter efeitos nas estatísticas de acidentes do trabalho, o que de fato acabou não se verificando nos anos de 1992/93 e 94, havendo aumento apenas em 1995, conforme apontam os dados oficiais, colocando dúvida sobre a efetiva razão deste aumento. (Ver Tabela 1)

⁹³ . Ver a respeito: COSTA, *op. cit.*, p. 25.

⁹⁴ . *Idem, Ibidem*, p. 25.

⁹⁵ . Conforme COSTA, *op. cit.*, p. 25.

⁹⁶ . Ver a respeito: MENDES, *op. cit.*, 1986 e REBOUÇAS et al. *op. cit.*, 1989.

No que tange à introdução de novas tecnologias, é apenas em 1989/90 que aparece a reivindicação afinal acordada, de **treinamento**, mas a critério da empresa, quando da introdução de processos automatizados/informatizados, cláusula que se mantém em 1993/94.

A Constituição Federal (CF) de 1988 e a Constituição do Estado de São Paulo (CE) de 1989 são as referências para balizar as cláusulas do item 7, as quais passam a vigorar a partir de 1988/89. Assim, baseada no artigo 7 da CF é negociada a estabilidade dos membros das CIPAs; no artigo 10º. da CF baseia-se a estabilidade da gestante e, no artigo 229 da CE o direito de **recusa ao trabalho** em situação de risco grave e iminente para a saúde.⁹⁷

Genericamente é aprovado que os artigos da CF e da CE poderão substituir cláusulas quando forem mais taxativos no que se refere à proteção da saúde dos trabalhadores.

Em relação ao item 9 - acesso à informação e formação - desde 1983/84 aparece a obrigatoriedade de que as empresas forneçam treinamento para o uso de EPIs bem como promovam o conhecimento e divulguem os programas de prevenção, o que foi acrescido em 1987/88 da exigência de informação sobre riscos com substâncias e processos, ano em que também é acordada a necessidade do fornecimento de informação sobre o resultado dos exames periódicos, direito estendido aos trabalhadores temporários em 1992/93. Em 1989/90 é exigido o treinamento quando da introdução de novas tecnologias.

O que se observa na trajetória dos acordos e cláusulas é sua colocação nos estreitos limites da abordagem da Medicina do Trabalho-Saúde Ocupacional, fugindo disso apenas quando tratam das novas tecnologias, da estabilidade dos acidentados e do acesso aos resultados dos exames, vedados ao conhecimento do maior interessado neles, o próprio trabalhador, prática comum dos Serviços de Medicina do Trabalho.

6.4.2. Os Acordos Coletivos dos Trabalhadores Metalúrgicos.

Naquilo que já é previsto em lei e o Acordo apenas ratifica, percebe-se a mesma preocupação relativa à taxação das horas-extras que aumenta percentualmente desde 1983/84. Em 1985/86 é negociada a redução da jornada de trabalho de 48 para 44 horas semanais, antecipando-se àquilo que foi aprovado na CF de 1988. A taxação do trabalho noturno é consubstanciada no **adicional noturno** de 25% por hora trabalhada em 1989/90, o qual sobe para 50% em 1992/93.

No item 2, a questão da **melhoria** do convênio médico é também motivo de negociação desde 1983/84, permanecendo até 1993/95. Ao lado disso, é obrigatória desde

⁹⁷ . Recentemente ocorreram greves de trabalhadores químicos no ABCD, nas quais foi invocado o direito de recusa para o não prosseguimento das atividades perigosas ou penosas. Ver a respeito *SINDIQUIM* Órgão Informativo do Sindicato dos Químicos e Petroquímicos do ABC.

1984/85 a existência de plantão médico ambulatorial em empresas com mais de 300 trabalhadores no turno noturno, sendo que em 1986/87 passa a sê-lo para empresas com mais de 100 trabalhadores.

O reconhecimento pelas empresas dos atestados médico-odontológicos, evitando a perda de dias de trabalho pela não aceitação de justificativas que não sejam dos convênios também é acordado em 1983/84, inclusive aqueles emitidos pelos sindicatos, cláusula que persiste até 1993/95.

A questão da representatividade do processo eleitoral para a escolha dos membros das CIPAs é também motivo de acordo desde 1983/84, ao que se soma a prioridade das medidas de proteção coletiva e não desvio de função dos SESMETs, que devem compor comissão técnica paritária para estudos de prevenção de acidentes do trabalho e doenças profissionais. No mesmo ano é firmada cláusula relativa ao uso de prensas com mecanismos de segurança, a qual persiste até 1993/95, quando finalmente um acordo tripartite envolvendo Sindicatos, FIESP e MTb é assinado para dar concretude à esta questão. A propósito da cláusula sobre a comissão paritária, sua existência parece ter sido "letra-morta" durante algum tempo, o que demonstra os limites do discurso negocial que não é acompanhado da prática do controle nos locais de trabalho, conforme depoimento de um diretor sindical:

*"... nós temos um cláusula na nossa Convenção Coletiva de muitos anos atrás e (...) diz que nós teríamos que formar uma comissão técnica de estudos de prevenção de acidentes e doenças do trabalho. (...) de empresários e de trabalhadores ... essa cláusula sempre se renovou e nunca existiu essa comissão. Só depois que nossos trabalhos começaram a ter resultados nas fábricas que neste ano a gente começou a negociar com a FIESP, estamos negociando ... Começamos nossa campanha do Risco Zero nas máquinas, a questão das prensas ... tudo isso para a gente fazer negociações a nível de São Paulo, Osasco de Guarulhos ... talvez a gente vá conseguir fazer acordo pela questão da saúde no ambiente de trabalho a nível de todo o Estado de São Paulo."*⁹⁸

Em relação ao item aqui chamado Direitos de "Cidadania", a estabilidade no trabalho do acidentado ou portador de doença profissional ocorre sem prazo definido, vigorando no Acordo desde 1983/84 até 1993/95. Em 1984/85 é incluída a estabilidade de 45 dias para o acidentado do trabalho afastado com CAT que não apresente seqüela após a alta da Previdência Social. Em 1985/86 a estabilidade passa a ser de 60 dias.

A cláusula da estabilidade constituiu-se num dos principais instrumentos para refrear a estratégia excludente do processo produtivo capitalista, nos marcos legalistas da Justiça do Trabalho, ao que se associou a informação vinda dos PSTs tomando público aquilo que era mantido escondido pelas empresas, pois esta garantia no Acordo permitiu uma maior legitimidade aos sindicatos que ampliaram a ação assistencial através da ida às fábricas, a partir do

"... o poder de entrar com o processo pedindo reintegração e aí os empresários ficaram 'loucos', porque na medida em que ficava 'engavetado' as doenças profissionais, a demanda dos trabalhadores demitidos acabava passando pelo sindicato, indo para o Programa e fazendo esse diagnóstico e começou a ter problema ... é claro que se a gente for ver só por esse lado de resolver a demanda desse trabalhador demitido, é um lado realmente que (...) acaba sendo assistencial, até

⁹⁸ . Conforme entrevista gravada, concedida ao autor em 23/08/94 por R, dirigente sindical metalúrgico, no dia 23/08/1994.

porque é uma demanda de demitido. Mas nesse momento também o caso começa a desenvolver através do engenheiro, do médico, com intervenção no ambiente de trabalho, no local de trabalho... o que nós chamamos de 'visita ambiental', entrar no local de trabalho e ver as principais fontes de risco ..." ⁹⁹

Em 1983/84 fica assegurado no trabalho em turno, folga de pelo menos um domingo.

No ano 1986/87, como expressão do florescimento das assessorias técnicas nos sindicatos, é facultado ao dirigente sindical assessoria em segurança e medicina do trabalho quando em visita às empresas. Sendo também incluída a mais básica medida de **higiene**, ou seja, a obrigatoriedade de fornecimento de água potável com laudo laboratorial que a ateste.

Quanto ao item 7, em 1988/89 a jornada é fixada em 44 horas, conforme previsto no art. 7 da CF, época em que também é dado prazo de 90 dias para o cumprimento do inciso XIV do mesmo artigo.

No que se refere ao acesso à informação e à formação é monótona a preocupação com o treinamento sobre o uso de equipamentos de segurança, questão acordada desde 1983/84. Em 1986/87 há a exigência de que a empresa responda queixas sobre segurança no trabalho, formuladas pelo sindicato, no prazo de 30 dias.

Em relação aos trabalhadores metalúrgicos de São Bernardo do Campo e Diadema fica evidente que, em geral, existe um hiato de 2 a 3 anos entre a reivindicação e a aceitação da cláusula, sendo que algumas demandas fundamentais, apesar de reivindicadas nunca foram aceitas pelas empresas. Como exemplo, pode-se citar a reivindicação que teria real importância no controle de problemas relacionados à saúde e trabalho, ou seja, a existência de comissão de fábrica e delegado sindical que data de 1979, e vem sendo reiteradamente proposta e teimosamente negada pelo patronato, o que coloca sério entrave estrutural para a organização por local de trabalho, questão estratégica na luta em defesa da saúde no trabalho, como demonstrou a trajetória da experiência italiana dos anos 60-70. ¹⁰⁰

A reivindicação de cláusulas relativas à assistência ao acidentado do trabalho, ao trabalhador portador de AIDS e ao controle de radioatividade data dos anos 1990 e 91, sendo todas negadas.

Para um exercício visando a comparação entre as categorias - químicos e metalúrgicos - foram consideradas modelares as cláusulas referentes às CIPAs, medidas de proteção, SESMETs, estabilidade do acidentado, convênios médicos e Direito de recusa.

Assim, comparando-se os químicos (São Paulo e ABCD) e metalúrgicos (São Paulo, Osasco e Guarulhos) observa-se que no que tange às CIPAs a ênfase é posta no controle do processo eleitoral visando a não manipulação, num resgate da crítica feita nos idos da década de 70, durante os CONPATs. Nos últimos anos, particularmente na categoria química, percebe-se uma preocupação em tomar a CIPA mais atuante na

⁹⁹. Conforme entrevista gravada, concedida ao autor em 22/09/1994 por N, dirigente sindical metalúrgico.

¹⁰⁰. Ver a respeito: LAURELL, *op. cit.*, 1984 e ODDONE et al., *op. cit.*, 1986. Observe-se que a mesma negativa é enfrentada pelos metalúrgicos de São Paulo, Osasco e Guarulhos desde 1980.

investigação dos ATs e na sua capacitação pelo acesso aos laudos de condições de trabalho.

Quanto às medidas de proteção, ambas as categorias dão maior peso às coletivas, sendo que para os químicos a demanda pelo conhecimento dos riscos de substâncias e processos de produção é acordada em 1987/88, provavelmente em função das próprias condições de trabalho da categoria, cuja rapidez na introdução de novos produtos e processos de síntese é de tal ordem que impede conhecer sua nocividade com antecedência.

No caso dos metalúrgicos, cláusula sobre o uso de prensas com mecanismos de segurança anti-mutilações existe desde 1983/84 e, como foi visto acima, pelo depoimento do dirigente sindical sua eficácia era questionável dada, inclusive, a notória frequência de acidentes mutilantes com tais máquinas. É somente em 1995 que um Contrato Coletivo de Trabalho firmado entre metalúrgicos de São Paulo, Osasco e Guarulhos e as empresas do setor de prensas coloca a questão em outro nível de eficiência quanto ao controle real de acidentes com prensas.¹⁰¹

Em relação aos SESMETs em ambas as categorias propugna-se pelo não desvio de suas funções, já que são notórias as deficiências destes organismos em sua atribuição de controle e prevenção dos agravos do trabalho, pautando-se no mais das vezes pelo controle da força-de-trabalho.¹⁰²

Cláusula paradigmática que busca a diminuição dos efeitos do consumo brutal da força-de-trabalho nos processos de trabalho perigosos e insalubres é aquela relativa à estabilidade do acidentado do trabalho ou portador de doença profissional, que aparece em destaque desde 1983/84 - como reflexo do acúmulo alcançado pelo movimento sindical desde a criação da CISAT em 1978 - em ambas as categorias. Se nos metalúrgicos tem duração permanente, vigindo enquanto vigora o Acordo, nos químicos apresentou duração variável que passou de 120 dias em 1983/84 para 330 dias em 1992/93, sendo então *interditada* pelo TRT em Dissídio Coletivo instaurado a pedido do patronato em 1993/94, num rude golpe à atuação da categoria nesta área, fato que foi assim analisado pela Diretoria do Sindicato dos Químicos e Petroquímicos do ABC em caderno explicativo, distribuído à categoria, sobre as cláusulas que constam do dissídio:

*"Este dissídio é uma imposição do TRT aos trabalhadores químicos do ABC e da Federação Estadual dos Químicos da CUT. Inclusive, é uma imposição piorada do acordo anterior, com várias restrições e mudanças, que não contenta os trabalhadores."*¹⁰³

Uma questão contraditória que aparece com grande frequência nos Acordos e aqui também, é a cláusula que trata da melhoria dos convênios médicos, já discutida, a qual contrapõe-se às próprias resoluções de Congressos da CUT, por exemplo. Tendo sido negociada pelos químicos inicialmente em 1984/85, persistiu por 2 anos e, em 1986/87 incorporou a possibilidade do trabalhador declinar do seu uso. Seria tal posicionamento um tímido reforço ao PST que no caso do ABC estava em franco desenvolvimento? Esta dúvida sequer pode ser cogitada no caso dos metalúrgicos cujos Acordos vêm

¹⁰¹ . Ver a respeito: SILVA, *op. cit.*, 1995, Dissertação de Mestrado, FSP-Usp.

¹⁰² . Ver a respeito: MENDES, *op. cit.*, 1986 e 1988 e REBOUÇAS et al., *op. cit.*, 1989.

¹⁰³ . Ver a respeito Sindicato dos Químicos e Petroquímicos do ABC *Confira seus direitos. Dissídio Coletivo 93/94.*

recorrentemente preocupando-se com a melhoria dos mesmos desde 1983/84 até 1993/95.

Reflexo particular dos novos tempos vividos pela sociedade civil após a grande mobilização pela incorporação à CF dos anseios de cidadania represados por anos de Ditadura Militar, a cláusula referente ao **direito de recusa** em situação de risco grave e iminente aparece no Acordo somente dos químicos logo em 1988/89. Se pode-se questionar sua aplicabilidade pela não definição clara do que seja "risco grave e iminente" e, pela ineficiência das instâncias de representação dos trabalhadores **dentro** dos locais de trabalho, direito sempre **negado** pela vontade de saber do discurso patronal, é somente em 1996, que a organização **política** dos trabalhadores começa a fazer valer tal demanda, de maneira ainda muito particularizada mas, de toda forma abrindo uma seara que pode vir a ser vital para a luta pela saúde no trabalho.¹⁰⁴

Contudo, a repetitividade observada nas cláusulas, a pequena inovação quanto aos seus conteúdos, monotonia somente alterada no momento pós-Constituição de 1988/89, com a introdução do "Direito de recusa", aponta para um certo **esgotamento** dessa estratégia que reflete todo o acúmulo do movimento sindical realizado a partir do final dos 70 em sua busca pela ruptura com a **tutela** do Estado, visando alcançar a negociação **direta** com o capital. Diante disso, novos desafios colocam-se para o movimento sindical na luta pela melhoria das condições de trabalho e defesa da saúde.

O mais atual e complexo é o Contrato Coletivo de Trabalho, cuja potencialidade nas questões de saúde no trabalho é indiscutível, apesar dos constrangimentos e interdições que ainda devem ser superados como o direito à organização por local de trabalho, a estabilidade da representação e a democratização das relações capital-trabalho.

Além disso, esta contratação coletiva atualiza e traz para a arena institucional a disputa pela hegemonia do processo entre o Setor Trabalho e o Setor Saúde, reafirmando que a Saúde mesmo após a realização da II Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, realizada em março de 1994, cuja principal resolução foi a coordenação e condução das ações de assistência e intervenção no campo da saúde e trabalho pelo SUS, com a incorporação das atribuições dos órgãos ligados particularmente ao Ministério do Trabalho, não conseguiu hegemonizar o processo dada a fragilidade institucional do campo dentro do Ministério da Saúde.

E, nesta disputa o Setor Trabalho parece retomar as rédeas da trajetória quando desde a gestão BARELLI à frente do Ministério do Trabalho, vem adotando iniciativas que o aproximam do Movimento Sindical "acostumado" historicamente a relacionar-se muito mais com tal Setor do que com o Setor Saúde. Momento importante da estratégia do Trabalho foi a realização em São do Forum Nacional "Segurança e Saúde do Trabalhador no Contrato Coletivo de Trabalho", em São Paulo, no período de 31/08-03/09/1993.¹⁰⁵

¹⁰⁴. "Direito de recusa é vitorioso na CBC após 20 dias de greve" *SINDIQUIM* Órgão Informativo do Sindicato dos Químicos e Petroquímicos do ABC. n. 974, p. 1 e 8, 8/07 a 14/07/1996.

¹⁰⁵. Ver a respeito: Ministério do Trabalho Forum Nacional Sobre Segurança e Saúde do Trabalhador no Contrato Coletivo de Trabalho. *Anais*. São Paulo, 31/08/93-03/09/93, 1994. 160 p.

Está pois colocado ao SUS um repto que exige uma resposta competente e empreendedora, sob risco de mais uma vez sossobrar na disputa corporativo-institucional diante da **tradição** do Aparelho de Estado que crava suas raízes no longínqua década de 30, quando da criação do Ministério do Trabalho e da Indústria e Comércio, que desde aquela época desbancou o Departamento Nacional de Saúde Pública na execução das ações de Higiene e Segurança do Trabalho. Neste sentido, as resoluções e recomendações da II Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, realizada em março de 1994, reforçam o papel coordenador e articulador do SUS em todos os níveis e ações relativas à Saúde do Trabalhador, apontando para sua descentralização e participação da sociedade civil através dos mecanismos de controle social já previstos nas instâncias tripartites como os Conselhos Gestores de nível federal, estadual e municipal. Resta saber se existe capacidade técnico-administrativa e vontade política do Setor Saúde para encampar tarefa de tal magnitude. ¹⁰⁶

6.5. A articulação intersindical ameaçada: cria-se o Instituto Nacional de Saúde no Trabalho (INST) da Central Única dos Trabalhadores (CUT).

Com a fundação da Central Única dos Trabalhadores (CUT), em 28/03/1983 o chamado "novo sindicalismo" ¹⁰⁷ expressa-se através de uma instância nacional que aglutina suas bases e rompe com a estrutura sindical verticalizada e corporativa herdada do Estado Novo e mantida intocada, apesar de algumas tentativas frustradas em contrário, até então. ¹⁰⁸

Esta Central torna-se o maior e principal organismo sindical do país e, como seria esperado tem importante atuação em todas as temáticas que envolvem a vida do trabalhador, inclusive a questão da saúde e sua relação com o trabalho. Adotando uma trajetória de fortalecimento e apoio às instâncias intersindicais, desde o início a CUT participa através dos sindicatos filiados do DIESAT, contribuindo para seu fortalecimento, contando inclusive por vários anos com uma assessoria técnica do DIESAT no principal

¹⁰⁶. Conforme proposta aprovada na Plenária Final da II Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador realizada em Brasília em março de 1994, "Todas as ações de saúde do trabalhador devem ser incorporadas ao SUS e descentralizadas através da municipalização. Nesse sentido, foi demandada a implementação de Programas Municipais e Estaduais de Saúde do Trabalhador, salientando-se a participação da população através de mecanismos de controle social." (p. 6) Ver: Ministério da Saúde-Conselho Nacional de Saúde *Relatório Final da II Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador*. Brasília, D.F., 1994. 45 p. [mimeo]

¹⁰⁷. Ver a respeito: RODRIGUES, Iram J, *op. cit.*, 1995, BARELLI, *op. cit.*, 1995, RODRIGUES, Leôncio Martins, *op. cit.*, 1995 e CUT: os militantes e a ideologia. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1990. 143 p.

¹⁰⁸. Para uma discussão das tentativas de rompimento da estrutura sindical particularmente nos anos 40-50, após a queda da Ditadura de Vargas, consultar: VIANA, Luiz Werneck *Liberalismo e sindicato no Brasil*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1976. 288p. (Coleção Estudos brasileiros, v. 12)

sindicato a ela filiado o Sindicato dos Trabalhadores Metalúrgicos de São Bernardo e Diadema.

A trajetória de luta pela implementação e desenvolvimento das ações no campo da saúde do trabalhador entre nós foi fortalecida pela CUT, a qual em documento/monumento recente resgatava lucidamente as condições de possibilidade desta prática discursiva como resultado d'

"A construção desse campo no interior da saúde pública (...) com a reorganização autônoma da sociedade civil no final dos anos 70 e início dos 80, tendo no movimento sindical dos trabalhadores, um importante impulsionador.

"Assim, foi relevante naquela ocasião a articulação entre sindicalistas de diversas categorias e médicos militantes organizados no Sindicato dos Médicos de São Paulo, para a criação dos Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde e Ambientes de Trabalho (DIESAT), que a semelhança do DIEESE, serviu durante quase toda esta década para convergir as experiências sindicais pulverizadas, em movimentos nacionais articulados geradores de políticas e formadores de uma consciência crítica que contribuiu em grande parte para a renovação de conceitos e práticas como o assistencialismo sindical; o questionamento dos dados oficiais de acidentes do trabalho, do caráter controlador e anti-ético dos SESMETs (...); modificação de currículos escolares de graduação e pós-graduação; organização de serviços públicos de atendimento (...) de trabalhadores; introdução de práticas de negociação no mundo do trabalho; alterações conceituais e práticas de legislação (...); enfim, uma intensiva e dinâmica atividade que teve nos trabalhadores seus principais atores.

"Ajudamos (...) na superação conceitual da chamada 'saúde ocupacional' que durante décadas vigorou no interior das empresas e na orientação das políticas governamentais, alijando a participação dos trabalhadores em qualquer instância de formulação e decisão que dissesse respeito à sua saúde e à relação saúde/trabalho." ¹⁰⁹ (grifos nossos)

Ao traçar esta trajetória histórica a CUT valoriza a atuação intersindical, mas dá-lhe um tom passadista, como que imputando-lhe um papel já cumprido e que mereceu ser lembrado pelo acúmulo que possibilitou, para ser substituído por outra estratégia agora internalizada numa estrutura da própria Central o INST.

"No campo específico da CUT e como marco do novo sindicalismo construído na luta, a criação do Instituto Nacional de Saúde no Trabalho (INST) representou a consolidação de uma estrutura sindical mais ampla (a central), desta nova forma de fazer política de saúde no campo do trabalho.

"Este novo instrumento da Central possibilitou em curto espaço de tempo a realização em níveis mais amplos de campanhas contra o benzenismo, a silicose, a asbestose, o mapeamento de riscos nos locais de trabalho e, o mais importante (...), a articulação nacional de lutas antes isoladas e localizadas em regiões e categorias que só não tiveram equacionamento maior, devido sua dissociação das estruturas orgânicas da central, (...) direção nacional e instâncias regionais e setoriais (...), além das dificuldades da sua manutenção através de convênio com os companheiros italianos." ¹¹⁰ (grifos nossos)

¹⁰⁹. Central Única dos Trabalhadores (CUT) "Saúde do Trabalhador" - Nosso Campo Conceitual de Trabalho (anos 80 e 90), Relatório do Seminário Nacional sobre Saúde, Trabalho e Meio Ambiente. São Paulo, 28/09/1994. 12 p. p. 1 [mimeo]

¹¹⁰. *Ibidem*, p. 2.

De fato, o INST, fundado em 1990, com apoio da maior central sindical italiana, a Confederazione Generale Italiana del Lavoro (CGIL), como parte de um

*“... protocolo prevendo o relacionamento político sindical entre as duas Centrais pautado nos princípios da solidariedade internacional, do intercâmbio entre os trabalhadores e de maior integração com autonomia ...”*¹¹¹ e tinha como finalidade:

*“... responder a uma necessidade premente da CUT e seus sindicatos: a de contar com um órgão técnico **altamente** capacitado para assessorá-los nos diversos terrenos da atuação contra os acidentes e doenças do trabalho, nos locais de trabalho; na **negociação** coletiva das condições de trabalho; nas ações junto às instituições públicas.*

*“Esta decisão da CUT não se contrapõe à existência de organismos intersindicais, como é o caso do DIESAT. Decorre simplesmente de sua opção em ter seus organismos próprios de assessoria, como o (...) DESEP, necessários inclusive para subsidiar tecnicamente a elaboração de políticas específicas pela direção da CUT. A criação destes órgãos espelha o significativo crescimento da CUT e de sua atuação.”*¹¹² (grifos nossos)

BERLINGUER & BIOCCA (1987) ao analisarem as dificuldades vividas pela luta do movimento sindical italiano a partir da segunda metade dos anos 80, apontam para a re-centralização das negociações sobre questões relacionadas à saúde e trabalho, com a diminuição da participação dos Conselhos de Trabalho ao nível dos locais de trabalho e, ao nível mais geral para um rompimento da atuação unitária que até então, desde o final dos 60. Assim, na metade dos 70, acentua-se esta tendência reversa, reativa à ofensiva da gerência capitalista que acusava os altos custos da mão-de-obra, tal posicionamento leva a uma retração das lutas a partir das fábricas e, como resultado

“... a negociação tendeu a tornar-se mais centralizada e mais uma vez retirada do controle das bases ... Tal centralização resultou de fato no empobrecimento e na ação improdutiva das atividades relativas às questões de saúde. E, tal processo atingiu seu pico em 1984, quando a Confederação Geral Italiana do Trabalho (CGIL) isolada das outras federações, recusou-se a assinar o acordo nacional que reduziu a cobertura até então oferecida para compensar os reajustes do custo de vida e que protegia contra a inflação de acordo com a ‘escala móvel’, o sistema italiano de indexação de salários.”

*“A brecha na **unidade** entre as três maiores Centrais sindicais italianas também provocou repercussões negativas. O Centro de Documentação e Pesquisa sobre riscos e danos no trabalho, mantido pelas três entidades foi **fechado**. (...) com seu fechamento uma riqueza de herança cultural e humana foi perdida para sempre. Além disso, após alguns anos o jornal Medicina dei Lavoratori (grifo no original) também parou de ser publicado. Este jornal tinha um amplo número de leitores de nível internacional e era, não por acaso, a **única publicação unitária do movimento sindical na Itália**. (O jornal voltou a ser publicado em 1986, mas agora somente no nome da CGIL)”*¹¹³

¹¹¹. *Informativo Inst*, Ano I, n.2, p.3, fev./1991. O protocolo com a CGIL fazia parte de um projeto de cooperação técnica internacional, com certo traço colonialista voltado para a África e América Latina “Progetto Sviluppo” que envolvia contribuições dos trabalhadores e fundos públicos do governo italiano e da comunidade européia, contendo o Projeto “Defesa da Saúde no Trabalho” (Progetto “Le Condizioni di Lavoro e la Tutela della Salute”). (*Informativo Inst*, n. 2, p. 12, fev./1991).

¹¹². DRUMOND, Jocélio Nasce o Inst. (Editorial) *Informativo Inst*, Ano I, n. 1, p. 2, nov./1990. DRUMOND é médico, tendo à época a função de Diretor Geral do Inst.

¹¹³. BERLINGUER & BIOCCA, *op. cit.*, 1987, p. 467.

Esta advertência dos autores levanta com questão principal a quebra da unidade das Centrais sindicais italianas e a perda da articulação inter-centrais que possibilitou as grandes lutas e conquistas a partir do final dos 60 até a segunda metade dos anos 70, período em que a luta sindical pela não delegação da tutela da saúde no trabalho, contribuiu de maneira cabal para a conquista da Reforma Sanitária naquele país. Por outro lado, o próprio Modelo Operário italiano sofreu retrocesso e,

“Os quatro grupos de fatores [de risco] previstos na análise do ambiente de trabalho não foram de fato tratados em bases iguais. Mais atenção foi dada aos fatores diretamente relacionados a variáveis físico-químicas ... Riscos relacionados à fadiga mental e estres estão tornando-se cada vez mais relevantes. Por outro lado, o próprio modelo torna-se inadequado e suas ferramentas insuficientes. Estes riscos, (...), exigem pesquisas e estudos e sofisticados instrumentos são necessários ...”¹¹⁴ (grifos nossos)

De certa forma a atuação do Inst é pautada também pela influência italiana. A estratégia adotada nos anos seguintes de sua atuação vem calcada numa abordagem “campanhista” que vai tratar do benzenismo, da silicose, da asbestose, todos eles efeitos ligados às “variáveis físico-químicas” numa visão que fica nos limites estreitos dos agentes químicos quando se lança para as relações entre trabalho-saúde. Ao lado disso, é mister ponderar ainda sobre a eficácia de posturas campanhistas, tão criticadas nas ações de saúde pública, apesar de sua importância política para o projeto de controle das epidemias no início do século sob Oswaldo Cruz. A discutível justificativa para esta estratégia era sua semelhança com o tradicional momento das campanhas salariais, nas anualmente capital e trabalho discutem suas demandas. Na verdade os temas escolhidos para as Campanhas eram definidos pela assessoria técnica, a partir de assuntos colocados pela conjuntura, constituindo sua primeira fase em denúncias à opinião pública.¹¹⁵

Assim, no início dos anos 90 o Inst patrocina uma Campanha nacional contra o

“... uso descontrolado e abusivo do benzeno. A partir do seminário que há pouco se realizou em Belo Horizonte, com a participação de dez sindicatos e representantes de outras entidades, serão definidas as linhas da campanha.”¹¹⁶

A característica efêmera da empreitada só veio obter desdobramentos cinco anos depois quando o Aparelho de Estado, através do MTb, sensível a esta questão e de certa forma pressionado por outros órgãos, patrocina uma negociação tri-partite para o uso “controlado” da substância, que por ser sabidamente cancerígena imporia a meta de obter-se o seu não uso.

Na sequência a estratégia campanhista volta-se para o problema da silicose, sendo então o tema da campanha nacional do ano de 1992, esta doença cuja importância em termos epidemiológicos já havia sido relativizada por MENDES (1979). Com tal empreitada procurava-se

¹¹⁴ . *Idem Ibidem*, p. 467.

¹¹⁵ . Conforme entrevista concedida ao autor em 29/11/1995 por P, ex-dirigente sindical e Coordenador Executivo do Inst.

¹¹⁶ . Benzeno, uma ameaça à Saúde do Trabalhador (Reportagem) *Informativo Inst*, ano I, n. 3, p. 3, abr./1991. Sob o título de CUT lança Campanha contra o Benzeno *Informativo Inst*, ano I, n. 4, p. 4-5, jul./ 1991, matéria apresenta o cronograma de lançamento da Campanha nos Estados e sua estratégia de ação.

"Além de organizar um movimento de opinião pública, a campanha pretende obrigar as empresas a assegurar o amparo e subsistência dos silicóticos, completamente ao seguro de acidentes do trabalho ... A meta sindical é o fim da utilização de materiais silicógenos ... Intensifica[ndo] os processo de negociações coletivas, difundindo experiências e apoiando tecnicamente as iniciativas nesse campo." 117

Aqui é digno de nota destacar uma contradição interna ao discurso campanhista, na medida em que a veemência na abolição do uso de materiais contendo poeira de sílica, não foi observada quando tratava-se de uma outra reconhecidamente cancerígena, o benzeno, para qual é proposta a substituição em algumas atividades menos importantes do ponto de vista do número de expostos, como nas destilarias de álcool. 118

No mês de abril de 1992 é lançada a campanha nacional "**Operação abaixo a poeira**", objetivando a prevenção e melhoria das condições de trabalho, bem como cobertura salarial dos acometidos e afastados pela previdência. Na sequência a Campanha vai centrar-se sobre as Lesões por Esforços Repetitivos (L.E.Rs.) pelo motivo de ser uma das doenças mais prevalentes nas mais diversas categorias de trabalhadores.

119

Considera-se que as Campanhas tiveram desdobramentos tanto internos à Central, como externos, tendo levado à constituição de grupos temáticos composto por técnicos e dirigentes sindicais como no caso do benzeno e a alterações na legislação e mudanças de condições de trabalho. No caso das L.E.Rs. originou um "dossier" entregue ao Ministério da Saúde, o qual foi baseado em "pesquisa" que registrou o resultado das respostas a um questionário respondido por cerca de 30% dos maiores sindicatos filiados.

120

A influência italiana é demarcada agora pela prioridade da estratégia dos "mapas de risco" como estratégia de trabalho defendida pelo Inst, procedimento que implica no reconhecimento dos setores de trabalho nocivos à saúde a partir da informação e do conhecimento dos trabalhadores, tendo sido largamente utilizado nos anos 60-70 no auge da luta contra a nocividade do trabalho na Itália. Para testemunhar tal preocupação, é publicada ampla matéria na *Revista Inst*, de março/abril de 1992. 121 Frise-se que no caso do Brasil, este modelo - o mapa de riscos - que surgiu na Itália calcado na mobilização e na criatividade dos trabalhadores em seu enfrentamento para resolver problemas advindos das precárias condições de trabalho, é incorporado na legislação pelo Governo Collor, através da Portaria n.5, de 17/08/1992 do MTb a qual estabelece a "**obrigatoriedade de elaboração de Mapas de Riscos Ambientais**". Trata-se da tradicional antecipação pelo Estado às demandas dos trabalhadores, como acontece desde o Estado Novo. Neste caso, conforme prescreve a Portaria, caberá às CIPAs, organismos em geral

117. CUT lança campanha contra silicose em 91 *Revista Inst*, ano I, n. 6, p. 8, dez./1991-jan./1992.

118. Ver a respeito: Seminário Nacional Sobre Benzeno. *Conclusões*. São Paulo: Inst-CUT, abr./ 1991. [brochura]

119. Ver a respeito: *Revista Inst*, ano 2, n. 7, mar.-abr./1992. A respeito da LER ver Campanha da L.E.R. CUT se organiza contra epidemia de lesões por esforços repetitivos. *Revista Inst*, ano 2, n. 9, p. 6, s.d..

120. Conforme entrevista concedida ao autor em 29/11/1995 por P.

121. Mapa de riscos em foco *Revista Inst*, ano 2, n.7, p. 10-11, mar.-abr./1992. Trata-se de matéria que faz a cobertura de Seminário dos Metalúrgicos de todo o país reunidos em Vitória, em fevereiro de 1992, quando discutiram a elaboração dos mapas de risco e organização por local de trabalho.

controlados pelo patronato elaborar os "mapas" em colaboração com os SESMETs, após serem apenas "**ouvidos os trabalhadores de todos os setores produtivos da empresa**".¹²² A respeito da posição do Instituto e da CUT sobre este assunto, inclusive da iniciativa do MTb, assim se colocava a entidade, num discurso dúbio e contraditório sobre a postura do Ministério, que **manteve a Portaria sem qualquer alteração**:

"Desde que foi criado, o INST/CUT vem desenvolvendo uma metodologia inspirada na experiência sindical italiana, com o objetivo de unificar o modo de realização dos mapas pelos sindicatos da CUT e de otimizar o seu uso para negociação coletiva.

"A obrigatoriedade do mapa de riscos é um avanço em relação à atual legislação. Entretanto, a Portaria reserva sérios obstáculos à organização sindical. (...) exclui os sindicatos (...) da execução dos mapas (...) e do processo de negociação das condições de trabalho.

"... ela apresenta pontos de estrangulamento em relação a outras normas (...) em vigor, como a (...) que trata da composição das Cipas ...

"Além de iniciar, (...), processo de negociação com o Ministério do Trabalho (...) para que haja revisão dos pontos (...) negativos ... o INST está promovendo reuniões com confederações, CUTs estaduais e Executiva Nacional (...) para debater o assunto."¹²³

Adotando então estratégias oriundas de outras realidade sociais, políticas e econômicas a trajetória definida pelo Inst-CUT vai priorizar as questões ambientais, como preconizam BERLINGUER & BIOCCHA (1987) a propósito das perspectivas futuras em termos de alianças, da luta pela saúde e trabalho, questão que teve grande visibilidade por ocasião da Conferência Internacional de Meio Ambiente realizada no Rio de Janeiro em 1992, a ECO-92. E, de fato, é esta a temática do último documento produzido pelo Inst-CUT, por ocasião da realização da ECO-92.¹²⁴

No ano seguinte, aquilo que foi apontado no documento da CUT "Relatório do Seminário Nacional sobre Saúde, Trabalho e Meio Ambiente", acima referido, a respeito do Inst, isto é: "... dificuldades de sua manutenção através de convênio com os companheiros italianos ..." leva a uma desativação da estrutura que vai ser substituída pelo **Coletivo Nacional de Saúde, Trabalho e Meio Ambiente**, composto por diretores sindicais e corpo técnico **não fixo**, mas que atua nas assessorias dos sindicatos da CUT, sob a coordenação da própria diretoria da Central.

Numa autocrítica sobre a trajetória do órgão, é apontado que até 1994 a política da CUT em Saúde e Trabalho era municiada pelo Inst o que dificultava um envolvimento maior da própria CUT. No V Congresso da CUT (CONCUT) realizado em 1994, um grupo de sindicalistas propõe a criação do Coletivo Nacional de Saúde, Trabalho e Meio Ambiente, com a participação de 4 membros da Executiva Nacional da Central e mais 6 membros, diretores de sindicatos de diferentes ramos de atividade, com desdobramentos nos estados, já existindo, à época, 7 Coletivos Estaduais de Saúde, Trabalho e Meio Ambiente, também compostos por sindicalistas e técnicos assessores dos

¹²² Ministério do Trabalho e da Administração, Portaria n. 5, de 17/08/1992. DOU de 20/08/1992, Seção I, p. 11327, Art. 1, inciso 9.4, item 1.

¹²³ DURA LEX Portaria do Ministério do Trabalho exige de empresas a execução de mapa de riscos, a ser pelas Cipas e serviços patronais. *Revista Inst*, ano 2, n. 9, s.d. p. 3.

¹²⁴ Ver a respeito: *Inst/CUT Risco Ambiental. Roteiros para avaliação das condições de vida e de trabalho em três regiões: ABC/SP, Belo Horizonte e Vale do Aço/MG e Recôncavo Baiano/BA*. 1992.

sindicatos. Em termos do papel a ser agora desempenhado pelo Inst, a prioridade é de formação de quadros-formadores, havendo então uma mudança de enfoque da atribuição enquanto órgão de assessoria. É apreendido que a partir do IV CONCUR em 1992, a CUT teria entrado em crise - "a crise dos 10 anos" - e as mudanças hoje propostas são fruto da nova diretoria da Central eleita em 1994. Previa-se para o ano de 1996 o lançamento de uma Campanha, que agora devem ter um caráter permanente, sobre Organização por Local de Trabalho, Acidentes do Trabalho e Doenças Profissionais, estratégia que foi o eixo da luta sindical pela saúde na Itália nos final dos 60 e início dos 70.¹²⁵

A crise aqui referida, associada simplistamente ao tempo de maturação da Central não seria reflexo do paradoxo vivido pelo "novo sindicalismo" que tendo conseguido ampla visibilidade como força política na sociedade tem pouca presença nos locais de trabalho? E este é o desafio a superar, tensionado pela acomodação à estrutura vigente pois, como refere (RODRIGUES, 1995), se o

*"... sindicalismo-CUT não conseguir se organizar amplamente no interior das empresas, seus organismos mais gerais de representação, os sindicatos e a Central, terão pouca força, pois serão entidades distanciadas da prática cotidiana dos trabalhadores. Nesse sentido, a única via de fortalecimento da atividade sindical é a possibilidade de manutenção de uma ampla base de apoio sindical organizada nos locais de trabalho. No entanto, nota-se que parte da liderança da Central revela um acomodamento à estrutura sindical oficial, que é um obstáculo à organização dos trabalhadores nas empresas."*¹²⁶

Se, as mudanças propostas partem dos sindicalistas dentro do V CONCUR, é interessante avaliar a percepção do próprios dirigentes sindicais a respeito das possibilidades deste órgão de trajetória tão efêmera e do espaço que cabe às atividades intersindicais; mais ainda, é ilustrativo saber suas opiniões sobre órgão e seu "substituto", conforme as falas a seguir transcritas:

*"Foi falta de intercâmbio mesmo. A gente chegou até a levar um projeto ao INST, prá fazer um intercâmbio na Itália, prá saber como que funcionava o setor plástico. (...). a nossa participação foi limitada."*¹²⁷

*"... quando eu falo desse Congresso último da CUT, o VIII Congresso (...). na medida que a CUT designa três diretores, (...), isso mostrou [que] a Executiva Nacional da CUT está sensibilizada e que a saúde do trabalhador é importante e isso ganhou corpo dentro da CUT ... quando você convida num seminário nacional, ... onde nós tivemos a presença de mais de 80 pessoas de sindicatos diferenciados do Brasil inteiro, ... onde o objetivo era além de discutir, planejar, avaliar as nossas atividades e discutir a criação do Coletivo Nacional, a formação do Coletivo Nacional e Estadual na Central ..."*¹²⁸

"Infelizmente a gente tem, tivemos até ... há pouco tempo um órgão instituído pela CUT, (...), mas com o propósito de estar como parte do conjunto da Central, o INST, Instituto de Saúde e Trabalho da CUT, fazia parte de uma outra instância, (...), autônomo à Central. Hoje nós

¹²⁵. Conforme entrevista concedida ao autor em 29/11/1995 por P. A respeito da experiência italiana em seu auge e declínio consultar respectivamente: ODDONE et al., *op. cit.*, 1986 e BERLINGUER & BIOCCA, *op. cit.*, 1987.

¹²⁶. RODRIGUES, Iram J. *op. cit.*, 1995, p. 122-123.

¹²⁷. Conforme entrevista gravada concedida ao autor em 30/08/1994 por L, dirigente sindical plástico.

¹²⁸. Conforme entrevista gravada concedida ao autor em 22/09/1994 por N, dirigente sindical metalúrgico.

estamos discutindo exatamente isso, o Coletivo Nacional de Saúde. Por que? Porque o INST não deu conta daquilo que se propôs a fazer, ou seja, ao nível de tirar uma política com a Central Sindical, isso seria o papel fundamental do INST e, infelizmente ele não cumpriu até agora esse papel (...) e é impossível a gente ter hoje isto dentro da Central Sindical, tanto que (...) as outras Centrais tentaram fazer, até imitando o que o INST estaria fazendo e não deu resultado. Por isso exatamente que a gente continua defendendo, (...) no último encontro que teve do Coletivo Nacional da CUT, que o INST tem o papel explícito, ou seja, tirar a política na área de saúde da Central Sindical. E um papel de estar no dia-a-dia, no trabalho cotidiano no sindicato, a gente tem uma outra instância que tem até competência e tem o respaldo inclusive de Sindicatos, não só da CUT, mas (...) de outras Centrais, inclusive ficou respaldado isso, um papel importante que o próprio DIESAT cumpriu durante todos esses anos e pode continuar cumprindo (...), dentro dessa etapa de capacitação técnica ...” 129

Se, aqui explicita-se claramente a importância do papel da entidade intersindical, que se legitimou pelos 16 anos de atividade na assessoria técnica aos sindicatos; é porque na prática, o DIESAT, apesar de ter **perdido** a característica de **nucleador** do contra-discurso que inaugurou a nova postura do sindicalismo no início dos 80, manteve-se equidistante das correntes políticas que compõem o espectro do movimento sindical, bem como sempre independente do Estado e apoiado pelos sindicatos que o mantêm inclusive e, frise-se, com predominância de sindicatos filiados à própria CUT, o que estaria a demonstrar a validade da articulação intersindical, particularmente em épocas de escalada contra as instâncias construídas pela necessidade e lutas dos próprios trabalhadores organizados em seus órgãos de representação.

129 , Conforme entrevista gravada concedida ao autor em 29/08/1994 por O, dirigente sindical químico.

Capítulo VII

CONCLUSÕES

7.1. Saúde do Trabalhador: discurso contra-hegemônico e prática em construção.

Concluir-se ao final de uma investigação que o objeto de estudo está inconcluso, em construção e se contrapõe a algo pode ser considerado frustrante para o investigador, particularmente partindo-se da idéia de que a pesquisa deve levar a verdades definitivas, sendo questionável o que é provisório.

Ocorre, porém, como se procurou mostrar, que o campo sob estudo, quando apropriado pela MSL busca gerar um conhecimento **transformador** visando uma nova prática, colocando-se então como **resposta à incapacidade** da forma **dominante** de analisar as relações entre saúde e trabalho promover modificações substantivas na saúde das coletividades de trabalhadores. Assim, a Saúde do(s) Trabalhador (es) assume uma tarefa que é bastante ousada, no sentido de deslocar uma longa **tradição** da medicina no trato das questões de saúde relacionadas ao trabalho, a qual remonta ao início do século passado e que tem ainda as formulações de agências internacionais a embasá-la.

Por outro lado, a "tenra" idade do campo também coloca limites à sua maturidade completa, apesar de seu potencial como espaço privilegiado para fazer avançar nesta nova prática por diversos motivos.

Dentre estas razões pode-se citar a preocupação em constituir um método que privilegie a **participação** do trabalhador, agora não mais visto como **objeto** de estudo, mesmo que isto implique em "desvios" fenomenológicos como referia GARCIA (1983), o que foi em parte contornado pela **adaptação** feita do Modelo Operário Italiano pelo grupo da UAM-Xochimilco. (Ver Quadro 3, no Capítulo 3)

Com isso tem-se gerado, um corpo de conhecimentos que está na procura constante de conhecer para transformar. Daí ser um campo também militante, que respeita a subjetividade operária, os grupos homogêneos, tendo este diálogo com a MSL possibilitado a superação do seu limite enquanto um modelo que, em sua apreensão da realidade de saúde/doença e de trabalho, não promoveu uma re-conceituação da doença, nem da relação entre o trabalho e a saúde, tendo obtido apenas uma modificação na forma de gerar o conhecimento. Aqui, não é mais o cientista apenas que produz conhecimento, mas o coletivo de trabalhadores tendo, por isso, grande valor a subjetividade e o **saber** operário. Saber que pode estar compreendido pelo senso comum, mas que em sua aproximação com a ciência, permite superar o radical empirismo em que foi gestado. Neste sentido, considerando que o saber contem a ciência e dado que o campo situa-se na interface de várias disciplinas, daí ser interdisciplinar ou (trans) disciplinar como advogam alguns (LAURELL, 1993) constituindo-se ainda com o aporte de outros campos como a Saúde Pública, em seu viés programático; como as Ciências Sociais através da formulação da determinação social da saúde/doença cuja historicidade passa a advogar a centralidade explicativa da categoria trabalho na determinação desse processo e, finalmente, incorpora o aporte da Saúde Coletiva e da Epidemiologia, na busca da construção dos perfis epidemiológicos de adoecimento e morte dos grupos, classes e frações de classes.

Outra realidade com que se relaciona, dada sua extrema "politicidade" é com a existência das forças sociais organizadas, no caso do Brasil o "novo sindicalismo"

calcado na consolidação do proletariado urbano que toma a cena política no final dos anos 70, o que permitiu poder pensar numa "história serial" do campo, sincrônica com seu surgimento embasando, inclusive, as condições de possibilidade desse discurso sobre as relações saúde e trabalho diverso da tradicional forma com que a medicina percebe-as. A própria debilidade da medicina dominante, representada pela Medicina do Trabalho cuja prática parcial, anti-ética e comprometida com o capital vem contribuindo para uma cada vez maior debilidade de sua hegemonia frente ao operariado.

Ademais, quaisquer conclusões que se aponte aqui, deverão considerar o contexto político de cada local. Se, os processos de democratização vividos pelos países da América Latina, inclusive o Brasil são o "caldo de cultura" em que cresceu e proliferou a luta pela saúde no trabalho, permitindo uma referência favorável para influenciar nas políticas e instituições estatais e marcando uma novo patamar de relações Estado-Sociedade do início dos anos 80, até a segunda metade da década, o que culminou na grande articulação política pela defesa de direitos no processo da Constituinte, o que possibilitou inscrever a Saúde como Direito no texto constitucional, levando a que na sua interrelação com o Trabalho, passasse a ser considerada não mais como mero fator de produção; após este período a agudização da crise político-institucional e o agravamento da econômica, com a preponderância do modelo neoliberal que vinha disputando hegemonia há várias décadas, tem provocado retrocessos tanto ao nível do Aparelho de Estado, com o "sucateamento" dos órgãos efetores das políticas sociais, como da própria ação sindical, agora enfrentando desafios antes não observados, trazidos pela precarização das relações formais de trabalho e pela chamada flexibilização produtiva.

Assim, em termos históricos, diferentemente da conjuntura de 1986 quando realizou-se a I Conferência Nacional de Saúde dos Trabalhadores, momento em que o movimento social tinha adquirido um caráter mobilizador positivo e propositivo, com vistas ao processo constituinte, o momento da II Conferência Nacional, realizada em 1994 ocorre quando a atuação do movimento sindical assume uma característica defensiva e mesmo de resistência no sentido de impedir que as conquistas conseguidas sejam aniquiladas pela vaga conservadora e neoliberal, projeto político de fortes raízes, de âmbito mundial e que se fortaleceu após persistente embate ao longo de décadas de contra-hegemonia, visando o Estado de Bem Estar Social. (ANDERSON, 1995)

E é diante desse quadro, que devem ser balizadas as perspectivas das três práticas discursivas que constituíram a preocupação deste estudo, na conformação do campo, isto é: a acadêmica, a dos serviços e a do movimento sindical.

Se, num primeiro lustro pareceu que avançaram mais as práticas e saberes dos serviços e do movimento sindical, em algumas situações até retroalimentando-se; no caso da Academia estabeleceu-se um retardo na incorporação das questões relativas à Saúde e Trabalho, foi observada uma trajetória que de início incorporou a preocupação com o mundo do trabalho na qual predominou a visão hegemônica, a partir do *locus* tradicional, representado pela Faculdade de Saúde Pública, o que permitiu detectar um atraso histórico da área da Medicina (Preventiva) Social entre nós para sensibilizar-se com o amadurecimento e as mazelas consequentes dos processos produtivos para o proletariado urbano, entretida que estava com as urbanização das endemias, ou com as migrações e os agravos relacionados ao baixo consumo, mesmo quando a MSL já

produzia importantes contribuições para entender os nexos entre trabalho e perfis de morbi-mortalidade diferenciados.

Se, durante algum tempo predominou a abordagem dos nexos saúde/doença e trabalho a partir da visão **ambientalista**, derivada em certa medida da noção de contágio-bacteriológica de forte influência positivista, monocausal e redutora, é através da **ruptura** promovida pela incorporação da categoria **processo de trabalho**, promovida pela MSL, mas não numa visada a-histórica, em que até pode-se privilegiar a noção de trabalho em geral, sem aderir-lo ao modo de produção, é que se inscreve o projeto contra-hegemônico, que formula saberes e práticas diversos, centrando sua mirada sobre possibilidade de ser um instrumento da capacidade de transformação da realidade que teria o pólo dominado, na perspectiva do materialismo-histórico.

Hoje observa-se uma revisão ou crise das formulações marxistas, às quais se imputa uma **incapacidade** em dar conta da realidade do capitalismo conformado com a forte interferência do Estado, o que substituiu ao capitalismo liberal, mas cujas alternativas de superação parecem desviar-se para uma visão a-histórica do trabalho, considerado abstratamente, sem situá-lo no modo de produção em sociedades concretas, a atualidade das categorias processo de produção/ processo de trabalho que cunhou continuam a ser valiosas para o campo sob estudo. (FIDALGO, 1996)

Assim, a partir da História Arqueológica observa-se que o campo não atingiu um grau de "epistemologização" que o situe como uma disciplina ou mesmo com a pretensão de uma quase-ciência, (FOUCAULT, 1987) apesar dos esforços que vem se realizando em constituir um método diferenciado, mas que dado seu caráter interdisciplinar ainda deverá caminhar algum tempo até instalar-se como um discurso científico, ou uma disciplina que o diferencie de um movimento apenas ideológico que a politicidade e a ideologização do campo muitas vezes seduz em permanecer.

Por outro lado, a Saúde do Trabalhador tem como um de seus principais papéis a **liberação** e a perspectiva de dar elementos ao pólo dominado no sentido de autonomizar-se; daí porque ser valiosa para sua apreensão a analítica Genealógica que trabalha com o binômio saber-poder, na medida em que trata-se de um espaço discursivo privilegiado para considerar-se o assujeitamento e a domesticação pela técnica e o poder do conhecimento. Desta forma, seria a Saúde do Trabalhador o espaço em que gesta-se a possibilidade da insurgência e do confronto com o saber dominante pretensamente "mais" científico, pretensão essa que tem sido ao longo dos últimos 20 anos questionada pelos saberes e práticas que constituem seu domínio.

Isto posto, é mandatário dizer que se hoje a **identidade** do campo dá-se pelo confronto e pela "provisoriedade", sua permanência e avanço parece depender de idas e vindas, em que o compasso e a sincronia dos eixos - Academia, Serviços, Sindicatos - reforçando-se mutuamente já teve momentos mais favoráveis. Assim, apesar das dissonâncias do setor mais progressista da Academia e do atraso em sua incorporação por ele, a diversidade das temáticas e das disciplinas que podem fazê-lo avançar como a Psicopatologia do Trabalho, a Ergonomia, a Epidemiologia Social, a Antropologia, etc., sua adoção a partir de locais institucionais diversos, aponta para um potencial maior, no momento, da produção acadêmica da própria vertente da Saúde Pública, cuja permeabilidade às formulações da MSL é hoje patente. Por outro lado, não se pode prescindir do diálogo com as disciplinas "duras" que tratam das relações saúde e

trabalho como a toxicologia, a higiene, a segurança, a epidemiologia ocupacional e a própria medicina do trabalho. (Ver quadro 4, no capítulo 4) Mesmo sabendo-se que para cada campo sempre haverá uma luta, na qual devem ser detectadas as especificidades entre o que é novo, o que busca reconhecimento e aquilo que é dominante, hegemônico e que procura manter o monopólio excluindo a possibilidade de convivência e concorrência. (BOURDIEU, 1983)

Mesmo constatando-se a ausência de uma identidade claramente posta, é possível arriscar-se uma aproximação - mesmo que provisória - com a idéia da Saúde do Trabalhador. Assim, considerando-se os elementos que constituem a sua essência considera-se que:

A Saúde por referência ao trabalho deriva de seus componentes econômicos, sociais, tecnológicos, organizacionais e ambientais, sendo dotada de historicidade, em que o perfil de morbi-mortalidade, de sofrimento e mal-estar dos coletivos de trabalhadores, bem como o controle da nocividade, das cargas e desgaste do processo de trabalho são determinados pelas relações político-econômicas e sócio-culturais estabelecidas entre capital e trabalho em cada sociedade concreta.

Ademais, é de esperar-se uma recomposição da temática a partir da Medicina Preventiva e Social, cuja capacidade de tratar das "novas" formas de sofrimento e mal-estares é potencialmente mais previsível, na perspectiva das formulações da Saúde Coletiva.

Do lado dos Serviços Públicos de Saúde, assiste-se ao seu sucateamento e uma tendência a voltarem-se para a população excluída do mercado de trabalho ou situada nas franjas da sua informalidade. Tal problemática articula-se fortemente com a discussão aqui tangenciada quando discutiu-se a postura corporativa e "privatista" das pautas sindicais na busca "negocial" pelos convênios médicos. Expressão dessa dinâmica é a predominância, hoje, da clientela de desempregados nos PSTs e do avanço das cláusulas de ampliação de cobertura pela iniciativa privada nas categorias de trabalhadores mais representativas, como químicos e metalúrgicos, por exemplo. Aqui está situado um paradoxo cujo enfrentamento o Movimento sindical tem tardado em empreender.

Finalmente, coloca-se a perspectiva do próprio Movimento sindical nesse contexto sócio-econômico de flexibilização e informalização das relações capital-trabalho. A isso associa-se a séria deficiência estrutural que acompanha a trajetória do sindicalismo brasileiro, fomentada pelo conservadorismo da classe dirigente. Trata-se da quase impossibilidade de organização dos trabalhadores nos locais de trabalho, estratégia que se impõe em qualquer projeto que pretenda transformar condições e ambientes de trabalho. Esta é a tarefa fundamental que cabe o sindicalismo assumir, rompendo com uma timidez ou acomodação que o acompanha mais recentemente desde a brecha aberta pela Constituinte. O não enfrentamento dessa questão pode colocar sob risco qualquer política sindical neste campo. Até propostas sedutoras muitas vezes apresentadas pela iniciativa do Estado, como a negociação coletiva, são inócuas se este crônico óbice não for superado com empenho.

Portanto, voltando ao parágrafo inicial deste capítulo, deve ser frisado que a trajetória da Saúde do Trabalhador aqui abordada não poderia fugir às características de

um campo de saberes e práticas cuja identidade ainda tem contornos algo imprecisos, na medida em que conforma-se por discursos, intenções, credos e lutas cuja capacidade de apreensão pela dinâmica investigativa ainda deve merecer e exige novas aproximações para responder definitivamente **o que é e como** superará os limites que a realidade pulsátil e vibrante impõe-lhe.

E, aqui, vislumbra-se as possibilidades mais evidentes ou perceptíveis de superação, ou seja, as férteis relações que a campo deve cultivar para avançar. Particularmente coloca-se a aproximação com a problemática ambiental em sua interface com o trabalho, numa perspectiva de dar visibilidade à origem dos danos ambientais, mas com cuidado de que não se descaracterize a **centralidade** do processo de trabalho na determinação dos nexos entre trabalho e saúde, na busca de uma ética do trabalho que impeça a destruição do espaço extra-fábril e as potencialidades das futuras gerações que, não havendo respeito a uma ética pactuada deverão sobreviver numa realidade cujo impacto dessas potenciais ou às vezes reais ameaças substitui, no limite, o hoje aparentemente longínquo flagelo nuclear.

Assim, na dispersão dos discursos, sujeitos, textos, instituições e normas que tratam das relações saúde e trabalho, na mirada aqui perscrutada estará quiescente ou vibrante a emergência dos enunciados que conformam a Saúde do Trabalhador, os quais com suas regras de formação conformam o campo ora estudado, com o objetivo também de promover a atualização do "mote" proposto por TAMBELLINI (1984) e recuperado por MENDES (1986), ou seja, o papel da Academia, dos serviços e do movimento social dos trabalhadores, constatando-se que 10 anos depois a potencialidade dessas instâncias no sentido de contribuir para a configuração do campo apenas em parte mostra-se pertinente, ao mesmo tempo que abrem-se outras relações que os que participam da luta para sua constituição devem estar atentos para garimpar, perceber e avançar.

Summary

Up to now, the predominant theoretical and methodological approach of the relationship between Health and Work has been seen under the point of view adopted by Occupational Medicine and Occupational Health.

However, since the consolidation and militancy of the so called "new trade unionism" - which is related to the urban proletariat - in the late seventies, such approach has been put to the question by another "view" based upon the Latin American Social Medicine (LSM) propositions which support the idea that social determination of the Health/illness process has strong links with working conditions.

Reflections of this contribution can be observed both in the Academy and in Health Services that started then to incorporate trade union organised workers' participation, who were in their turn moving simultaneously to get closer to the Public Health Services, initiating a new relationship between State and Society that ended up in the creation of the Workers' Health Program in the mid eighties.

It is precisely the trajectory of this movement - which contributed to build up the knowledge and practice field, denominated here as Workers' Health - that is analysed in this study, according to Michel Foucault's Archaeology and Genealogy.

Bearing in mind the discourse of the Academy, of the Health Services, and the Trade Union Movement during the last thirty years, the identity degree reached by the field as referred by Occupational Medicine and Occupational Health, as well as its epistemological level have been searched and explored.

Taking the absorption capacity of the academic production - as far as both the LSM propositions regarded to Health and Work and the consolidation of the services of the Workers' Health Program of the public health network are concerned - into account, the span and outlook of its development as well as its line of demarcation are also evaluated here. Furthermore, this work has focused also the trade union movements, due to their struggle for the improvement of both working and health conditions carried out since the late seventies, which stimulated the trajectory.

Besides, the effects and impacts the the field caused to the Teaching and Academic Researches within the Social and Preventive Medicine and the Public Health areas, as well as to the elaboration of propositions for the Public Network Services are estimated.

The present work is finally concluded with the verification that the trade union has substantially faded the boom of the eighties, and that the present moment can be characterized by a rearrangement of strategies; in addition to a retraction as for the programmatic experiences even after the municipalization of the Health Services. When compared to the permeability of the Preventive and Social Medicine, more significant visibility of the field in the area concerning to the academic practices of the Public Health research is observed - as a consequence of the greater permeability which can be noticed at Academic levels - what suggests that the Academy is the privileged site in view of the theoretical and methodological growth of the field which in its turn does not overlook both the stimulus of the trade union actuation and the services, relatively out of tune for the time being, as far as its potentiality in making the field of the Workers' Health advance and grow is concerned.

Referências Bibliográficas

1. ADORNO, Sérgio Introdução: Um pensamento desconcertante. In: ADORNO, Sérgio (org.) Michel Foucault. *Escritos*, v. 1, p. vii-xi. São Paulo: Departamento de Sociologia da FFLCH da Universidade de São Paulo, 2º. sem./1994.
2. ADORNO, Theodor W. & HORKHEIMER, Max *Dialética do esclarecimento: fragmentos filosóficos*. Rio de Janeiro: Zaar, 1985. 3ª. ed.
3. AGUDELO, Saul Franco La Salud y el Trabajo. *Rev. Facultad Nacional Dalud Publ.*, v. 7, ns. 1/2, p. 7-15, 1981.
4. ALESSI, Neiry Primo Vigilância em Saúde. In: *Programa*. I Congresso Brasileiro de Ciências Sociais em Saúde *Cidade e Saúde*. ABRASCO-Secretaria de Estado da Saúde do Paraná-NESCO, Curitiba-Pr, 07/10/11/1995. p. 199 Poster P 13.14
5. _____, PALOCCI FILHO, Antonio, PINHEIRO, Sandra Azevedo et al. (orgs.) *Saúde e Trabalho no Sistema Único de Saúde*. São Paulo: HUCITEC, 1994. 167 p.
6. ALGRANTI, Eduardo *Doenças Respiratórias Associadas à Mineração de Carvão - Estudo de Coorte de 5 anos*. Tese (Doutorado em Saúde Pública) DSA, FSP, Usp, 1991. [mimeo]
7. ALTHUSSER, Louis *Aparelhos Ideológicos de Estado: nota sobre os aparelhos ideológicos de Estado (AIE)*. Tradução por Walter José Evangelista e Maria Laura Viveiros de Castro. Rio de Janeiro: Graal, 1992. 128 p. 6ª. ed.
8. ANDERSON, Perry Além do neoliberalismo. In: SADER, Emir e GENTILI, Pablo (orgs.) *Pós-Neoliberalismo: as políticas sociais e o Estado democrático*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995. 205 p.
9. ANTUNES, Ricardo *Adeus ao Trabalho?: ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho*. São Paulo: Cortez; Campinas, SP: Editora da Universidade Estadual de Campinas, 1995.
10. ARAUJO, Maristela Dalbello de *Trabalhadores do Petróleo-Convivência Diária com o Risco*. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Social, PUC-SP., 1990.
11. AROUCA, Antônio Sérgio da Silva *O Dilema Preventivista: Contribuição para a Compreensão e Crítica da Medicina Preventiva*. Tese (Doutorado em Medicina) Departamento de Medicina Preventiva e Social, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, 1975. [mimeo]
12. ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA (ABRASCO) *Saúde e Trabalho: Desafios para uma política*. (Contribuição da ABRASCO ao processo de definição de uma Política Nacional de Saúde do Trabalhador). São Paulo: Comissão de Saúde e Trabalho da ABRASCO, set./1990. 61 p. + anexos [mimeo]
13. AUGUSTO, Lia Giraldo da Silva *Estudo Longitudinal e morfológico (medula óssea) em pacientes com neutropenia secundária à exposição ocupacional crônica ao benzeno*. Dissertação (Mestrado em Medicina) FCM, Unicamp, 1991. [mimeo]
14. _____, ROCHA, Lys Esther, FREITAS, Clarice Umbelino de et al. Vigilância Epidemiológica de Doenças Ocupacionais. *Rev. bras. de Saúde ocup.*, v. 54, n. 14, p. 32-64, 1986.
15. AUGUSTO, Lia Giraldo da S., MINAKI, Gilberto, NEVES, Edlamar G. et al. Balanço do atendimento do CESAT. A questão das alterações hematológicas entre trabalhadores expostos ao benzeno. São Paulo, out. 1987. [mimeo] (Texto apresentado em Mesa-Redonda sobre o tema Programas de Saúde do Trabalhador na Rede Pública) São Paulo: Fundacentro.
16. AUGUSTO, Maria Helena O. Políticas Públicas, Políticas Sociais e Políticas de Saúde: algumas questões para reflexão e debate. *Tempo Social. Rev. Sociol. Usp*, S. Paulo, v. 1, n. 2, p. 105-119, 1989.

17. AVRITZER, Leonardo Racionalidade, Mercado e Normatividade: uma crítica dos pressupostos da teoria da escolha racional. *Novos Estudos CEBRAP*, v. 44, p. 165-178, mar. 1996.
18. AZEVEDO, Alice, Penna, OKAMOTO, Vilma Akemi e BERNARDI, Renata C. Considerações sobre ruído: riscos, patologia e prevenção. In: COSTA, Danilo F., CARMO, José Carlos do, SANTOS, Uiratã de Paula *Programa de Saúde dos Trabalhadores - A Experiência da Zona Norte: uma alternativa em Saúde Pública*. São Paulo: HUCITEC, 1989. 348 p. p. 83-155.
19. BAEZ-GARCIA, Miguel A. *Sub-Notificação de Acidentes do Trabalho em Pacientes Atendidos no Hospital Universitário Antonio Pedro - Niterói - RJ*. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) DSA, FSP, Usp, 1991. [mimeo]
20. BAGATIN, Ericson *Avaliação Clínica, Radiológica e da Função Pulmonar em Trabalhadores Expostos à Poeira de Sílica*. Tese (Doutorado em Medicina) DMPS, FCM, Unicamp, 1988. [mimeo]
21. BAGNARA, Sergio, BIOCCA, Marco & MAZZONIS, D. G. Trends in Occupational Health and Safety Policy in Italy. *Int. J Health Serv.*, v. 11, n. 3, p. 431-450, 1981.
22. BASAGLIA, Franco (org.) et al. *Salud de los Trabajadores: Aportes para una política de la salud*. Tradução por Horacio Diez. Mexico: Nueva Imagen, 1981. Tradução de La salute in fabbrica. Per una linea alternativa di gestione della salute nei posti di lavoro e nei quartieri.
23. BARATA, Júlio Discurso proferido como paraninfo na formatura do I Curso de Medicina, Higiene e Engenharia de Segurança do Trabalho. *Rev. bras. de Saúde ocup.*, v. 1, n. 3, p. 5, 1973.
24. _____ Discurso de transmissão de cargo. *Rev. bras. de Saúde ocup.*, v. 2, n. 5, p. 6-7, 1974.
25. BARELLI, Walter Trabalhadores Influenciam nas Decisões. *Brasil em Artigos*. p. 157-169, 1995. (Coleção SEADE-BOLSO) [publicado originalmente em São Paulo em Perspectiva, v. 4, n. 1, p. 6-10, São Paulo:SEADE, 1990]
26. BARRETO, João de Barros Prevenção de Acidentes de Trabalho. *Archivos de Hygiene*, v. 2, p. 243-264, Rio de Janeiro, ano II, set./ 1929.
27. BASAGLIA, Franco (org.) et al. *La salud de los trabajadores: aportes para una política de la salud*. Tradução por Horacio Serafini. Mexico: Nueva Imagen, 1981. 251 p. 3ª. ed. Tradução de La salute in fabbrica. Per una linea alternativa di gestione della salute nei posti di lavoro e nei quartieri.
28. BEDRIKOW, Bernardo Serviços de Medicina do Trabalho em São Paulo: experiência de uma iniciativa particular. *Saúde Ocupacional e Segurança*, v. 3, n. 4, p. 83-84, 1968.
29. BEIGUELMAN, Paula *Os Companheiros de São Paulo*. São Paulo: Símbolo, 1977.
30. BERLINGUER, Giovani *Medicina e Política*. Tradução por Pe. Bruno Giuliani. São Paulo: CEBES-HUCITEC, 1978. 199p. (Coleção Saúde em Debate)
31. _____ *Saúde nas Fábricas*. Tradução por Hanna Augusta Rothschild e José Ruben de A. Bonfim. São Paulo: CEBES-HUCITEC, 1983. 171 p. Tradução de Salute nelle Fabbriche.
32. _____ A relação entre Saúde e Trabalho do ponto de vista bioético. *Saúde e Sociedade*, v. 2, n. 2, p. 101-134, 1993.
33. _____ & BIOCCA, Marco Recent Developments in Occupational Health Policy in Italy. *Int. J. Health Services*, v. 17, n. 3, p. 455-474, 1987.
34. BERMAN, Daniel *Muerte en el trabajo: luchas por la salud y seguridad laborales en Estados Unidos*. Tradução por Graciela de La Rosa. México: Siglo XXI, 180p. 1ª. ed. en español. (Coleção Salud y Sociedad) Tradução de Death on the job. Occupational health and safety struggles in the United States.
35. BERMANN, Silvia El Estudio de la Salud Mental en Relación con el Trabajo. In: LAURELL (coord.) *op. cit.*, 1993. p. 189-234.
36. BERTOLLI FILHO, Cláudio Medicina e Trabalho: As "Ciências do Comportamento" na Década de 40. *Revista de História*, São Paulo, v. 127-128, p. 37-51, ago./dez. 1992 e jan./jul. 1993.

37. BONCIANI, Mario & BONCIANI, Rosa D.F. Situação da Medicina do Trabalho em São Paulo. *Saúde Ocupacional e Segurança*, v. XVIII, n. 6, p. 255-260, 1982.
38. BORGES, Luiz Henrique *Transtornos Mentais entre trabalhadores de Usina Siderúrgica*. Dissertação (Mestrado em Medicina Preventiva) Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina de São Paulo, Universidade de São Paulo, 1990. [mimeo]
39. BOTELHO, Zaira G. de Arruda, LACAZ, Francisco A, de Castro, SATO, L. et al. Avaliação Qualitativa de Alguns Aspectos Organizacionais do 'Program 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/TS/Área Saúde e Trabalho, ago. 1987. 235 p. + anexos. [mimeo]
40. BOURDIEU, Pierre O Campo Científico. Tradução por Paula Monteiro e Alicia Auzmendi. In: ORTIZ, Renato (org.) *Pierre Bourdieu: Sociologia*. São Paulo: Ática, 1983. 191 p. p. 122-153 (Coleção Grandes Cientistas Sociais, 39)
41. BRAGA, José Carlos & PAULA, Sergio Goes de *Saúde e Previdência. Estudos de Política Social*. São Paulo: CEBES-HUCITEC, 1981. 226 p.
42. BRAGA, Luiz E.L. & CARMIGNANI, Wilson *Negociação Coletiva*. São Paulo: Ltr, 1986
43. BRANDÃO, Joselito *Análise de Resíduos de Policloreto de Bifenila em Tecido Celular Subcutâneo*. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) DSA, FSP, Usp, 1989. [mimeo]
44. BRASIL Lei n. 8.080, de 19/09/1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.
45. _____ Lei n. 8.212, de 24/07/1991 Dispõe sobre a organização da Seguridade Social, institui Plano de Custeio e dá outras providências.
46. BRASIL/MINISTÉRIO DA SAÚDE Conferência Nacional de Saúde, VIII. *Relatório Final*. Brasília, D.F.: Ministério da Saúde, 1986. [mimeo]
47. _____ Conferência Nacional de Saúde dos Trabalhadores, I. *Relatório Final*. Brasília, D.F.: Ministério da Saúde, 1987.
48. _____ Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, II. *Relatório Final*. Brasília, D.F.: Ministério da Saúde, CONAS, 1994. [mimeo]
49. _____/ MINISTÉRIO do TRABALHO e da ADMINISTRAÇÃO Portaria n.5, 17/08/92. Altera Norma Regulamentadora n. 9, estabelecendo a obrigatoriedade de elaboração de Mapa de Riscos Ambientais. D.O.U. Secção I, p. 11.327, 20/08/92.
50. BREILH, Jaime *Nuevos Conceptos y Técnicas de Investigación - Guía pedagógica para un taller de Metodología (Epidemiología del Trabajo)*. Quito: CEAS, 1994. 359 p. (Séire "Epidemiologia Crítica", n. 3)
51. _____ & GRANDA, Edmundo, YÉPEZ e COSTALES, Pedro Componentes de Metodologia: La Construcción del Pensamiento en Medicina Social. In: FRANCO, Saulo, NUNES, Everardo D., BREILH, Jaime et al. (orgs.) *Debates en Medicina Social*. Quito: OPAS-ALAMES, 1991. 339p. (Serie Desarrollo de Recursos Humanos, n. 92) p.138-247
52. BRINTON, Maurice *Os Bolcheviques e o Controle Operário*. Tradução por Carlos Miranda. Porto: Afrontamento, 1975. 211 p. Tradução de The Bolcheviks ens de Worker's Control.
53. BRUYNE, Paul de , HERMAN, Jacques e SCHOUETE, Marc de *Dinâmica da Pesquisa em Ciências Sociais: os pólos da prática metodológica*. Tradução por Ruth Joffily. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1992. 225 p. 5ª. ed. Tradução de Dynamique de la recherche en sciences sociales.
54. BUSCHINELLI, José Tarciso P. *Epidemiologia das Doenças Profissionais Registradas no Brasil na Década de 80*. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) DSA, FSP, Usp, 1993. [mimeo]
55. CALIL, R.M. *Inquérito Preliminar de Higiene Industrial na Indústria de Carnes Bovina e Suína da Grande São Paulo*. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) DSA, FSP, Usp, 1984.

56. CANESQUI, Ana Maria Ciências Sociais, a Saúde e a Saúde Coletiva. In: CANESQUI, Ana Maria (org.) *Dilemas e Desafios das Ciências Sociais na Saúde Coletiva*. São Paulo-Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO, 1995. 165 p. p. 19-35
57. CAPITANI, Eduardo Mello de *Risco de Pneumoconioses em Trabalhadores Expostos a Rocha Fosfática*. Dissertação (Mestrado em Medicina) DMPS, FCM, Unicamp, 1987. [mimeo]
58. CARDOSO, Ana Claudia M. Evolução das pautas e acordos dos metalúrgicos de São Paulo., Osasco e Guarulhos e São Bernardo do Campo e Diedema. *Relatório Final*. s.l., 1993. 90 p. [mimeo]
59. CARELLI, Antonio O Serviço de Ensino e Seleção Profissional da Estrada de Ferro Sorocabana e seu papel na introdução e desenvolvimento da Psicologia aplicada ao trabalho no Brasil. *Bol. Psicol.*, v. XXVI, n. 69, p. 111-114, 1975.
60. CARNEIRO, Sergio A. M. Relatos de uma experiência. São paulo: PMSP-SMS-PST, mai 1992. 11p. [mimeo]
61. CARVALHO, Guido Ivan de & SANTOS, Lenir *Sistema Único de Saúde: Comentários à Lei Orgânica de Saúde (Leis 8.080/90 e 8.142/90)*. São Paulo: HUCITEC, 1992. 371 p.
62. CARVALHO, Maria Alice R. de & LIMA, Nísia Verônica T. de O Argumento Histórico nas análises de Saúde Coletiva. In: FLEURY, Sonia (org.) *Saúde: Coletiva? Questionando a onipotência do social*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1992. 284 p. p. 116-142
63. CASTLEMAN, Barry Double standard for industrial hazards. *Int. J Health Services*, v. 13, n.1, p. 5-14, 1983.
64. CENTRAL ÚNICA dos TRABALHADORES (CUT) "Saúde do Trabalhador" Nosso Campo conceitual de Trabalho (anos 80 e 90). *Relatório do Seminário Nacional sobre Saúde, Trabalho e Meio Ambiente*. São Paulo. 28/09/1994, 12 p. [mimeo]
65. COLACIOPPO, Sergio *Avaliação do Risco de Intoxicação Profissional por Vapores de Mercúrio*. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) DSA. FSP, Usp, 1976. [mimeo]
66. _____ *Avaliação de Exposição Profissional a Fumos Metálicos em Operação de Solda*. Tese (Doutoramento em Saúde Pública) DSA, FSP, Usp, 1984. [mimeo]
67. COMISSÃO de SAÚDE do TRABALHADOR (COST) *Atas de Reuniões. 1987-1991*.
68. CORDEIRO, Ricardo *Pressão Arterial Diastólica entre Motoristas e Cobradores de Campinas, Usuários de um Serviço de Saúde Ocupacional*. Dissertação (Mestrado em Medicina) DMPS, FCM, Unicamp. 1991. [mimeo]
69. _____ *Onde Começa o Saturnismo?* Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) DMPS, FCM, Unicamp, 1995. [mimeo]
70. CORNACCHIONI, Paulo Sérgio Competência Administrativa para fiscalizar ambientes de trabalho. São Paulo: Ministério Público do Estado de São Paulo, 03/09/1992. 9 p. [mimeo]
71. CORREA FILHO, Heleno Rodrigues *Percepção de Risco na Ocupação Precedendo Lesões do Trabalho: um estudo no município de Campinas*, São Paulo, 1992-93. Tese (Doutoramento em Saúde Pública) Departamento de Saúde Ambiental, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 1994. [mimeo]
72. COSTA, Danilo Fernandes Os Acidentes do Trabalho, em 1995, no Brasil. *Segurança & Saúde no Trabalho*, n. 1, p. 7, jun. 1996.
73. _____, CARMO, José Carlos do, SETTIMI, Maria Maeno et al. *Programa de Saúde dos Trabalhadores a experiência da Zona Norte: uma alternativa em Saúde Pública*. São Paulo: HUCITEC, 1989. 382 p.
74. COSTA, José Luiz Riani *Estudo da Asbestose no Município de Leme*. Dissertação (Mestrado em Medicina) Departamento de Medicina Preventiva e Social (DMPS), Faculdade de Ciências Médicas (FCM), Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), 1983. [mimeo]
75. COSTA, José Luiz Riani & NUNES, Everardo Duarte A Situação do Ensino da Medicina do Trabalho nos Cursos Médicos do Brasil. *Rev. bras. de Educação médica*, v. IV, n. 3, p. 63-73, 1980.

76. COSTA, Nilson do Rosário *Lutas urbanas e controle sanitário: origens das políticas de saúde no Brasil*. Petrópolis: Vozes; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1986. 2ª ed. 121 p.
77. _____ Transição e Movimentos Sociais: contribuição ao debate da Reforma Sanitária. In: COSTA, Nilson do Rosário, MINAYO, Cecília, RAMOS, Célia Leitão et al. (orgs.) *Demandas Populares, Políticas Públicas e Saúde*. Petrópolis: Vozes-ABRASCO, vol. I. Ciências Sociais e Saúde Coletiva, 1989. 160 p. p. 45-66
78. _____ Ciências Sociais e Saúde: considerações sobre o nascimento da Saúde Coletiva no Brasil. *Saúde em Debate*, n. 36, p. 58-65, 1992.
79. _____ Políticas Públicas, Direitos e Interesse: Reforma Sanitária e Organização Sindical no Brasil. *Saúde em Debate*, n. 45, p. 23-29, dez. 1994.
80. DEAN, Warren *A Industrialização de São Paulo (1880-1945)*. Tradução por Octavio Mendes Cajado. São Paulo, Rio de Janeiro: DIFEL, 1980. 3ª ed. (Corpo e Alma do Brasil)
81. DEJOURS, Christophe Por um novo conceito de saúde. *Revista bras. Saúde Ocup.*, v. 14, n. 54, p. 7-11, 1986.
82. _____ *A Loucura do Trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho*. Tradução por Ana Isabel B. Paraguay e Lúcia Leal Ferreira. São Paulo: Oboré, 1987. 163 p. Tradução de Travail: usure mentale- essai de psychopatologie du travail.
83. _____, ABDOUCHELI, Elisabeth & JAYET, Christian *Psicodinâmica do Trabalho: contribuições da Escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho*. Coordenação e tradução por Maria Irene Stocco Betiol et al. São Paulo: Atlas, 1994. 145 p.
84. DE LUCCA, Sérgio Roberto *Epidemiologia dos Acidentes do Trabalho Fatais na "Região de Campinas", S.P., no período de 1979 a 1989*. Tese (Doutorado em Medicina) DMPS, FCM, Unicamp, 1992. [mimeo]
85. DEPARTAMENTO INTERSINDICAL de ESTATÍSTICAS E ESTUDOS SÓCIO-ECONÔMICOS (DIEESE) Sistema de Análise de Acordos Coletivos de Trabalho São Paulo: DIEESE, 1987.
86. _____ Setor Químico: uma comparação entre convenções coletivas. São Paulo: DIEESE, 1988. 4 vol.
87. _____ A necessidade de uma Política Salarial no Brasil. São Paulo: DIEESE, 1991.
88. DEPARTAMENTO INTERSINDICAL de ESTUDOS e PESQUISAS de SAÚDE e dos AMBIENTES de TRABALHO (DIESAT) Programa de Saúde do Trabalhador de Santos espera melhores resultados em 1990. *Trabalho & Saúde*, ano X, n. 27, p. 6-7, jan./fev. 1990.
89. _____ *Trabalho & Saúde*, ano 15, n. 38, p. 11, jan. 1995.
90. DEPPE, R. Uri Work Diseases and Occupational Medicine in federal Republic of Germany. *Int. J. Health serv.*, v. 11, n. 2, p. 191-205, 1981.
91. DEVALE Projeto: Vigilância Epidemiológica em Intoxicações Exógenas e Saúde Ambiental no Vale do Rio Ribeira. s.l., s.d. 6 p. [mimeo]
92. DIAS, Elisabeth Costa *A Atenção à Saúde dos Trabalhadores no Setor Saúde (SUS), no Brasil: Realidade, Fantasia ou Utopia?* Tese (Doutorado em Medicina) Departamento de Medicina Preventiva e Social, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, 1994. 324 p. [mimeo]
93. DITTMAR, Wulf Hermann *Um estudo sobre a prevalência de distúrbios psiquiátricos entre sepultadores de serviço funerário do Município de São Paulo*. Dissertação (Mestrado) DMP, Faculdade de Medicina de São Paulo, Usp, 1991. [mimeo]
94. DONNANGELO, Maria Cecília *Medicina e Sociedade*. São Paulo: Pioneira, 1975.
95. _____ & PEREIRA, Luiz *Saúde e Sociedade*. São Paulo: Duas Cidades, 1986. 124 p.
96. DOSSE, François *A história em migalhas: dos "Annales" à "Nova História"*. Tradução por Dulce da Silva Ramos. São Paulo: Ensaio; Campinas, SP: Editora da Universidade Estadual de Campinas, 1992. 267 p. Tradução de L'Histoire En Miettes Des "Annales" a la "Nouvelle Histoire".

97. DOUGLAS, Joyce Lenora *Contribuição para a caracterização da enfermagem que atua na assistência à Saúde do Trabalhador na América Latina*. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) Departamento de Saúde Ambiental, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 1992. [mimeo]
98. DRAIBE, Sonia Maria *As Políticas Sociais e o Neoliberalismo*. *Cadernos de Formação*, n. 1. São Paulo: Linhasgerais, 1995. Fundação Nativo da Natividade. [brochura]
99. DRUMOND, Jocélio *Nasce o Inst.* (Editorial) *Informativo Inst.* Ano I, n.1, p. 2, nov. 1990.
100. EGYDIO, Maurício Carlos *Michel Foucault: o encontro dos saberes*. In: ADORNO, Sérgio (org.) *Michel Foucault. Escritos*, v. 1, p. 1-15, São Paulo: Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo. 2º. sem. 1994.
101. EL BATAWI, Muamar A. *As pequenas indústrias: os riscos de saúde das massas esquecidas*. *Rev. bras. de Saúde ocup.*, v. 8, n. 9, p. 10-14, 1975.
102. ELUF NETO, José *Doença de Chagas em Área Urbana: avaliação da função cardíaca de trabalhadores industriais e implicações para a atividade laboral*. Dissertação (Mestrado) DMP, Faculdade de Medicina, Usp, 1985. [mimeo]
103. Equipe Técnica do PST da Prefeitura Municipal de Campinas *O Programa de Saúde do Trabalhador do Município de Campinas*. *Saúde em Debate*, n. 34, p. 17-24, 1992.
104. ESCOREL, Sara *Saúde: uma questão nacional*. In: TEIXEIRA, Sonia Fleury (org.), *op. cit.*, 1989. p. 181-192
105. FALEIROS, Vicente *O Trabalho da Política: saúde e segurança dos trabalhadores*. São paulo: Cortez, 1992. 312 p.
106. FARIA, Marcília M. *Saúde e Trabalho Industrial. Relatório de Pesquisa*. São Paulo: DMP/FM/Usp-FINEP, 1983. p. 51-52. [mimeo]
107. FAUSTO, Boris *Trabalho Urbano e Conflito Social - 1880-1920*. São Paulo: DIFEL, 1977.
108. FEIJÓO, Juan Carlos Valenzuela *O Estado neoliberal e o caso mexicano*. In: LAURELL, Asa Cristina (org.) *Estado e Políticas Sociais no Neoliberalismo*. Tradução por Rodrigo León Contrera. São Paulo: Cortez, 1995. 244 p. p. 11-52 Tradução de Estado y Políticas Sociais en el Neoliberalismo.
109. FERRARI, Herman San Martin *Salud y Enfermedad (Problemas de Medicina Social en América Latina)*. Habana, Cuba, 1963. Tomo I. 433 p.
110. FIGUEIREDO, José D. *Programa Nacional de Valorização do Trabalhador*. *Rev. bras. de Saúde ocup.*, v. 1, n. 1, p. 8-9, 1973.
111. FISCHER, Frida Marina *Trabalho em Turnos: alguns aspectos econômicos, médicos e sociais*. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) Departamento de Saúde Ambiental (DSA), Faculdade de Saúde Pública (FSP), Universidade de São Paulo (Usp), 1980. [mimeo]
112. _____ *Absentismo e Acidentes do Trabalho entre trabalhadores de indústrias automobilísticas*. Tese (Doutoramento em Saúde Pública) DSA, FSP, Usp, 1984. [mimeo]
113. _____ *Estudo das Condições de Vida e Trabalho dos Operadores de Trens, Supervisores e Inspetores Operacionais do Metropolitano de São Paulo*. DSA, FSP, Usp e Companhia do Metropolitano de São Paulo-METRÔ, 1986. 275 p. [mimeo]
114. _____ *Condições de Trabalho e de Vida em Trabalhadores do Setor Petroquímico*. Tese (Livre Docência) DSA, FSP, Usp, 1990. [mimeo]
115. _____, MORENO, Cláudia Roberta de C., FERNANDEZ, Rosaneli de L. et al. *Shiftwork in the chemical industries in Brazil*. São: DSA, FSP, Usp, 1987. [mimeo]
116. FLEURY, Sonia *estado sem cidadãos: seguridade social na América Latina*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994. 251 p.
117. FOLHA de SÃO PAULO *Fundação Parceria para a Saúde*. p. 1-19, 05/02/1995.

118. FOUCAULT, Michel *O Nascimento da Clínica*. Tradução por Roberto Machado. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1980. 2ª. ed. 241 p. (Coleção "Campo Teórico") Tradução de Naissance de la Clinique.
119. _____ *Microfísica do poder*. Tradução e Organização por Roberto Machado. Rio de Janeiro: Graal, 1982. 3ª. ed. 295 p. (Biblioteca de filosofia e história das ciências, v. 7)
120. _____ *Verdade e Poder*. In: FOUCAULT, Michel *Microfísica do Poder*. Tradução e Organização por Roberto Machado. Rio de Janeiro: Graal, 1982. 295 p. 3ª. ed. p. 79-98. (Biblioteca de filosofia e história das ciências, vol. n. 7)
121. _____ *Sobre a História da Sexualidade*. In _____, *op. cit.*, Tradução e Organização de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Graal, 1982. 295 p. 3ª. ed. p. 243-276. (Biblioteca de filosofia e história das ciências, vol. 7)
122. _____ *A arqueologia do saber*. Tradução por Luiz Felipe Baeta Neves. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1987. 239 p. 3ª. ed. (Coleção "Campo Teórico") Tradução de L' Archeologie du Savoir.
123. _____ *As palavras e as coisas: uma arqueologia das ciências humanas*. Tradução por Salma Tannus Muchail. São Paulo: Martins Fontes, 1990. 407 p. 5ª ed. (Ensino Superior) Tradução de Les Mots e Les Choses: Une archéologie des sciences humaines.
124. _____ *Vigiar e punir: nascimento da prisão*. Tradução por Raquel Ramallete. Petrópolis: Vozes, 1994. 280p. 11ª ed. Tradução de Surveiller et punir.
125. _____ *A Ordem do Discurso. Aula inaugural no Collège de France, pronunciada em 2 de dezembro de 1970*. Tradução por Laura Fraga de Almeida Sampaio. São Paulo: Loyola, 1996. 79 p. (Leituras Filosóficas) Tradução de L'ordre du discours. Leçon inaugurale au Collège de France prononcée le 2 décembre 1970.
126. FRANCO, Antonio Ribeiro *Silicose Pulmonar em Trabalhadores de Pedreiras na Cidade de Ribeirão Preto, Estado de São Paulo- 1972*. Dissertação (Mestrado) Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Usp, 1974. [mimeo]
127. _____ *Estudo Preliminar das Repercussões do Processo de Trabalho sobre a Saúde do Trabalhadores de um Hospital Geral*. Tese (Doutorado em Medicina Social) Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 1981. [mimeo]
128. FREDERICO, Celso *Consciência Operária no Brasil. (Estudo com um grupo de trabalhadores)*. São Paulo: Ática, 1979. 140 p. 2ª. ed. (Ensaio 39)
129. _____ *Vanguarda Operária no Brasil*. São Paulo, Símbolo, 1979. 152 p. (Coleção Ensaio e Memória, 24)
130. FREITAS, Clarice Umbelino de, LACAZ, Francisco Antonio de Castro e ROCHA, Lys Esther *Saúde Pública e Ações de Saúde do Trabalhador: uma análise conceitual e perspectivas de operacionalização programática na rede básica da Secretaria de Estado da Saúde. Temas IMESC, Sociedade, Direito, Saúde, v. 2, n. 1, p. 3-10, 1985.*
131. _____, SILVA, Flavio C., ROCHA, Lys E. et al. *Avaliação de Experiência. Projeto de Vigilância no Vale do Ribeira. Saúde Ocupacional e Segurança, v. XXI, n. 3, p. 197-118, 1986.*
132. FREITAS, Nilton B. B. *Controle Social do Risco e da Saúde dos Trabalhadores: o caso da indústria de cloro-soda*. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) CESTE, ENSP, FIOCRUZ, 1994. [mimeo]
133. FUNDAÇÃO CENTRO NACIONAL de SEGURANÇA e MEDICINA do TRABALHO (Fundacentro) *Rev. bras. Saúde ocup.*, v. 1, n. 3, p. 6-7, jul./set. 1974.
134. _____ (Editorial) *Rev. bras. de Saúde ocup.*, v. 1, n. 1, p. 5, 1973.
135. _____ *O Ensino da Saúde Ocupacional da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Rev. bras. de Saúde ocup.*, v. 2, n. 5, p. 53-59, 1974.
136. _____ *Curso de Medicina do Trabalho. Apostilas, 6 v., 1976. [mimeo]*

137. GALLO, Edmundo e NASCIMENTO Paulo C. Hegemonia, Bloco Histórico e Movimento Sanitário. In: TEIXEIRA, Sonia Fleury (org.) *Reforma Sanitária. Em busca de uma teoria*. São Paulo. CORTES/ABRASCO, 1989. 232 p. p. 91-118
138. GARCIA, Juan César La categoria 'trabajo' en la medicina. *Cuadernos Médico Sociales*, v. 23, p. 5-19, 1983.
139. _____ A Categoria "trabalho" na Medicina. In: NUNES, Everardo Duarte (org.) *Juan César Gracia: Pensamento Social em Saúde na América Latina*. São Paulo: Cortez, 1989. 238 p. p. 100-124
140. GEISEL, Ernesto Discursi pronunciado na sessão de Abertura do XIII CONPAT. *Rev. bras. de Saúde ocup.*, v. 2, n. 8, p. 6-7, 1974.
141. GOLDBAUM, Moisés *Doença de Chagas e Trabalho em Área Urbana*. Dissertação (Mestrado) Departamento de Medicina Preventiva (DMP), Faculdade de Medicina de São Paulo, Usp, 1976. [mimeo]
142. _____ *Saúde e Trabalho: a Doença de Chagas no Setor Industrial*. Tese (Doutoramento) Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina de São Paulo, Universidade de São Paulo, 1981. [mimeo]
143. GOMES, Edgar Raoul *Condições de Higiene do Trabalho e Incidência de Cromoergopatias em Trabalhadores de Galvanoplastias Sindicalizadas de São Paulo*. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) DSA, FSP, Usp, 1970.
144. GOMES, Jorge da Rocha *Determinação Semi-Quantitativa de Coproporfirina Urinária: sua variabilidade em função de medidas de higiene e segurança em fábricas de acumuladores elétricos*. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) Departamento de Higiene do Trabalho, FSP, Usp, 1969.
145. _____ *Dispêndio Energético e Reposição Calórica em Algumas Funções da Indústria Automobilística*. Tese (Doutoramento em Saúde Pública) DSA, FSP, Usp, 1978. [mimeo]
146. _____ *Saúde do Trabalhador em Operação de Solda*. Tese (Livre Docência) DSA, FSP, Usp, 1984. [mimeo]
147. _____ *Relatório de visitas de apoio técnico, 24/01 a 10/03/1989*. s.l., s.d. 114 p. [mimeo]
148. GOMES, Angela de Castro *A invenção do Trabalhismo*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1994. 300p. 2ª. ed.
149. GOMES, Carlos Minayo & CARVALHO, Sonia T. M. de Social Inequalities, Labor and Health. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 9, n. 4, p. 498-503, out./dez. 1993
150. GONÇALVES, Francisco M. *Estudo Clínico Epidemiológico em Trabalhadores de Campanhas de Saúde Pública Expostos Cronicamente a Inseticidas - SUCEN - São José do Rio Preto*. Dissertação (Mestrado) Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, 1991. [mimeo]
151. GONÇALVES, Ricardo Bruno Mendes *Medicina e História. Raízes Sociais do Trabalho Médico*. Dissertação (Mestrado em Medicina Preventiva) Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina de São Paulo, 1979. [mimeo]
152. _____ *Tecnologia e organização das práticas de saúde: características tecnológicas do processo de trabalho na Rede Estadual de Saúde de São Paulo*. Tese (Doutorado em Medicina Preventiva) Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina de São Paulo, Universidade de São Paulo, 1986. [mimeo]
153. GONDIM, Pedro M. & LATGÉ, Mario Problemas de Higiene Industrial no Estado do Rio de Janeiro. *Rev. do Serv. Especial de Saúde Pública*, v. X, n. 2, p. 565-606, dez. 1959.
154. GRAMSCI, Antonio *Os Intelectuais e a Organização da Cultura*. Tradução por Carlos Nelson Coutinho. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1968. 244 p. (Coleção Perspectivas do Homem) Tradução de Gli Intelletuali e L'Organizzazione della Cultura.
155. _____ Americanismo e Fordismo. In: GRAMSCI, Antonio *Maquiavel, a Política e o Estado Moderno*. Tradução por Luiz Mário Gazzaneo. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1978.

- 444 p. 3ª. ed. (Coleção Perspectivas do Homem, v. 35, Série Política) Tradução de Note Sul Machiavelli, Sulla Política e Sullo Stato Moderno.
156. GRECO, Rosângela M. *Cargas de Trabalho em Técnicos da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) DSA, FSP, Usp, 1994. [mimeo]
157. GUSTAVSEN, Bjorn Direct Workers' Participation in Matters of Work Safety and Health: Scandinavian Strategies and Experiences. In: BAGNARA, Sergio, MISTI, Renato & WINTERSBERGER, H. (Eds) *Work and Health in the 1980s-Experiences of Direct Workers' Participation in Occupational Health*, Sigma, s.l., s.d., p. 131-158.
158. HEIMANN, Luiza S., CARVALHEIRO, José da Rocha, DONATO, Ausonia F. et al. *O município e a Saúde*. São Paulo: HUCITEC, 1992. 200 p.
159. HELOANI, Roberto *Organização do trabalho e administração - uma visão multidisciplinar*. São Paulo: Cortez, 1994.
160. HUMPHREY, John *Fazendo o "Milagre": controle capitalista e luta operária na indústria automobilística brasileira*. Tradução de Maria Augusta Fonseca. Petrópolis: Vozes/CEBRAP, 1982. 251 p.
161. IANNI, Octávio *A Idéia de Brasil Moderno*. São Paulo: Brasiliense, 1994. 180 p. 2ª. ed.
162. _____ *O Brasil Nação. Brasil em Artigos*. (Cletânea de textos publicados na revista *São Paulo em Perspectiva*) São Paulo: Fundação SEADE, 1995. p. 9-28 (Coleção SEADE-BOLSO)
163. INSTITUTO NACIONAL de SAÚDE no TRABALHO (INST)/CUT *Informativos INST*, ano 1, n.2, fev. 1991; n. 3, abr. 1991; n. 4, jul. 1991; n. 6, dez. 1991- jan. 1992 e *Revista do Inst*, ano 2, n. 7, mar./abr. 1992; n.9, s.d..
164. _____ *Risco Ambiental. Roteiros para avaliação das condições de vida e de trabalho em três regiões: ABC/SP, Belo Horizonte e Vale do Aço/MG e Recôncavo Baiano/BA*, 1992.
165. JUNQUEIRA, Joaquim Augusto Nascimento da Medicina do Trabalho. *Saúde Ocupacional e Segurança*, v. XV, n. 2, p. 93-112, 1980.
166. KASSAB, Pedro Serviços de Segurança, Higiene e Medicina do Trabalho. *Rev. bras. de Saúde ocup.*, v. 1, n. 2, p. 9-10, 1973.
167. KUCINSKI, Bernardo, CARDOSO, Fátima Cristina e TONI, Graciliano Outras Histórias de Morte Lenta - Volkswagen A Luta contra o Ruído. In: REBOUÇAS et al., *op. cit.*, 1989, p. 203-206.
168. LACAZ, Francisco Antonio de Castro *Saúde no Trabalho*. Dissertação (Mestrado) Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina de São Paulo, Universidade de São Paulo, 1983. 147 p. [mimeo]
169. _____ *Relatório sobre participação no Seminário/Taller Actividades de Salud Ocupacional en la Red de Servicios de Salud*. OPAS Campinas, SP, 12-15/03/1984.
170. _____ *Vigilância em Saúde do Trabalhador*. Texto apresentado em Curso Pré-Congresso da ABRASCO, Porto Alegre, jul. 1992. 12 p. [mimeo]
171. _____ *O Programa de Saúde dos Trabalhadores da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo: a agonia de uma proposta*. *Saúde em Debate*, n. 36, p. 41-47, 1992.
172. _____ *Reforma Sanitária e Saúde do Trabalhador*. *Saúde e Sociedade*, v. 3, n. 1, p. 41-59, 1994.
173. _____ & NASCIMENTO, Paulo Roberto *Caracterização da População Ceramista e Silicótica de Pedreira*. In: *Anais. II Congresso da ABRASCO*, São Paulo, jul. 1989.
174. _____ *Processo de Trabalho na Indústria Cerâmica e Silicose: Reconstrução do Processo de Determinação da Doença na cidade de Pedreira, S.P.. Relatório de Pesquisa*. CNPQ-TS, abr. 1991. 119 p. + anexos [mimeo]

175. LANG, Silvia I. *Negociações Coletivas*. São Paulo: CEBRAP, 1986.
176. LAURELL, Asa Cristina *Medicina y Capitalismo en México. Cuadernos Políticos*, v. 5, p. 6-16, 1975.
177. _____ Algunos problemas teóricos y conceptuales de la epidemiología social. *Rev. Centroamericana de Ciencias de la Salud*, v.3, n. 5, p. 71-87, 1977.
178. _____ Processo de Trabalho e Saúde. *Saúde em Debate*, n. 11, p. 8-21, 1981.
179. _____ Crisis y Salud en América Latina. *Cuadernos Políticos*, n. 33, p. 32-46, 1982.
180. _____ Ciencia y Experiencia Obrera: la lucha por la salud en Italia. *Cuadernos Políticos*, n. 41, p. 63-83, 1984.
181. _____ Saúde e Trabalho: os enfoques teóricos. In: NUNES, Everardo Duarte (org.) *As Ciências Sociais em Saúde na América Latina: tendências e perspectivas*. Brasília: OPAS, 1985. 474 p. p. 255-276
182. _____ The role of union democracy in the struggle for workers' health in Mexico. *Int. J. Health Serv.*, v. 19, n. 2, p. 279-293, 1989.
183. _____ Trabajo y salud: estado del conocimiento. In FRANCO, Saul, NUNES, Everardo Duarte, BREILH, Jaime et al. (orgs.) *Debates en Medicina Social*. Quito: OPAS-ALAMES, 1991. 339p. (Serie Desarrollo de Recursos Humanos, n. 92)
184. _____ (coord.) *Para la investigación sobre la salud de los trabajadores*. Washington: OPAS, 1993.
185. _____ La construcción Teórico- Metodológica de la Investigación sobre la Salud de los Trabajadores. In: LAURELL (coord.), *op. cit.*, 1993. p. 13-36
186. _____ La Política Social en la crisis: una alternativa para el sector salud. *Saúde e Sociedade*, v. 2, n. 2, p. 21-84, 1993.
187. _____ & BLANCO, Jose et al. Enfermedad y desarrollo. *Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales*, v. 22, n. 84, p. 131-158, 1976.
188. _____ & SERRANO, Margarita M. Crisis y Salud en America Latina. *Rev CentroAmericana de Ciências de la Salud*, n. 21, p. 21-35, ene./abr. 1982
189. _____ & MARQUES, Margarita *El desgaste obrero en México. Proceso de producción y salud*. México: ERA, 1983.
190. _____ & NORIEGA, Mariano *Trabajo y Salud en SICARTSA*. México: UAM-X, 1987.
191. _____ *Conocer para cambiar: el estudio de la salud obrera*. México: UAM-Xochimilco, 1987. 1ª. ed.
192. _____ *Processo de Produção e Saúde. Trabalho e desgaste operário*. Tradução por Amélie Cohn, Ana Pitta-Hoisel, Ana Isabel Paraguay, Lucia Helena Barbosa. São Paulo: CEBES-HUCITEC, 1989. 333 p
193. LEITE, Márcia P. *Reivindicações sociais dos metalúrgicos*. São Paulo: CEDEC. maio/jun. 1983. [mimeo]
194. LIEBER, Renato Rocha *Trabalho em Turno e Riscos Químicos: o horário de trabalho como fator interveniente no efeito tóxico*. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) DSA, FSP, Usp, 1991. [mimeo]
195. LINHART, Robert *Lenin, os Camponeses e Taylor (Ensaio de Análise Baseado no materialismo histórico sobre a origem do sistema produtivo soviético)* Tradução por Daniel Aarão Reis e Lucia Aarão Reis. Rio de Janeiro: Marco Zero, 1983. 172 p. (Coleção Socialismo Hoje) Tradução de Lenin, les paysans, Taylor.
196. LOPES, Rubem Maria *Acidentes de Trabalho na mão-de-obra volante empregada na agricultura (Bóias Frias), Botucatu, SP.* Dissertação (Mestrado) DMP, Faculdade de Medicina de São Paulo, Usp, 1983. [mimeo]

197. LOUREIRO, Reinaldo V. *Higiene e Segurança em Estações de Tratamento de Esgotos*. Tese (Doutorado em Saúde Pública) DSA, FSP, Usp, 1982. [mimeo]
198. LUSCIANO, Franco. Son los obreros quien definen la insalubridade, In: BASAGLIA (org.) *op. cit.*, 1981. p. 147-152
199. MACHADO, Roberto. Por uma genealogia do poder. In: FOUCAULT, *op. cit.*, 1982. Introdução.
200. _____ *Ciência e Saber: a trajetória arqueológica de Michel Foucault*. Rio de Janeiro: Graal, 1988. 218 p. 2ª. ed. (Biblioteca de filosofia e história das ciências, vol. 11)
201. _____, LOUREIRO, Angela, LUZ, Rogerio et al. *Danação da norma: a medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil*. Rio de Janeiro: Graal, 1978. 599 p. (Biblioteca de Estudos Humanos, Série Saber e Sociedade, v. 3)
202. MAGALHÃES, Catulo C. P de B. *Síndromes Reativas numa Indústria Siderúrgica*. Dissertação (Mestrado em Medicina Preventiva) Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina de São Paulo, Universidade de São Paulo, 1989. [mimeo]
203. MAIA, Antonio C. Sobre a análise de FOUCAULT. *Tempo Social, Rev. Sociol. USP*, S. Paulo, v. 7, n.1-2, p. 83-103, out. 1995.
204. MARCONDES, Francisco Drumond. Organização do PST na Rede Municipal de Saúde. *Planejamento Estratégico*. São Paulo: PMSP-SMS-PST., 03/04/1989. 4p. [mimeo]
205. _____ Operacionalização do PST-SMS. *Relatório*. São Paulo, 17/04/1989. 5 p. [mimeo]
206. MARONI, Amneris. *A estratégia da recusa: análise das greves de 1978*. São Paulo: Brasiliense, 1982.
207. MARSON, A. Vontade e Eficiência na Rússia Revolucionária. *FOLHETIM*, n. 560, p. B 8-10, São Paulo, 30/10/1987. (Suplemento do jornal FOLHA de SÃO PAULO)
208. MARTINS, Heloisa de Souza & RAMALHO, José R. (orgs.) *Terceirização: diversidade e negociação no mundo do trabalho*. São Paulo: HUCITEC-CEDI/NETS, 1994. 104 p. 2ª. ed.
209. MARX, Karl. *O Capital*. Livro I, v. 2. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1974
210. MATOS, Olgária C. F. *Paris 1968: As barricadas do desejo*. São Paulo: Brasiliense, 1981. 104 p. 2ª. ed.
211. MENDES, Eugênio Vilaça, TEIXEIRA, Carmem Fontes, ARAUJO, Eliane Cardoso et al. Distritos Sanitários: Conceitos-Chave. In: MENDES, Eugênio V. (org.) *Distrito Sanitário: O Processo Social de mudança das práticas sanitárias no Sistema Único de Saúde*. São Paulo-Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO, 1993. p. 159-185.
212. MENDES, René. *A importância das pequenas e médias indústrias no problema dos acidentes do trabalho em São Paulo*. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) Departamento de Saúde Ambiental, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 1975. [mimeo]
213. _____ *Epidemiologia da Silicose na Região Sudeste*. Tese (Doutorado em Saúde Pública) DSA, FSP, Usp, 1979. [mimeo]
214. _____ (org.) *Medicina do Trabalho-Doenças Profissionais*. São Paulo: Sarvier, 1980. 573 p.
215. _____ *Doutrina e Prática da Integração da Saúde Ocupacional no Setor Saúde: contribuição para a definição de uma política*. Tese (Livre Docência) Departamento de Saúde Ambiental, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 1986. [mimeo]
216. _____ Subsídios para um debate em torno da revisão do atual modelo de organização da Saúde Ocupacional no Brasil. *Rev. bras. Saúde ocup.* v. 16, n. 64, p. 7-25, 1988.
217. _____ (org.) *Patologia do Trabalho*. Rio de Janeiro. Atheneu, 1995.
218. MEHRY, Emerson Elias. Brasil Pós-64: financiamento e modelos dos serviços de saúde. In: CAMPOS. Gastão W. Souza, MEHRY, Emerson E. e NUNES, Everardo D. (orgs.) *Planejamento Sem Normas*. São Paulo: HUCITEC, 1989. 134p. p. 61-112

219. MERCER, Hugo As Contribuições da Sociologia à Pesquisa em Saúde. In: NUNES (org.), *op. cit.*, 1985, p. 221-232.
220. MINISTÉRIO do TRABALHO Fórum Nacional sobre Contrato Coletivo de Trabalho e Saúde, Segurança dos Trabalhadores. *Anais*. São Paulo, 31/08-03/09/93, 1994. 160 p.
221. _____ DEPARTAMENTO NACIONAL de SEGURANÇA e HIGIENE do TRABALHO/INSTITUTO NACIONAL de PREVIDÊNCIA SOCIAL/FUNDAÇÃO CENTRO NACIONAL de SEGURANÇA e MEDICINA do TRABALHO *Anais*. XII Congresso Nacional de Prevenção de Acidentes do Trabalho (CONPAT). Vitória, E.S.: MTb, 1973
222. _____ *Anais*. XIII CONPAT. São Paulo, SP: MTb, 1974.
223. _____ *Anais*. XIV CONPAT. Rio de Janeiro, R.J.: MTb, 1975.
224. MONTEIRO, Maria Silvia *Gestão Participativa no Trabalho e Saúde: um estudo de caso*. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) DSA, FSP, Usp, 1995. [mimeo]
225. MORENO, Claudia Roberta de Castro *Crêterios Cronobiológicos na Adaptação ao Trabalho em Turnos Alternantes: validação de um instrumento de medida*. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) DSA, FSP, Usp, 1993. [mimeo]
226. MORRONE, Luiz Carlos *Epidemiologia da Silicose no Estado de São Paulo*. Dissertação (Mestrado) Departamento de Epidemiologia, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 1979.
227. MUCHAIL, Salma Tanus O lugar das instituições na sociedade disciplinar. In: RIBEIRO, Renato Janine (org.) *FOUCAULT*. São Paulo: Brasiliense, 1985.
228. NAVARRO, Vicente The Labour Process and Health: a historical materialist interpretation. *Int. J. Health serv.*, v. 12, n. 1, p. 5-29, 1982.
229. NEMES FILHO, Alexandre Os médicos sanitaristas e a política de saúde no Estado de São Paulo, no período de 1976-1988. Dissertação (Mestrado) Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São paulo, 1992. [mimeo]
230. NOGUEIRA, Diogo Pupo *Serviços médicos de empresas industriais no Município de São Paulo*. Tese (Doutoramento Saúde Pública) Departamento de Saúde Ambiental, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 1967. [mimeo]
231. _____ *Absentismo-Doença: aspectos epidemiológicos*. Tese (Livre Docência) DSA, FSP, Usp, 1980. [mimeo]
232. _____ Incorporação da Saúde Ocupacional à Rede Primária de Saúde. *Rev. Saúde publ.*, n. 18, p. 495-509, 1984.
233. _____ Notas de Aula. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1991. [mimeo]
234. NORIEGA, Mariano Problemas teórico-metodológicos de la investigación sobre la salud en el trabajo. *Salud Problema*, v. 16, p. 9-14, 1989.
235. _____ Algunos procedimientos e Técnicas de la Salud Laboral. In: LAURELL (coord.) *op. cit.*, 1993. p. 37-62
236. NUNES, Everardo Duarte Tendências e perspectiva das pesquisas em ciências sociais em saúde na América Latina: uma visão geral. In: NUNES, Everardo D. (org.) *As Ciências Sociais em Saúde na América Latina: tendências e perspectivas*. Brasília: OPAS, 1985. 474p. p. 31-85.
237. _____ Medicina Social no Brasil: um estudo de sua trajetória. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Souza, MEHRY, Emerson Elias & NUNES, Everardo D. *Planejamento sem Normas*. São Paulo: HICITEC, 1989. 134 p. p. 113-134
238. _____ *Saúde Coletiva: História de uma Idéia e de um Conceito*. Texto apresentado na Oficina sobre Residência Médica em Medicina Preventiva e Social, FUNDAP, 17-19/8/1995, na Mesa-Redonda "O campo da Saúde Coletiva: evolução e transformações históricas". [mimeo]
239. _____ As Ciências Sociais e a Saúde: o pensamento recente de alguns pesquisadores. In: CANESQUI, Ana Maria (org.) *op. cit.*, 1995. 165 p. p. 53-61

240. ODDONE, Ivar, MARRI, Gastone, GLORIA, Sandra et al. *A luta dos trabalhadores pela saúde*. Tradução por Salvador Obiol de Freitas. São Paulo: HUCITEC, 1986. 133 p. (Coleção Saúde em Debate) Tradução de Ambiente di Lavoro - la fabbrica nel territorio.
241. OFFE, Claus *Capitalismo Desorganizado: Transformações Contemporâneas do Trabalho e da Política*. Tradução de Wanda Caldeira Brant. São Paulo: Brasiliense, 1989.
242. OLIVEIRA, Jaime Antonio A. de & TEIXEIRA, Sonia Maria F. *Medicina de Grupo: a Medicina e a Fábrica*. In: GUIMARÃES, Reinaldo (org.) *Saúde e Medicina no Brasil: contribuição para um debate*. Rio de Janeiro: Graal, 1978. 233 p. p. 181-205
243. OLIVEIRA, Carlos A. Barbosa, MATTOSO, Jorge E. Levi, SIQUEIRA NETO, José Francisco et al. (orgs.) *O Mundo do Trabalho: crise e mudança no final do século*. São Paulo: Página Aberta, 1994.
244. OLIVEIRA, Luiz Sérgio B. *O intervenção do Estado nos ambientes de trabalho: origens, evolução no Brasil e análise crítica da prática da Delegacia Regional do Trabalho do Rio de Janeiro na década de 1980*. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Centro de Estudos do Trabalhador e Ecologia Humana, Rio de Janeiro, 1994. [mimeo]
245. OLIVEIRA, Tania Cristina *Morbidade e Acidentes de Trabalho em Trabalhadores Rurais: um estudo de caso em Araras, S.P.*. Dissertação (Mestrado em Medicina) DMPS, FCM, Unicamp, 1992. [mimeo]
246. ORGANIZACION INTERNACIONAL del TRABAJO *Actas, 1919-1966*. Genebra: OIT, 1966.
247. _____ *Recomendação 97. Proteção à Saúde dos trabalhadores nos locais de trabalho*. 36ª Conferência Geral. Genebra: OIT, 1956.
248. _____ *Informe IV sobre Serviços de Saúde dos Trabalhadores*. 70ª Conferência Internacional do Trabalho. Genebra: OIT, 1984 a.
249. _____ *Atas Provisórias*. 70ª Conferência Internacional do Trabalho. Genebra: OIT, 1984 b.
250. _____ *Atas Provisórias*. 71ª Conferência Internacional do Trabalho. Genebra: OIT, 1985 a.
251. _____ *Convênio 161. Sobre Serviços de Saúde no Trabalho*. Genebra: OIT, 1985 b.
252. _____ *Recomendação 171. Sobre Serviços de Saúde no Trabalho*. Genebra: OIT, 1985 c.
253. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL da SAÚDE Conferência Mundial da Saúde. *Anais*. Washington, D.C.: OMS, 1978.
254. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL de la SALUD Primeira Reunião do Comitê Assessor da OMS em Saúde dos Trabalhadores. *Relatório*. Genebra: OMS, 15-19 de set. 1988. [mimeo]
255. ORGANIZACION PANAMERICANA de la SALUD *Seguridad e Higiene Ocupacionales en la America Latina y el Caribe: Consideraciones sobre algunos problemas, alternativas, tendencias y desafios para su promoción*. Caracas. Venezuela: OPAS, oct. 1978. [mimeo]
256. _____ *Saúde Ocupacional en la America Latina y el Caribe: consideraciones sobre algunos problemas, alternativas, tendencias y desafios para su promoción*. Caracas, Venezuela: OPAS, oct. 1981. [mimeo]
257. _____ Programa de Salud de los Trabajadores. (HPW) *Ante-Projeto*. Washington, D.C.: OPAS, mar. 1983. [mimeo]
258. _____ Seminario/Taller "Actividades de Salud Ocupacional en la Red de Servicios de Salud". Campinas SP, Brasil, 12-15/03/1984
259. _____ *Programa Mediano Plazo de Salud de los Trabajadores*. México: OPAS, 30 oct.- 02 nov. 1985. [mimeo]

260. _____ Programa Salud Ambiental/Salud Ocupacional. *Diretrizes para un Plan Nacional de Desarrollo de la Salud de los Trabajadores*. Washington, D.C.: OPAS, mar. 1992 a. [mimeo]
261. _____ Programa Salud Ambiental/ Salud Ocupacional. *Mandatos Internacionales Relativos a la Salud de los Trabajadores*. Washington, D.C.: OPAS, 1992 b. [mimeo]
262. OUTÔN, M. Ciências Sociais y Salud en America Latina. *Salud Problema*, n. 14, p. 56-61, primavera 1988. (Resenhas Bibliográficas)
263. PALLOCI FILHO, Antonio, FREITAS, Clarice U. de, GARCIA, Eduardo G. et al. Intoxicações por Agrotóxicos. Um problema de Saúde Pública. *Projetos Experimentais de Vigilância Epidemiológica no Estado de São Paulo*. São Paulo: SES, Fundacentro, OPAS/OMS, ago. 1988. 38 p. [mimeo]
264. PARAGUAY, Ana Isabel B. *Exigências e Organização do Trabalho em Sala de Controle de Processo com Automação Microeletrônica*. Tese (Doutoramento em Saúde Pública) DSA, FSP, Usp, 1995. [mimeo]
265. PARMEGGIANI, Luigi Occupational Health Services in 1984: A prospective model. *America J Ind Medicine*, v. 7, p. 91-92, 1985.
266. _____ Evolução dos conceitos e práticas de Medicina do Trabalho. *Saúde e Trabalho*, v. 2, n. 2, p. 3-13, 1988.
267. PARTIDO do MOVIMENTO DEMOCRÁTICO BRASILEIRO (PMDB) *Diretrizes Básicas para o Setor Saúde no Governo Democrático*. Proposições do Grupo Saúde. São Paulo, 1982. 12 p. [mimeo]
268. PEREIRA, Carlos Alberto *Surdez Profissional em Trabalhadores Metalúrgicos: estudo epidemiológico em uma indústria da Grande São Paulo*. Dissertação (Mestrado) DSA, FSP, Usp, 1978.
269. PEREIRA, Julio Cesar & OTANI, Koshiro Saúde Ocupacional como Atividade de Saúde Pública: uma experiência. In: *Anais II Congresso Paulista de Saúde Pública e I Congresso Nacional da ABRASCO*. São Paulo, abr. 1983. [mimeo]
270. PIMENTA, Aparecida Linhares *A compreensão dos trabalhadores sobre o Processo-Saúde Doença no âmbito do trabalho: estudo de casos de intoxicação por chumbo no Município de Bauru*. Dissertação (Mestrado) DMP, Faculdade de Medicina de São Paulo, Usp, 1989. [mimeo]
271. _____ & CAPISTRANO FILHO, Davi (orgs.) *Saúde do Trabalhador*. São Paulo: HUCITEC, 1989. 179 p.
272. PINHEIRO, Sandra de Azevedo *Estudo do Processo de Trabalho-Desgaste em Trabalhadores de Destilaria de Alcool*. Tese (Doutoramento em Medicina Social) Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 1992.
273. PITTA, Ana Maria Fernandes *Trabalho hospitalar e sofrimento psíquico*. Tese (Doutorado) DMP, Faculdade de Medicina de São Paulo, Usp, 1989. [mimeo]
274. POLACK, Jean Claude *La Medicina del Capital*. Tradução por Lina Burraza e Eduardo Bronchalo Goitisolo. Madri: Fundamentos, 1974. 253 p. Tradução de La médecine du capital.
275. POSSAS, Cristina de A. *Saúde e Trabalho: a crise da previdência social*. Rio de Janeiro: Graal, 1981. 324 p.
276. PREFEITURA DO MUNICÍPIO de SÃO PAULO/SECRETARIA SAÚDE/PST *Procedimentos nos vários níveis de atenção...*, s.l., s.d. s1 p. [mimeo]
277. _____ *Documento Preliminar. Avaliação do Programa de Saúde do Trabalhador: Prioridades-92*, s.l., s.d. 4 p. [mimeo]
278. _____ *Saúde do Trabalhador no Município de São Paulo - 1989-1992*. São Paulo, s.d.. 8 p. [mimeo]
279. _____ *Saúde do Trabalhador no Município de São Paulo. 1989-1995. Plenária dos Conselhos Gestores dos CRSTs do Município de São Paulo*. São Paulo, 23/01/1996. 28 p. [mimeo]

280. PRIETO, Arnaldo da Costa Discurso na Sessão de Abertura do XVI CONPAT. *Rev. brs. de Saúde ocup.*, v. 5, n. 19, p. 7-8, 1977.
281. QUEIROZ, Vilma Machado de *Organização de Serviços de Enfermagem do Trabalho* Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). DSA, FSP, Usp, 1979. [mimeo]
282. _____ *Curso de Especialização para Enfermagem do Trabalho: avaliação e proposta de reestruturação curricular*. Tese (Doutorado em Saúde Pública) DSA, FSP, Usp, 1986. [mimeo]
283. RAINHO, Luís Flavio *Os Peões do Grande ABC: estudo sobre as condições de vida e consciência de classe do operário metalúrgico (sem especialização e semi-especializado) ligado à indústria automobilística*. Petrópolis
284. RAMAZZINI, Bernardo *As Doenças dos Trabalhadores*. Tradução por Raimundo Estrêla. São Paulo: Fundacentro, 1992. 179 p. Tradução de De morbis artificum diatriba.
285. REBOUÇAS, Antonio José de A., ANTONAZ, Diana, LACAZ, Francisco Antonio de Castro et al. *Insalubridade - Morte Lenta no Trabalho*. São Paulo: OBORÉ/DIESAT, 1989. 223 p.
286. REGO, Ricardo Amaral *Trabalho e Saúde: contribuição para uma abordagem abrangente*. Dissertação (Mestrado em Medicina Preventiva) Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina de São Paulo, Universidade de São Paulo, 1987. [mimeo]
287. RIBEIRO, Herval Pina O número de acidentes de trabalho no Brasil continua caindo: Sonegação ou Realidade? *Saúde Ocupacional e Segurança*, v. 29, p.15-22, mar./abr. 1994.
288. _____ & LACAZ, Francisco Antonio de Castro (orgs.) *De que Adoecem e Morrem os Trabalhadores*. São Paulo:IMESP/DIESAT, 1985. 236 p.
289. RICCHI, Renzo *La Muerte Obrera: investigación sobre los homicidios blancos y los accidentes de trabajo*. Tradução por Amélia Laterza e Aurora Chiaramonte. México: Nueva Imagen, 1981. 434 p. Tradução de La Morte Operaia.
290. ROBIN, Régine *História e Lingüística*. Tradução de Amélia Bolle e Marilda Pereira. São Paulo: Cultrix, 1977. 367 p. Tradução de Histoire et Linguistique.
291. ROCHA, Gertrudes Cleide M. *Serviços médicos de empresas de São Luiz, Ma. com mais de 100 empregados*. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) Departamento de Saúde Ambiental, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 1984. [mimeo]
292. ROCHA, Lys Esther *Tenossinovite como Doença do Trabalho no Brasil: a atuação dos trabalhadores*. Dissertação (Mestrado em Medicina Preventiva) Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina de São Paulo, Universidade de São Paulo, 1989. [mimeo]
293. _____, & NUNES, Everardo D. O milagre Econômico e o Ressurgimento do movimento social: 1964-1980. In: ROCHA, Lys Esther, RIGOTTO, Raquel Maria & BUSCHINELLI, José Tarcísio P. (orgs.) *Isto é Trabalho de Gente? Vida, Doença e Trabalho no Brasil*. São Paulo-Petrópolis: Vozes, 1994. 456 p. p. 122-137
294. RODRIGUES, Iram Jacomo O Sindicalismo brasileiro da confrontação à cooperação conflitiva. *São Paulo em Perspectiva*, v. 9, n. 3, p. 116-126, 1995.
295. RODRIGUES, Katia S. Os caminhos da ousadia. *R.H. Revista de História*, v. 2/3, p. 193-216, 1991. IFCH/Unicamp.
296. RODRIGUES, Leôncio Martins *Industrialização e Atitudes Operárias (Estudo de um grupo de trabalhadores)*. São Paulo: Brasiliense, 1970. 217 p.
297. _____ O Sindicato nos anos 80: um balanço. *Brasil em Artigos*. p. 131-156, 1995. (Coleção SEADE-BOLSO) [publicado originalmente em *São Paulo em Perspectiva*, v. 4, n. 1, p. 11-19, São Paulo: SEADE, 1990]
298. RODRIGUEZ, Jorge A. Villegas & CORTÁZAR, Vitor R. La investigación Participativa en Salud Laboral: El Modelo Obrero. In: LAURELL, (coord.) *op. cit.*, 1993, p. 63-96
299. ROSEN, George *uma História da Saúde Pública*. Tradução por Marcos Fernando da Silva e José Ruben de Alcântara Bonfim. São Paulo: HUCITEC, Editora da Universidade Estadual Paulista; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1994. 423 p. (Coleção Saúde em Debate, 74) Tradução de A History of Public Health.

300. ROSENBROCK, R. *Industrial Health Policy in a Crisis: Regressive Tendencies and New Tasks for the Professionals*. Berlin, aug. 1985. (Publication Series of the International Institute for Comparative Social Research/Labor Policy)
301. ROUSTANG, Gaston Os trabalhadores e a higiene e segurança na França. *Rev. Int. do Trabalho*, v. 102, n. 2, p. 247-261, abr./jun. 1983.
302. SADER, Eder *Quando novos personagens entraram em cena: experiências, falas e lutas dos trabalhadores da Grande São Paulo, 1970-80*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1991. 329 p.
303. SANDOVAL O., Hernan *Actividades de Salud Ocupacional en la Red de Servicios de Salud - Marco Conceptual. Documento de Trabajo 2. Seminario/Taller "Actividades de Salud Ocupacional en la Red de Servicios de Salud"*. Campinas: OMS/OPAS, 12-12 mar. 1984. [mimeo]
304. SANTA HELENA, Emani Programa de Atenção à Saúde do Trabalhador da Secretaria de Higiene e Saúde do Município de São Paulo. Reflexões sobre Saúde e Trabalho e Modelo de Atenção à Saúde, s.l., fev. 1989. 8 p. [mimeo]
305. SANTOS, Antonio Cardozo dos *Efeitos Renais Crônicos em Trabalhadores Expostos a Chumbo e suas relações com pressão arterial*. Tese (Doutorado em Saúde Pública) DSA, FSP, Usp, 1992. [mimeo]
306. SANTOS, Orlando de B. *Psicologia Aplicada e Psicotécnica em São Paulo*. *Bol. Psicol.*, v. XXVI, n. 69, p. 101-104, 1975.
307. SANTOS, Ubiratã de Paula, CARMO, José Carlos do, WÜNSCH FILHO, Vitor et al. Sistema de Vigilância Epidemiológica para Acidentes de Trabalho: Experiência da Zona Norte do Município de São Paulo (Brasil). *Rev. Saúde públ.*, v. 24, n. 4, p. 286-293, 1990.
308. SATO, Ademar K. *Estudo sobre Acidentes do Trabalho no Brasil. Relatório Final*. Brasília, DF.: IPEA, 1980. [mimeo]
309. SATO, Leny *Abordagem Psicossocial do Trabalho Penoso: Estudo de Caso de Motoristas de Ônibus Urbano*. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Social, PUC, SP, 1991. [mimeo]
310. _____, ARAUJO, Maristela Dalbelo, IDIHARA, Maria L. et al. Atividade de Grupo com portadores de L.E.R. e achados sobre a dimensão psicossocial. *Rev. bras. de Saúde ocup.*, v. 21, n. 79, p. 49-62, jul./ago./set/ 1993.
311. SCHRAIBER, Lilia Blima (org.) *Programação em Saúde Hoje*. São Paulo: HUCITEC, 1990. 226 p. Cap. 1 e 2.
312. SCHUMACKER, Lidia C. P. *Análise dos Atendimentos Realizados pelo Serviço Médico de Empresa Siderúrgica na Região Sudeste, Brasil, 1986 a 1990*. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) DSA, FSP, Usp, 1994. [mimeo]
313. SECRETARIA de ESTADO da SAÚDE (SES) Resolução SS-69 de 18/10/84, D.O.E. 19/10/84, Seção I, p. 9.
314. _____ Resolução SS-182, de 02/06/87. D.O.E. 03/06/87, Seção I, p. 15.
315. _____ Resolução SS-105, de 30/06/88. D.O.E. 01/07/88, Seção I, p. 12.
316. _____ Resolução SS-307, de 14/8/91. D.O.E. 15/08/91, Seção I, p.17-18.
317. _____ Resolução SS, de 08/06/92. D.O.E. 09/06/92, Seção I, p. 16-17.
318. _____ Resolução SS-184, de 8/06/93. D.O.E. 9/06/93, Seção I, p. 12-13.
319. SECRETARIA de ESTADO da SAÚDE/COORDENADORIA de SERVIÇOS TÉCNICOS ESPECIALIZADOS/INSTITUTO de SAÚDE *Seminário Estratégias para a Implantação de Ações de Saúde do Trabalhador na Rede Básica da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Relatório*. São Paulo, 1984, 12p. [mimeo]
320. _____ *Seminário Estratégias para a implantação de ações de Saúde do Trabalhador na rede básica da SES. Justificativa e Objetivos*. São Paulo, s.d., 4p. [mimeo]
321. _____ *Seminário Estratégias para a ... Relatório Final*. São Paulo, 1984. 8 p. [mimeo]

322. _____ Projeto de Saúde do Trabalhador para a Região de Cubatão. São Paulo, s.d., 8 p. [mimeo]
323. _____ Relatório Final. Avaliação dos PSTs. Grupo Tarefa. São Paulo, mai. 1988, 40 p + anexos. [mimeo]
324. _____ Programa de Saúde do Trabalhador. Projeto de Investigação Epidemiológica sobre Silicose nas Indústrias de Cerâmica do Município de Pedreira - SP. São Paulo, set. 1985. 31 p. [mimeo]
325. SES/GEPRO de SAÚDE do TRABALHADOR/Grupo Tarefa - Avaliação dos Programas de Saúde do Trabalhador. Proposta de Normatização do Programa de Atenção à Saúde do Trabalhador Rural e Vigilância Epidemiológica e Sanitária em intoxicações por Agrotóxicos. São Paulo, 06/06/88. 30 p. [mimeo]
326. SES/INSTITUTO de SAÚDE Análise Crítica das Atividades e Metas do PST. s.l., s.d. 30p. [mimeo]
327. SECRETARIA de ESTADO da SAÚDE/INSTITUTO de SAÚDE/SINDICATO dos TRABALHADORES nas INDÚSTRIAS QUÍMICAS e FARMACÊUTICAS de SANTO ANDRÉ/DEPARTAMENTO INTERSINDICAL de ESTUDOS e PESQUISAS de SAÚDE e dos AMBIENTES de TRABALHO *Programa de Atenção à Saúde do Adulto: Projeto de Atenção à Saúde do Trabalhador Químico do ABC*, s.l., 1984. 18 p. [mimeo]
328. SES/SUDS R-52 Programa de Saúde do Trabalhador do SUDS - R - 52. *Balanco de 1989*. s.l., 1990, 123 p. [mimeo]
329. SELIGMAN SILVA, Edith Crise Econômica, Trabalho e Saúde Mental. In: ANGERAMICAMON, Valdemar Augusto (org.) *Crise, Trabalho e Saúde Mental no Brasil*. São Paulo: Traço, 1986. 159 p. p. 54-132
330. _____ Pesquisas Brasileiras em Saúde Mental e Trabalho. In: I Seminário Nacional de Saúde e Trabalho (SENAST). *Anais*. Ribeirão Preto: Núcleo de Estudos sobre Saúde e Trabalho. EERP-USP, 1991. p. 112-154
331. _____ *Desgaste mental no trabalho dominado*. Rio de Janeiro: Editora UFRJ; Cortez, 1994. 322 p.
332. _____, DELIA, Agda A. & SATO, Leny Trabalho e Saúde Mental dos Bancários. *Relatório de Pesquisa*. São Paulo: DIESAT, 1985. [mimeo]
333. _____ A Saúde na Área Operativa do Metrô de São Paulo. Relatório de Pesquisa. São Paulo: DIESAT-Sindicato dos Metroviários, 1986. [mimeo]
334. SEPULVEDA, Jaime S. Crisis y salud de los trabajadores en la America Latina. *Cuadernos Medico Sociales*, v. 40, p. 5-24, 1987.
335. SILVA, Edgard Pereira da *Condições de Saúde Ocupacional dos Lixeiros de São Paulo*. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) DSA, FSP, Usp, 1973. [mimeo]
336. SILVA, José P. A Crise da Sociedade do Trabalho em Debate. *Lua Nova*, v. 35, p. 167-181, 1995.
337. SILVA, Luiz Felipe *Acidentes do Trabalho com máquinas: estudo a partir do Sistema de Vigilância do PST da Zona Norte-SP em 1991*. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) DSA, FSP, Usp, 1995. [mimeo]
338. SILVA, Zélia Lopes da *A Domesticação dos Trabalhadores nos anos 30*. São Paulo: Marco Zero-CNPq, 1990, 151 p.
339. SIMÃO, Azis *Sindicato e Estado*. São Paulo: Dominus, 1966. 227 p.
340. SINDICATO dos QUÍMICOS e PETROQUÍMICOS do ABC *Confira seus direitos*. *Dissídio Coletivo 93/94*.
341. SINGER, H. A genealogia como procedimento de análise. In: ADORNO (org.), *op. cit.*, p. 17-27.
342. SINGER, Paul I. *A crise do "Milagre": interpretação crítica da economia brasileira*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1976. 2ª ed. 167 p.

343. _____, CAMPOS, Osvaldo e OLIVEIRA, Elizabeth Machado de *Prevenir e Curar: O controle social através dos serviços de saúde*. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1988. (Ensaio de Economia) 166 p. 3ª ed.
344. SOTO, José Manuel O. Gana, ZIDAN, Leila Nadin et. al. Levantamento do Risco Potencial de Silicose (Estudo Realizado em Indústrias Cerâmicas do Município de Pedreira, São Paulo) *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, v. 9, n. 39, p. 71-108, 1981.
345. SPÍNOLA, Ademário G. *Serviços médicos de empresas industriais em Salvador e Centro Industrial de Aratu*. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) Departamento de Saúde Ambiental, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 1973. [mimeo]
346. STOTZ, Eduard Navarro & NETO CRUZ, Otávio Processo de Trabalho e Saúde - o caso de trabalhadores em curtume. In: COSTA, Nilson do Rosário, RAMOS, Célia Laeitão, MINAYO, Maria Cecília et al. (orgs.) *Demandas populares, políticas públicas e saúde*. v. II Movimentos Sociais e Saúde. Petrópolis: Vozes-ABRASCO, 1989, 184p. p. 37-73 (Coleção Saúde e Realidade Brasileira)
347. SUSSEKIND, Arnaldo A idéia da instalação do Centro Nacional de Segurança, Higiene e Medicina do Trabalho. *Rev. bras. de Saúde ocup.*, v. 1, n. 1, p. 6-8, 1973.
348. SZASZ, Andrew Accidente proneness: the trajectory of an ideological concept. *Psychology and Social Theory*, v. 4, p. 25-35, 1984.
349. TAMBELLINI, Anamaria Testa A política oficial de desenvolvimento científico e tecnológico no Brasil na área de Saúde e Trabalho: Discurso e Prática. In: ABRASCO *Ensino de Saúde Pública, Medicina Preventiva e Social no Brasil*. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1984. p. 11-38
350. _____ Da Medicina do Trabalho à Saúde do Trabalhador. (palestra) In: *Anais. V Congresso da Associação Nacional de Medicina do Trabalho*. Florianópolis, Santa Catarina, 1987.
351. _____ A Medicina do Século XX no Brasil. Congresso Internacional de Americanistas. Amsterdam, 4-8 jul 1988. [mimeo]
352. _____ Notas provisórias sobre uma tentativa de pensar a saúde em suas relações com o ambiente. *Espaço por uma Rede Trabalho, Saúde e Modos de Vida*, v. 2, n. 1-2, p. 12-16, jun. 1996.
353. _____ et al. *Política Nacional de Saúde do Trabalhador: análises e perspectivas*. Rio de Janeiro: ABRASCO, ENSO, FIOCRUZ, CESTEH, 1986. 90 p. [mimeo]
354. TAMBELLINI-AROUCA, Anamaria *Contribuição à Análise Epidemiológica dos Acidentes de Trânsito*. Tese (Doutorado) Departamento de Medicina Preventiva e Social, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, 1975. [mimeo]
355. _____, Anamaria O Trabalho e a Doença. In: Guimarães, Reinaldo (org.) *Saúde e Medicina no Brasil: contribuição para um debate*. Rio de Janeiro: Graal, 1978. 280 p. p. 93-119
356. TAYLOR, George J. & GONDIM, Pedro M. Desenvolvimentos recentes de Higiene Industrial no Brasil. *Rev. do Sertv Especial de Saúde públ.*, v. VII, n. 2, p. 583-593, jun. 1955.
357. TEIXEIRA, Sonia Maria Fleury As ciências sociais em saúde no Brasil. In: NUNES (org.), *op. cit.*, 1985, p. 87-109.
358. _____ (coord.), GIOVANELLA, Ligia, GERSCHMAN, Silvia Vitória et al. *Antecedentes da Reforma Sanitária*. Rio de Janeiro: ENSP, 1988. 70p. (Textos de Apoio)
359. TODESCHINI, Remigio Carta à presidência da Comissão de Saúde do Trabalhador (COST). São Paulo: DIESAT, 24/09/87.
360. TOLOSA, Dora Elisa R. *Avaliação das Condições de Trabalho dos Servidores Braçais da Prefeitura Municipal de Botucatu: Levantamento das Condições de Trabalho e Estudo de Morbidade*. Dissertação (Mestrado em Medicina) DMPS, FCM, Unicamp, 1989. [mimeo]
361. TRAPÉ, Angelo Zanaga et al. Projeto de Vigilância Epidemiológica em Ecotoxicologia de Pesticidas. *Rev. bras. de Saúde ocup.*, v. 47, n. 12, p. 12-17, 1984.

362. _____ Vigilância Epidemiológica em Agrotóxicos. *Rev. bras. de Saúde ocup.*, v. 48, n. 12, p. 15-21, 1984.
363. USSIER, Jorge Luiz Fundamentos para a participação dos trabalhadores, através de seus Sindicatos ou Órgãos de Classe, nas ações de fiscalização do ambiente de trabalho. São Paulo: Ministério Público do Estado de São Paulo, mar. 1992. 2 p. [mimeo]
364. VIANA, Geraldo L. A Meta é o Homem. *Rev. bras. de Saúde ocup.*, v. 1, n. 1, p. 5, 1973.
365. VIANA, Luiz Werneck *Liberalismo e Sindicato no Brasil*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1976. 288p. (Coleção Estudos brasileiros, v. 12)
366. VIDAL, Elizabete Q. & BRUNET, M.M. Los Paradigmas de la Psicología Industrial-Organizacional: Perspectiva Histórica. *Rev. de Psicol. Geral y Apl.*, v. 39, p. 167-190, 1984.
367. WAKAMATSU, Celina T. *Contribuição ao estudo da Exposição Profissional ao Benzeno em Trabalhadores das Indústrias de Calçados, São Paulo*. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) DSA, FSP, Usp, 1976. [mimeo]
368. WEED, Donald L. Historical roots of the Health Worker Effect. *J Occup. Medicine*, v. 28, n. 5, p. 343-347, 1986.
369. WEFFORT, Francisco C. Participação e Conflito Industrial: Contagem e Osasco, 1968. *Cadernos CEBRAP*, n. 5, São Paulo, 1972.
370. WISNER, Alain *Por dentro do trabalho: ergonomia, método & técnica*. Tradução por Maria Gomide Vezzà. São Paulo: FTD-OBORÉ, 1987, 189 p. Tradução de Analyse de la situation de travail, méthodes et critères.
371. WORLD HEALTH ORGANIZATION *Meeting on Organization of Health Care for Small Industries*. Geneva: WHO, 22-27 July 1975. [mimeo]
372. _____ *Alma Ata 1978: Primary Health Care*. Geneva: WHO, 1978.
373. _____ *Primary Health Care and Working Populations*. Geneva: WHO, 13-16 Apr. 1982. (WHO/OCH/82.2) [mimeo]
374. _____ Particular Relevance of Primary Health Care to Industrialized Countries. In: *Euro-Reports and Studies*, n. 95, p. 13-17, Bourdeaux, 14-18 Nov 1983. p. 19.
375. _____ Occupational health services an overview. RANTANEN, J. (ed.) Copenhagen, 1990. [WHO Regional Publications. European Series, n. 26].
376. ZAVARIS, Cecilia *Avaliação da Utilização Industrial de Mercúrio Metálico no Estado de São Paulo e Aplicação de Metodologia de Intervenção nas Condições de Trabalho*. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) DSA, FSP, Usp, 1994. [mimeo]