

Cuidar de quem cuida: Saúde do Trabalhador num cenário de precarizações

Caring for the carers: Worker Health in a precariousness scene

Francineide Silva Sales Abreu*

A condução da Política de Saúde tem ocasionado impactos diversos sobre as ações em Saúde do Trabalhador voltadas para o corpo de funcionários de hospitais. Assim, além das demandas postas para as equipes de saúde do trabalhador, a própria concepção sobre esse campo é afetada pela lógica da precarização das condições de reprodução social dos trabalhadores das equipes multiprofissionais das unidades de saúde.

The management of health policy has caused many impacts on actions regarding workers' health in hospitals. Besides the demands imposed on the health units staff, the conception of the field is affected by the logics of precariousness of the working place, and social reproduction of those working in multi-professional health units.

Palavras-chave: Saúde do Trabalhador. SUS. Trabalho.

Keywords: Workers' Health. SUS. Work. Precariousness.

Introdução

Com a valorização do mundo das coisas, aumenta em proporção direta a desvalorização do mundo dos homens. (Karl Marx)

O presente artigo tem como objetivo refletir a respeito de alguns impactos da gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) sobre as demandas postas às equipes de Saúde do Trabalhador em hospitais, bem como sobre concepções que orientam as ações nesse campo. Dessa forma, emergem como temas fundamentais para o debate, a consistência dos conceitos de saúde, integralidade e saúde do trabalhador; a precarização do trabalho; e os desafios postos à saúde do trabalhador enquanto campo da saúde coletiva.

Na primeira parte do texto será retomada a amplitude do conceito de saúde inscrito no marco legal da Política, bem como sua relação com a integralidade, como diretriz que, articulada à descentralização administrativa, norteia as ações e a organização dos serviços em rede do SUS. Em seguida, a categoria trabalho, a partir da perspectiva marxista, é trazida ao debate no sentido de desvelar processos de precarização que

* Mestre em Serviço Social pela PUC Rio. Assistente Social do quadro de Servidores Públicos do Ministério da Saúde, membro da equipe técnica de Saúde do Trabalhador do Hospital Federal dos Servidores do Estado, Rio de Janeiro/RJ - Brasil

tomam lugar na contemporaneidade, a partir da crise do capital da década de 70 e da reestruturação produtiva.

Num terceiro momento é a saúde do trabalhador e as especificidades de sua construção no espaço de trabalho hospitalar que são debatidas, num movimento de reflexão sobre a diversidade de concepções que envolvem o campo e o impacto do sucateamento do SUS sobre a mesma.

Saúde e integralidade: entre a hegemonia teórico-legal e as práticas sanitárias

O marco legal do Sistema Único de Saúde (SUS) parte do conceito ampliado¹ de saúde que, ao apontar para além da ausência de doença, indica uma diversidade de fatores condicionantes e determinantes, desde o lazer até o trabalho, passando pela alimentação e o acesso a bens e serviços essenciais. Portanto, não por um simples preciosismo dos legisladores, o texto da Lei orgânica da saúde (LOS), de 1990, ressalta em seu artigo 3º que os “níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do país”. A Constituição Federal, por sua vez, define, no artigo 196, a saúde como “direito de todos e dever do Estado”, garantindo a universalidade e rompendo com uma tradição histórica de acesso à saúde definido por critérios combinados entre inserção sócioeconômica, contribuição e perfil da atividade laborativa – no campo ou na cidade, empregado ou autônomo, dentre outros – tendo em vista a íntima ligação entre saúde e previdência social². Cabe, aqui, ressaltar a importância do Movimento de Reforma Sanitária por ser esse uma referência na luta pela construção de um Sistema Unificado de Saúde baseado nos conceitos de universalidade, integralidade, descentralização e participação popular, que tem suas origens na década de setenta e conta com a participação de entidades como o CEBES (Centro Brasileiro de Estudos de Saúde), a ABRASCO (Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva), o IMS (Instituto de Medicina Social da UERJ), dentre outras. O processo de construção do texto constitucional e da LOS é marcado pelo embate entre os representantes desse movimento, portanto defensores de uma saúde pública e universal, e dos representantes dos interesses do mercado, como a indústria farmacêutica e os planos de saúde. Destaca-se, ainda, a VIII Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em 1986, na qual os conceitos e bandeiras do Movimento de Reforma Sanitária constituem a base de fundamentação das propostas presentes no texto final do encontro.³

¹ Conforme a definição da Organização Mundial de Saúde (OMS) preconizada na carta de princípios de 1948, saúde “é o estado do mais completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de enfermidade”. Sobre a história do conceito de saúde, bem como as discussões em torno da definição ampliada (considerada até mesmo utópica pelos críticos) da OMS, cf (SCLAR, 2007).

² Quanto à trajetória da política de saúde no Brasil e sua umbilical relação com a previdência ao longo da história conferir Oliveira & Teixeira (1985).

³ Quanto à trajetória da política de saúde no Brasil e sua umbilical relação com a previdência ao longo da história conferir Oliveira & Teixeira (1985).

Ao situar o atendimento integral, ao lado da participação da comunidade e da descentralização político-administrativa, como diretriz, a Constituição Federal afirma a importância de uma assistência voltada para os sujeitos como um todo, levando em conta, entre outros aspectos, suas condições de vida e trabalho. A lei 8.080, de 1990, dispõe, por sua vez, a integralidade no rol de princípios, significando um “conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema”⁴. O fato é que, seja diretriz ou princípio, a integralidade articula-se à descentralização político-administrativa ao tomar corpo a partir da hierarquização e da regionalização da rede de serviços.

Cabe ressaltar, entretanto, que a integralidade esbarra na insistente presença de uma concepção de saúde que, ainda que invisível em textos e regulamentações oficiais, emerge na gestão, em discursos e em práticas cotidianas no interior do SUS, ou seja, uma concepção biomédica, que distancia-se da ênfase no trabalho interdisciplinar, do atendimento integral e, conseqüentemente, da premente necessidade de articulação entre níveis e serviços da rede SUS. Aliás, chama atenção o fato de que a perda da hegemonia conceitual da saúde centrada na visão biomédica não necessariamente se traduz na perda de hegemonia das práticas em saúde, o que pode ser observado de formas diversas. (MINAYO, 1997). Nas palavras da autora,

O conceito de saúde coletiva (que hoje fundamenta a própria política de saúde) enfoca a saúde sob um prisma abrangente, que inclui trabalho, lazer, alimentação, condições de vida, indo ao encontro tanto da fala experiencial, vivida, da classe trabalhadora, como da fala mais organizada dos sindicatos, que expressam o pensamento mais elaborado, via intelectuais orgânicos dessa classe. O que se percebe no movimento da saúde coletiva é o seu caráter minoritário, de resistência, diante da visão medicalizada que entende o setor como o conjunto de instituições e práticas curativas, haja vista a baixa remuneração dos que atuam nos programas preventivos e de atenção básica e a alta proporção do orçamento voltado para as atividades curativas. (MINAYO, 1997, p.38)

Além das questões pertinentes à remuneração dos profissionais, Minayo (1997) discute o fato de que, durante as consultas, as condições de vida não são levadas em conta, ao mesmo tempo em que a fragmentação da formação e da intervenção profissional leva a uma perspectiva parcial sobre o lugar do corpo que precisa ser “consertado” de forma isolada. Na atenção aos trabalhadores que buscam o registro de acidente de trabalho, por exemplo, são comuns os relatos em que a iniciativa de caracterizar o ocorrido como evento relacionado ao trabalho parte somente do acidentado, tendo em vista que o profissional de saúde que presta a assistência não faz perguntas a respeito de suas atividades. Se a materialidade da integralidade gera discussões intensas, no tocante à assistência prestada à população usuária do SUS,

⁴ De acordo com o artigo 7º, inciso II.

no que concerne aos profissionais de saúde que atuam no sistema, observa-se um nó de expectativa frente às lacunas encontradas, explicitado a partir de demandas postas às equipes de Saúde do Trabalhador das unidades onde exercem suas atividades laborais. Dito de outro modo, ao esbarrar nas impossibilidades da rede SUS, traduzida usualmente como “epidemia do não”, trabalhadores da saúde como assistentes sociais, enfermeiros, fisioterapeutas, médicos, técnicos de enfermagem, odontólogos, dentre outros, terminam por dirigir às equipes de saúde do trabalhador dos locais onde prestam assistência, uma expectativa de atendimento de demandas não acolhidas na rede⁵, ou, pelo menos, de abertura de portas de entrada, na medida em que aquelas previstas no sistema não se concretizam.

O trabalho nas unidades de saúde e sua precarização – expressa, entre outros aspectos, pela falta de material, pelas perdas salariais e pela implantação de processos de gestão, que cada vez mais atribuem aos profissionais a responsabilidade pelas lacunas do sistema – povoam os diálogos formais ou informais. Também refletem na atenção prestada à população usuária, além de apresentarem importantes desdobramentos sobre a saúde das equipes multidisciplinares. Para discutir esse tema, entretanto, faz-se necessário, primeiramente, retomar alguns pontos relativos à categoria trabalho e seus contornos na sociedade capitalista pós-reestruturação produtiva.

Trabalho, alienação e fragmentação da classe trabalhadora

Começemos com Marx e um pouco de sua elaboração a respeito da categoria trabalho. De acordo com o autor, o trabalho constitui

um processo entre o homem e a Natureza, um processo em que o homem, por sua própria ação, media, regula e controla seu metabolismo com a Natureza. Ele mesmo se defronta com a matéria natural como uma força natural. Ele põe em movimento as forças naturais pertencentes a sua corporalidade, braços e pernas, cabeça e mão, a fim de apropriar-se da matéria natural numa forma útil para sua própria vida. Ao atuar, por meio desse movimento, sobre a Natureza externa a ele e ao modificá-la, ele modifica, ao mesmo tempo, sua própria natureza. (MARX, 1996, p. 297)

Historicamente a transformação da natureza consiste num processo que vai ao encontro das demandas do homem, como ser social, que se relaciona não apenas com o ambiente ao seu redor, mas com os outros homens. Assim, quer seja para alimentar-se, abrigar-se do frio ou do calor, repousar ou iniciar uma atividade de lazer, o trabalho produz não somente a satisfação de uma necessidade própria do trabalhador, mas também provoca transformações na sociedade. Como afirma Lessa (1999),

⁵ Na parte final do artigo esse tema voltará a ser objeto de reflexão.

todo ato de trabalho produz muito mais que o objeto que dele resulta imediatamente. Ele produz, no plano objetivo, uma nova situação histórica e, no plano subjetivo, novos conhecimentos e habilidades que vão se tornando cada vez mais socializados com o passar do tempo. (LESSA, 1999, p. 26)

Se nas sociedades primitivas o trabalho se desenvolveu como meio de atender às necessidades de sobrevivência do homem, ou seja, sua subsistência, com o advento da sociedade burguesa, é construído um processo de alienação do trabalho na medida em que não mais as necessidades próprias do trabalhador são atendidas, mas as de outrem, ou seja, é a acumulação de capital que determina a condição do trabalho. Como a venda da força de trabalho é estabelecida como único caminho disponível ao trabalhador, o processo de estranhamento frente ao trabalho se constitui como característica própria e inexorável do capitalismo. Assim, com a consolidação da burguesia como classe dominante e, portanto, da acumulação de capital como finalidade da produção de riqueza, o processo de distanciamento / estranhamento do trabalhador dos objetivos de seu próprio trabalho tende a aprofundar-se. De acordo com Lessa (1999),

O homem passa a desdobrar relações sociais de exploração, a vida social é cada vez mais baseada na violência que possibilita que uma classe viva do trabalho (e da miséria, portanto) da outra; em suma, os homens passam a produzir a sua própria desumanidade. A alienação nada mais é que isto: a desumanidade socialmente produzida pelos próprios homens. (LESSA, 1999, 28)

Desde a década de setenta, em função de um novo ciclo de crise do capital⁶, o conjunto de ideias neoliberais, que recupera as proposições de Friedrich Von Hayek – “uma reação teórica e política veemente contra o Estado intervencionista e de bem-estar”. Como afirma Anderson (1995) – contribui para a configuração de um processo de “acumulação flexível”, nos termos de Harvey (1993), no qual intensas transformações relativas à gestão do trabalho, ao processo de produção e comercialização de mercadorias, à organização dos sistemas financeiros (orientada pela menor – ou praticamente nula – regulação do Estado), dentre outras, entram em vigor nos países centrais, cujas experiências são exportadas ao longo da periferia do capitalismo. Assim, à face frágil do Estado no sentido dos gastos sociais e da regulação do mercado, combina-se – conforme as proposições neoliberais – um Estado forte na tarefa de fragilizar os sindicatos e na restauração da taxa de desemprego, o que significa dizer, que a classe trabalhadora constitui alvo preferencial da regulação do Estado, no sentido da desconstrução de sua organização e, por que não dizer, de sua própria identidade de classe. (PERRY ANDERSON, 1995)

⁶ Vale lembrar que no ciclo de crise anterior – aquele característico do início do século XX e que teve na quebra da Bolsa de Nova York seu evento paradigmático – o capital encontra no pacto fordista-keynesiano uma alternativa para retomar os níveis de acumulação, através da articulação entre a garantia do pleno emprego, do mercado consumidor e da expansão de uma produção massificada.

Para Ricardo Antunes (2006),

O mais brutal resultado dessas transformações é a expansão, sem precedentes na era moderna, do desemprego estrutural, que atinge o mundo em escala global. Pode-se dizer, de maneira sintética, que há uma processualidade contraditória que, de um lado, reduz o operariado industrial e fabril; de outro, aumenta o subproletariado, o trabalho precário e o assalariamento no setor de serviços. Incorpora o trabalho feminino e exclui os mais jovens e os mais velhos. Há, portanto, um processo de maior heterogeneização, fragmentação e complexificação da classe trabalhadora. (ANTUNES, 2006, p. 46)

Tal processo de heterogeneização, fragmentação e complexificação da classe que vive do trabalho é expresso através da diversidade de regimes de contratação observados, não raro, no interior de uma mesma empresa ou instituição, onde atuam lado a lado trabalhadores temporários, terceirizados, em regime parcial etc.⁷ Sem dúvida, o impacto desse processo sobre a organização da classe trabalhadora é contundente, como analisa Antunes (2006). Ao abordar o tema, o autor afirma que

Essas transformações, presentes ou em curso, em maior ou menor escala, dependendo de inúmeras condições econômicas, sociais, políticas, culturais etc., dos diversos países onde são vivenciadas, afetam diretamente o operariado industrial tradicional, acarretando metamorfoses no ser do trabalho. A crise atinge também intensamente, como se evidencia, o universo da consciência, da subjetividade do trabalho, das suas formas de representação. Os sindicatos estão aturdidos e exercitando uma prática que raramente foi tão defensiva. Distanciam-se crescentemente do sindicalismo e dos movimentos sociais classistas dos anos 60/70, que propugnavam pelo controle social da produção, aderindo ao acrílico sindicalismo de participação e de negociação, que em geral aceita a ordem do capital e do mercado, só questionando aspectos fenomênicos desta mesma ordem. Abandonam as perspectivas que se inseriam em ações mais globais que visavam a emancipação do trabalho, a luta pelo socialismo e pela emancipação do gênero humano, operando uma aceitação também acrílica da social-democratização, ou o que é ainda mais perverso, debatendo no universo da agenda e do ideário neoliberal. A brutal defensiva dos sindicatos frente a onda privatista é expressão do que estamos nos referindo. (ANTUNES, 2006, p. 42)

Nas unidades de saúde do SUS, tal fragmentação constitui uma realidade

⁷ Em instigante análise, ao tratar do caso brasileiro, Santos (2012) conclui que o binômio precarização/flexibilização constitui marca histórica agudizada, contudo não inaugurada pela reação burguesa à crise do capital dos anos 70. Na opinião da autora, tal fenômeno passa a adquirir maior relevo a partir da acumulação flexível, contudo, já se manifestava, entre outros aspectos, na informalidade, no subemprego e na alta rotatividade presente desde a formação do mercado de trabalho do país.

vivenciada no cotidiano. As propostas (e práticas) de precarização dos contratos de trabalho subsumidas numa diversidade de siglas e dispositivos⁸ – Organização Social (OS), Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP), Fundação, Empresa Hospitalar, Contratos Temporários, etc. – caminham de forma sólida e articulada. São defendidas por gestores das três esferas de governo, principalmente quando a qualidade dos serviços prestados é questionada pela mídia em suas diversas modalidades. Nesse sentido, como provoca Bourdieu (1981), há que se questionar a real existência de uma “opinião pública”. Todo esse complexo processo de fragilização do trabalhador aprofunda ainda mais a carga social do trabalho, nos termos de Freire (2003), considerando questões afeitas as relações de poder que envolvem os processos de trabalho, bem como a própria manutenção do emprego.

Saúde do trabalhador: antecedentes históricos e desafios do contexto brasileiro

A trajetória das perspectivas e intervenções sobre os processos de trabalho, o ambiente e o trabalhador, tem sua origem no século XIX quando a Inglaterra abriga a introdução da medicina do trabalho, tendo em vista as consequências da industrialização observadas naquele tempo. Vale ressaltar que a improvisação dos espaços – como antigos estúbulos que passam a abrigar máquinas e homens – combinada à baixa luminosidade e circulação de ar, caracterizava as fábricas onde mulheres e crianças dividiam espaço com os demais trabalhadores em extensas jornadas de trabalho que ultrapassavam as dezessete horas diárias. Destaca-se, ainda, a intensidade do fenômeno histórico que foi a Revolução Industrial, considerando que sua dinâmica, para além da introdução da máquina à vapor no século XVIII, impõe um conjunto de transformações na indústria, no sistema de transportes, nas comunicações e na agricultura, etc. A partir de então o capitalismo passa a abarcar toda a economia, de modo que a sociedade se estabelece dispondo, de um lado, a burguesia – que é a classe proprietária dos meios de produção – e, de outro, o proletariado – que é a classe que recebe um salário em função da venda de sua única propriedade, ou seja, sua força de trabalho.

A obra de Máximo Gorki – *A mãe* –, de 1906, retrata a dura rotina do operário industrial exemplificada, entre outros elementos, pela precariedade do bairro e das casas e a obrigatoriedade do trabalho. Em um trecho o autor destaca:

Todos os dias, o apito pungente da fábrica cortava o ar esfumaçado e pegajoso que envolvia o bairro operário e, obedientes ao chamado, seres sombrios, de músculos ainda cansados, deixavam seus casebres, acanhados e escuros, feito baratas assustadas. Sob o amanhecer, seguiam pela rua esburacada em direção às enormes

⁸ Granemann (2007) discute as similaridades entre o Projeto de Fundação Estatal do Governo Lula e o projeto de Reforma do Estado de FHC, capitaneada por Bresser Pereira.

jaulas de pedra da fábrica que os aguardava desdenhosa (...) Vozes sonolentas emitiam roucas saudações, palavrões dilaceravam, raivosamente, o ar. Mas eram diferentes os sons que acolhiam os operários: pesadas máquinas em funcionamento, o resfolegar do vapor (...)O dia consumia-se na fábrica, suas máquinas sugavam de seus músculos toda a energia de que necessitavam. Mais um dia irremediavelmente riscado de suas vidas, o homem dera mais um passo em direção ao túmulo, mas ele antevia, apenas, o gozo imediato do descanso, as alegrias do bar repleto de fumaça e sentia-se satisfeito.

As consequências da industrialização passam a ser objeto de preocupação da sociologia e da saúde pública durante o século XIX, tendo em vista as insatisfações e denúncias das condições de vida e trabalho dos operários de minas e fábricas na Inglaterra. De acordo com Mendes e Dias (1991), naquele contexto histórico, “o consumo da força de trabalho, resultante da submissão dos trabalhadores a um processo acelerado e desumano de produção, exigiu uma intervenção, sob pena de tornar inviável a sobrevivência e reprodução do próprio processo.” (MENDES; DIAS, 1991, 341)

A medicina do trabalho, dessa forma, emerge no sentido de garantir a manutenção da reprodução do processo de exploração da classe trabalhadora, através da ação exclusiva do profissional de medicina. A principal atribuição deste era de atuar na prevenção dos danos à saúde provocados pelos riscos presentes no ambiente de trabalho, sem entrar em conflito com os interesses do dono da fábrica.

Já no século XX, em 1959, a Conferência Internacional do Trabalho⁹, ao divulgar a recomendação para os Serviços de Medicina do Trabalho, reforça pelo menos três aspectos: a perspectiva de este se configurar num espaço estritamente médico; o bem-estar físico e mental dos trabalhadores como elemento dependente desta, atribuindo-lhe um status de onipotência; a ideia prevalente da adaptação à atividade laborativa, a partir da qual os trabalhadores, como alvo de atividades educativas, deveriam ser adaptados às condições oferecidas pelos empregadores.

A produtividade constitui, portanto, a meta efetiva da medicina do trabalho, o que, aliás, articula-se aos objetivos da Administração Científica do Trabalho elaborados por Taylor e aprofundados por Henry Ford. Tal combinação justificaria a atribuição a este último da frase: “o corpo médico é a seção de minha fábrica que me dá mais lucro”. De acordo com Oliveira e Teixeira (1985), justifica-se a conclusão de que seria medicina do trabalho uma importante ferramenta no processo de acumulação de capital por diversos fatores característicos do desenvolvimento das ações dessa área no interior das fábricas. Seguindo os autores,

Em primeiro lugar, a seleção de pessoal, possibilitando a escolha de uma mão-de-obra provavelmente menos geradora de problemas futuros como o absentismo e suas consequências (interrupção da

⁹ A Conferência é promovida pela Organização Internacional do Trabalho – OIT -, fundada em 1918.

produção, gastos com obrigações sociais etc.). Em segundo lugar, o controle deste absentismo na força de trabalho já empregada, analisando os casos de doenças, faltas, licenças, obviamente com mais cuidado e maior controle por parte da empresa do que quando esta função é desempenhada por serviços médicos externos a ela, por exemplo, da Previdência Social. Outro aspecto é a possibilidade de obter um retorno mais rápido da força de trabalho à produção, na medida em que um serviço próprio tem a possibilidade de um funcionamento mais eficaz nesse sentido, do que habitualmente ‘morosas’ e ‘deficientes’ redes previdenciárias e estatais, ou mesmo a prática liberal sem articulação com a empresa. Um último elemento a apontar é a política de pessoal mais ‘atraente’ que a posse de serviços médicos próprios possibilita, ao afastar os empregados tanto dos gastos individuais com saúde quanto das filas e outros empecilhos frequentes nas Previdências Sociais e outros órgãos assistenciais. Os resultados desse último aspecto são coisas tais como melhor desempenho na competição interempresarial por mão-de-obra qualificada, ‘paz social’ no interior da empresa, etc..” (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1985, p. 223).

A conjuntura pós-segunda guerra mundial traz à tona os desdobramentos da submissão a condições ainda mais aviltantes de trabalho, da incrementação do parque industrial com a introdução acelerada de novas tecnologias, os quais provocam insatisfação entre trabalhadores – vítimas de acidentes cada vez mais frequentes – e empregadores – preocupados com a possibilidade de redução da produtividade em função dos afastamentos. Nesse momento, revela-se a impotência da medicina do trabalho no enfrentamento dessa problemática. A Saúde Ocupacional, como campo da Saúde Ambiental ou da higiene industrial surge, portanto, como campo multidisciplinar, voltado para a higiene industrial, a partir da estratégia de intervir nos locais de trabalho para controlar os riscos ambientais. No final da década de 40, as discussões concernentes ao lugar da engenharia na relação trabalho e saúde fundamentavam-se na idéia de que esta compunha, juntamente com a medicina e com as ciências sociais, o tripé da Saúde Ocupacional. De acordo com Lacaz (2007), é exatamente nessa restrita interpretação da realidade que envolve o processo de trabalho em que se inscrevem alguns dos limites da abordagem da Saúde Ocupacional, tendo em vista a perspectiva que situa, de um lado, o trabalhador enquanto corpo (tratado como máquina) e, de outro, os agentes externos, ou seja, os fatores de risco. Assim, nas palavras do autor,

... os ‘limites de tolerância’ e ‘limites biológicos de exposição’, emprestados da higiene industrial e toxicologia, balizam a intervenção na realidade laboral, buscando ‘adaptar’ ambiente e *condições de trabalho* a parâmetros preconizados para a média dos trabalhadores normais quanto à suscetibilidade individual aos agentes/fatores (...) Daí deriva a importância dos exames admissionais e periódicos, realizados pelos Serviços Especializados de Medicina do Trabalho (SESMT) das empresas, na busca para

selecionar os mais hígidos, excluindo aqueles que apresentem algum ‘desvio’ da normalidade. (LACAZ, 2007, p.759).

É a partir da reflexão em torno dessas lacunas que emerge, na década de 60, o conceito de Saúde do Trabalhador, no sentido de romper com a trajetória de uma intervenção que historicamente traz a marca da subalternização e da adaptação do trabalhador aos interesses do capital, a despeito dos impactos observados em sua saúde. O papel do Modelo Operário Italiano na construção de uma metodologia de abordagem do processo de trabalho que tivesse como pressuposto o conhecimento, a experiência e, portanto, a perspectiva do trabalhador no lugar de uma concepção que privilegiava o saber técnico de equipes que determinavam as formas de intervenção sobre o ambiente de trabalho, com vistas à extração de uma maior produtividade – ou seja, de uma concepção fundada na organização capitalista do trabalho – é destacada por Cavalcanti (2011).

Conforme aponta Lacaz (2007), a Saúde do Trabalhador configura um campo de conhecimentos e práticas fundamentado na emergência da classe operária industrial, como ator social, numa dinâmica histórica marcada por transformações de cunho econômico, social e político. A concepção do trabalhador como sujeito, não mais como paciente/hospedeiro passivo de agravos proliferados pelo ambiente, traz à tona a premente necessidade de sua participação, como agente de transformação da realidade de trabalho em que se insere. A amplitude do campo – determinada pela superação de uma perspectiva restrita baseada na adaptação do ambiente de trabalho ao homem, bem como de cada homem ao seu trabalho – articula-se dialeticamente com a produção do conhecimento na medida que contribui com a configuração de políticas públicas marcadas pela participação de equipes técnicas e trabalhadores.

Se o núcleo de propagação da Revolução Industrial é a Inglaterra do século XVIII, de acordo com Miranda (1998), o Brasil ambienta o surgimento dos primeiros estabelecimentos fabris somente em 1840, e a introdução da máquina à vapor numa fábrica de tecidos em Itu (São Paulo) ocorre em 1869.¹⁰ Desse modo,

“... a relação entre trabalhadores e saúde aparece relativamente tarde na evolução jurídico-institucional de nosso país, sendo que as preocupações pela saúde dos trabalhadores brasileiros surgiram, inicialmente, nos estudos de médicos que se formavam pelas faculdades de medicina do Rio de Janeiro e da Bahia.” (MIRANDA, 1998, p.4).

Tendo em vistas as especificidades do caso brasileiro, faz-se necessário um debate para além da organização de instituições e aprovação de todo um escopo jurídico voltado para a questão da regulamentação do trabalho, sobretudo a partir de 1930. Assim, aspectos concernentes a nossa formação sócio-histórica são relevantes para

¹⁰ A experiência inglesa data de 1785.

a discussão da temática. De acordo com Caio Prado Jr (1991), dentre as marcas do “sentido da colonização” está o escravismo e seu impacto sobre o trabalho, do ponto de vista das relações sociais. Assim, é erigida uma herança revelada na cultura da violência, do abandono e na perpetuação de relações de compadrio e clientelismo que sustentam a percepção do não-direito no lugar das conquistas de cidadania. No tocante ao abandono, Faleiros (2010), ao analisar o tipo de contrato proposto pelo Departamento Estadual do Trabalho de São Paulo, em 1914, afirma:

...o patrão pode despedir um trabalhador por vagabundagem, negligência, alcoolismo e **doença prolongada**¹¹. Assim, para a oligarquia, os trabalhadores são abandonados à sua própria sorte em caso de doença. A ‘proteção’ concedida aos trabalhadores é de caráter paternalista e arbitrário... (FALEIROS, 2010, p. 46).

Não menos importante para o entendimento das relações de trabalho no Brasil é a subordinação do país aos interesses externos, resultando num processo de heteronomia histórica. (FERNANDES apud BEHRING; BOSCHETTI, 2008). Nesse sentido, o paralelo entre o aprofundamento do capitalismo monopolista – e sua busca por expansão dos níveis de acumulação para além das fronteiras dos países centrais – e o processo de regulamentação das relações entre capital e trabalho no Brasil, constitui mais do que uma sincronia, a partir da Revolução de 30. O governo que inaugura o fim da República Velha e conseqüentemente o ocaso do tratamento estritamente policalesco da “questão social”¹², tinha também a tarefa de promover uma modernização que possibilitaria transformar “a luta de classes em colaboração de classes”, como analisa Faleiros (2010). De acordo com o autor, o Decreto 19.760, de 1931, ou decreto de sindicalização é expressão viva dessa lógica de “colaboração de classes”, na medida em que estabelece a intervenção do Ministério do Trabalho no processo eleitoral dos sindicatos, inclusive proibindo debates e orientação política nas entidades. A preocupação com o saneamento de portos e ferrovias e posterior inauguração da lógica previdenciária das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), dirigidas para trabalhadores de empresas que atuavam nesse segmento, constitui, por seu turno, um dos fatores que dão concretude à dependência, tendo em vista ser, à época, a agroexportação do café a espinha dorsal da economia brasileira.

Do ponto de vista político, há que ser destacada, ainda, a Revolução Russa e a inspiração de um projeto alternativo à ordem burguesa que provoca impactos na densidade da organização da classe trabalhadora, com o fortalecimento do movimento operário e organização de partidos políticos de orientação anticapitalista. No Brasil toda uma conjuntura de insatisfação popular com as condições de vida e trabalho, articulada

¹¹ Grifo meu.

¹² De acordo com Netto (2001), “questão social” constitui expressão cunhada para caracterizar o fenômeno da expansão exponencial do pauperismo na Europa, no início do século XIX, como resultante do desenvolvimento das forças produtivas em níveis até então inimagináveis a partir da Revolução Industrial. A expressão está diretamente relacionada ao papel político da classe trabalhadora tendo em vista da exposição da desigualdade social, produto da apropriação privada da riqueza socialmente produzida, fenômeno inerente à ordem burguesa. Segundo o autor, a partir de meados do século XIX, a expressão passa a ser utilizada pelo pensamento conservador no sentido da naturalização do fenômeno.

à dinâmica de manutenção da ordem vigente, no período que marca o final da República Velha é refletida na ação da classe trabalhadora, de um lado, com a eclosão de movimentos grevistas, e do Estado em articulação com as elites, de outro, com a aprovação da Lei de Acidentes de Trabalho. Faleiros (2010), ao analisar a referida lei, afirma:

... Ao lado das caixas empresariais, de serviços próprios a cada empresa, um grupo de industriais adota o seguro em companhias privadas e a lei de 1919 transforma essa prática em uma obrigação geral para todas as empresas industriais. Os patrões, ao mesmo tempo, podem socializar os custos da nova obrigação pela constituição de cooperativas, de fundos comuns ou através das companhias. A prática relativamente restrita a um pequeno número de empresas torna-se geral pela intervenção do Estado, pois trata-se das maiores empresas que mantêm uma hegemonia econômica sobre as demais. Entretanto, o novo sistema não elimina o paternalismo/clientelismo, conservando ainda o arrajo extrajudicial entre patrões e operários, e mesmo o acordo feito pelas companhias não está isento desta característica. Para os patrões, assegurar os riscos de acidentes significa o pagamento de prêmios, um ônus reduzido ao mínimo, mas em contrapartida eliminam-se os longos e incertos acertos judiciais, e os conflitos por acidentes são transferidos do interior ao exterior da fábrica. (FALEIROS, 2010, p. 86).

Outro exemplo é o Código de Menores, aprovado em 1927, que também apresenta uma menção às condições de trabalho, ao proibir a inserção de menores de 12 anos em atividades laborativas, além de não permitir a menores de 18 anos o ingresso em atividades consideradas perigosas à saúde, fatigantes ou excessivas. A partir da Revolução de 30, conforme pontuado anteriormente, ocorre uma intensificação da participação do Estado no processo de regulação da dinâmica capital / trabalho, tanto por meio de instituições quanto de leis que terminam por compor o cenário da “colaboração de classes”, sendo exemplos desse processo a criação do Ministério do Trabalho, em 1930, da Carteira de Trabalho e Previdência Social, em 1932, e a revisão da Lei de Acidentes de Trabalho, que ocorre em 1934, não trazendo mudanças significativas quanto aos interesses da classe trabalhadora, mantendo os marcos da garantia dos custos mínimos para o patrões, além de sua autonomia dentro dos limites das fábricas. Destaca-se, ainda, o fato de ser mantida a intervenção policial no processo de anotação dos acidentes de trabalho, o que somente perde efeito no final da década de sessenta.

Ressalta-se que a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), de 1943, reserva um capítulo à Higiene e Segurança do Trabalho. O capítulo, além de ter seu título alterado para “Da Segurança e da Medicina do Trabalho”, recebe emendas e acréscimos em 1977. Outro aspecto que chama atenção é a presença da expressão “Tutela do Trabalho”, coadunada com a lógica paternalista do período, bem como do exercício do controle sobre os trabalhadores.

No período dos governos democraticamente eleitos, compreendidos entre 1946 e 1964, apesar de todo o escopo legal existente, são mantidas condições que impõem uma diversidade de riscos à saúde e segurança dos trabalhadores no país. Ao fazer referência a uma pesquisa realizada pelo SESI (Serviço Social da Indústria), em 1961, Faleiros (2010) destaca a direção da preocupação do patronato: o controle dos trabalhadores, sobretudo, sua aptidão ou inaptidão, mediante exames e atendimentos emergenciais que devolvessem a mão-de-obra para as indústrias. Enquanto isso, as condições de trabalho seguiam sem a devida atenção.

Durante o regime militar, em 1978, é emitida a Portaria 3.214 do Ministério do Trabalho, que aprova Normas Regulamentadoras (NRs) relativas à segurança e medicina do trabalho – NR 1 a NR 29. Já as Normas as Regulamentadoras Rurais – NRR – são aprovadas somente dez anos mais tarde. Em 1986, durante o processo de redemocratização do país, os debates em torno da construção do campo da Saúde do Trabalhador culminaram na I Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador que trouxe os seguintes temas norteadores:

1. Diagnóstico da situação de Saúde e Segurança dos Trabalhadores.
2. Novas Alternativas de Atenção à Saúde dos Trabalhadores.
3. Política Nacional de Saúde e Segurança dos Trabalhadores.

Vale ressaltar que, na época, todo um caldo cultural proveniente da atuação do movimento organizado dos trabalhadores – destacando-se a combatividade dos sindicatos de São Paulo, dentre eles de bancários, metalúrgicos e petroquímicos – e sua perspectiva crítica quanto às ações das equipes médicas no interior das empresas contribuí para a formulação de ideias e propostas que avançassem no campo da Saúde do Trabalhador. Lacaz (2007) enfatiza a importância da criação do DIESAT (Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde e dos Ambientes de Trabalho) no sentido da

discussão sobre o rompimento com o assistencialismo médico existente dentro dos sindicatos, nefasta herança dos tempos do Estado Novo, numa perspectiva de superá-lo, propondo que tal atribuição seja da rede pública de saúde. A assessoria técnica do DIESAT junto ao Sindicato dos Trabalhadores Químicos e Petroquímicos do ABCD teve relevante papel na superação do assistencialismo, contribuindo para que o sindicato propusesse, no ano de 1984, à Secretaria de Estado da Saúde (SES), o Programa de Saúde do Trabalhador Químico do ABC, experiência pioneira com efetiva participação sindical em sua gestão. (LACAZ, 2007, p. 7).

O marco legal erigido a partir da Constituição Federal de 1988 e consolidado na Lei Orgânica da Saúde, de 1990, expressa o acúmulo do Movimento de Reforma Sanitária, bem como do amadurecimento da perspectiva da relação trabalho / saúde,

quanto ao papel do poder público. O artigo 200 da Carta Magna demonstra tal processo ao elencar, entre as competências do SUS, a execução de ações de vigilância sanitária, vigilância epidemiológica e de saúde do trabalhador. É possível observar que os oito incisos que tratam das atividades concernentes à Saúde do Trabalhador previstos na Lei 8.080 apresentam um leque ampliado de ações que vão desde a prestação de assistência ao trabalhador acidentado até a participação em pesquisas sobre riscos e agravos existentes no processo de trabalho que possam afetar à saúde.

O tema da II Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador – 1994 – aponta uma tarefa primordial, ou seja: “Construindo uma Política de Saúde do Trabalhador”. Dentre as deliberações da IICNST, encontra-se a de que

Deve ser garantida a todos os setores da sociedade brasileira a universalização do acesso aos serviços de saúde, bem como a atenção integral em todos os níveis de assistência, de acordo com o perfil sócio-epidemiológico da população, com o estado do conhecimento científico-tecnológico e com as necessidades de atenção, promoção, tratamento e reabilitação em saúde, independentemente de os trabalhos serem da esfera pública ou privada, formal ou informal, da zona urbana ou rural, ou ainda terem ou não vínculo empregatício.” (MS, 2005, p.17).

Em 2002, através da Portaria n.º 1.679¹³, o Ministério da Saúde instituiu a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST), que, de acordo com o documento oficial, deveria atuar de forma articulada entre as três esferas de governo. A profundidade dos dilemas, avanços, recuos e mesmo incongruências da RENAST não caberiam nesse espaço, contudo, cabe observar a conotação de um paralelismo na rede assistencial do SUS, expresso no próprio lançamento da Rede através de um informativo oficial do Ministério da Saúde¹⁴, além da perspectiva assistencialista para o campo. (VASCONCELLOS, 2007) O autor ao retomar a história de construção da RENAST chama atenção para o fato de que, num encontro que teve lugar em Brasília¹⁵ no ano de 2000, do qual participaram técnicos e representante de programas de saúde do trabalhador de diversos estados da federação, a proposta ensejada distanciava-se exatamente de uma perspectiva assistencialista. Na opinião do autor,

O foco assistencialista favorece o olhar sobre a doença, mas além disso, a missão institucional dos centros, calcada em bases conceituais restritas, limita de forma intensa o objeto da política. O *policy-making* da área se perde em operações diagnósticas e terapêuticas de alcance restrito. (VASCONCELLOS, 2007, p. 258).

Sob o lema “Trabalhar, Sim! Adoecer, Não!”, a III Conferência Nacional de

¹³ A Portaria GM/MS, n.º 1068, de 2005 amplia a RENAST.

¹⁴ De acordo com o autor, a manchete inscrita no informativo é a seguinte: “trabalhadores terão rede de assistência no SUS”.

¹⁵ O autor identifica esse encontro como 1ª RENAST.

Saúde do Trabalhador, ocorrida em 2005 trouxe como um de seus eixos de discussão¹⁶ a seguinte questão: Como Garantir a integralidade e a transversalidade da Ação do Estado em Saúde dos (as) Trabalhadores (as)?

Lacaz (2007), tece uma análise crítica no sentido da ocorrência de uma inflexão no campo da Saúde do Trabalhador na atualidade, quer seja do ponto de vista da produção de conhecimento que revela a permanência de perspectivas unilaterais – ou melhor unidisciplinares – no tocante às abordagens, quer seja do ponto de vista do próprio debate sobre os rumos da saúde do trabalhador como campo de atuação interdisciplinar, intersetorial, tendo a saúde como espaço privilegiado de ação. O relatório final da III CNST traz em seu conteúdo elementos que corroboram as preocupações do autor, que deixa um alerta:

Percebe-se, que a fragilidade atual do movimento sindical, aliada à postura pouco engajada da academia e ao desenvolvimento de políticas públicas reducionistas, constrói um quadro de retrocesso no campo da Saúde do Trabalhador que é preciso combater, a partir do resgate dos pressupostos do campo e da crítica aos reducionismos perpetuados pela Saúde Ocupacional, apesar de se observar, ainda, a hegemonia do seu discurso. (LACAZ, 2007, p. 11).

Ainda que sem a pretensão de esgotar aspectos concernentes à trajetória histórica da saúde do trabalhador no Brasil, através de sua organização institucional, marco legal, articulações políticas e dilemas internos, cabem duas breves observações a respeito da formulação da política em âmbito nacional pertinente à área. A primeira delas diz respeito à própria nomenclatura utilizada na definição da Política na atualidade, ou seja, o Decreto nº 7.602, de 7 de Novembro de 2011 dispõe sobre a Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho – PNSST – e não do trabalhador, conforme o debate acumulado no processo de elaboração da política em Conferências e demais encontros. O enfoque parece retirar do trabalhador seu caráter de sujeito-ator integral que se reproduz para além do espaço de trabalho. A segunda diz respeito a um dos princípios da PNSST, ou seja, a “precedência das ações de promoção, proteção e prevenção sobre as de assistência, reabilitação e reparação;”, o que nos remete novamente à análise de Vasconcellos (2007) a respeito das questões conceituais e propositivas que envolvem o campo da saúde do trabalhador que terminam por esbarrar em divergências até mesmo internas, como no caso do Ministério da Saúde, relativas a seu *modus operandi*.¹⁷

¹⁶ Os outros eixos foram: Eixo 2 - Como incorporar a Saúde dos(das) Trabalhadores(as) nas Políticas de Desenvolvimento Sustentável no País?; Eixo 3 – Como efetivar e ampliar o controle social em Saúde dos(as) Trabalhadores(as)?

¹⁷ Sobre as fraturas internas do Ministério da Saúde e a consequente fragmentação das ações em saúde do trabalhador nas demais esferas, apesar da necessária integralização das mesmas, conferir Vasconcellos (2007).

Cuidar de quem cuida: apontamentos sobre a Saúde do Trabalhador em unidades hospitalares

Já foi objeto de análise no início do artigo a importância da articulação entre os conceitos de saúde (em sua perspectiva ampliada), integralidade e a organização do SUS através dos níveis de atenção. Nesse momento, pretende-se levantar algumas questões que são expressas no cotidiano da saúde do trabalhador a partir da dinâmica de ação em unidades hospitalares, que interagem de alguma forma com tais conceitos – em sua multiplicidade de interpretações, quer seja por gestores, quer por trabalhadores da saúde.

Vale ressaltar que tais reflexões se articulam, também, à permanência de práticas as quais remetem à perspectiva da Saúde Ocupacional, conforme alerta Lacaz (2007), ainda que obscurecidas pelo discurso da Saúde do Trabalhador, bem como de demandas postas às equipes de saúde do trabalhador que se distanciam do objeto de sua intervenção. Algumas das inquietações que se apresentam podem ser expressas nas seguintes perguntas:

- De que maneira a gestão do SUS – aqui pensada como Política e não como a mecânica de condução de uma política específica – interfere nas concepções em torno do campo da saúde do trabalhador, seus objetivos e ações, entre profissionais que fazem parte de equipes de saúde?

A expectativa em torno da conversão da Saúde do Trabalhador em porta de entrada para a assistência à saúde no SUS emerge na fala dos profissionais no cotidiano das unidades. Trabalhadores da saúde parecem experimentar o dilema de não se identificarem como usuários do sistema – nesse caso os repetidos discursos que associam o SUS a uma política, cuja atenção é dirigida “aos mais necessitados”, ou “aos mais pobres” ou, ainda, “aos que não podem pagar” funcionam como mecanismo de negação do recurso ao sistema – e, ao mesmo tempo, de vivenciarem a realidade do achatamento salarial que os empurra cada vez mais para o lugar daqueles com os quais não se identificam. Nesse sentido, o próprio significado do SUS em sua articulação com os ideais da Reforma Sanitária passa a ser esvaziado, gerando um problema de identidade mesmo entre seus trabalhadores. Aliás, sobre esse processo de distinção dos usuários do sistema a partir de uma perspectiva que se afasta cada vez mais dos conceitos da VIII Conferência de Saúde, o editorial da Revista Saúde em Debate nº 81 traz elementos interessantes ao discutir a fala do Secretário Estadual de Saúde de São Paulo numa entrevista à Folha de São Paulo, publicada em 2008:

Mesmo reconhecendo que o SUS atende a toda a população por meio de ações de vigilância e prevenção, ao identificá-lo como um plano de saúde, fica claro que a sua parte pública é o financiamento, podendo a atenção ser prestada por entes privados contratados ou entes públicos com gestão privatizada, deixando de lado a concepção original do SUS como um sistema público de saúde. Além disso, o

SUS também se afasta da sua doutrina originária, na qual é visto como sistema único de saúde, passando a ser um dos planos que estão disponíveis no mercado. Essa concepção vem ganhando adeptos entre aqueles que passam a usar o termo ‘SUS-dependentes’ para identificar os usuários que recorrem ao serviço público como aqueles que têm um vínculo de dependência com o sistema. Não se trata mais de um cidadão no gozo de seu direito, mas de um consumidor coberto por um plano público de saúde. Ou seja, esta é a defesa de um SUS que não é o SUS inscrito na Constituição de 1988 e na legislação ordinária e, portanto, faz parte de uma disputa de significados para esta política pública. (CEBES, 2009, p.4).

- Qual o impacto dos processos que envolvem a precarização das condições de trabalho sobre a saúde dos trabalhadores da área da saúde?

Apesar da diversidade de embates que ainda envolvem o SUS no que diz respeito a sua implementação de fato como política universal, relacionadas ao aporte de recursos, à divisão de responsabilidades, às sobreposições de ações, ao uso privado dos recursos públicos como se estes fossem uma extensão de interesses alheios ao da população, dentre outros, invariavelmente às respostas indicadas como solução para o “problema” do SUS aparecem na etiologia de autoridades, e especialistas de última hora, associados à necessidade de revisão dos contratos de trabalho, o que contribui para que terceirizações, OSs e outras fórmulas sejam apresentadas como remédio infalível. Enquanto isso, o cotidiano marcado pela escassez, de um lado, e pela demanda por resolutividade, de outro, passa em brancas nuvens, via de regra nos noticiários. Daí a relevância da reflexão de Higyno (2010),

Outras questões a serem enfrentadas por aqueles que defendem o SUS como uma política de direito universal, referem-se à responsabilização dos trabalhadores e as tentativas de acabar com o regime estatutário, considerado responsável pela falência do sistema. Vale ainda ressaltar as compras efetuadas pelo setor público dos serviços no setor privado, não sujeitas ao controle social sobre a prestação do serviço e acerca da transparência na apresentação dos gastos; a entrega ao setor privado da contratação da mão de obra, sem as exigências constitucionais de realização de concurso público. (HIGYNO, 2010, p.104).

- De que maneira as demandas postas às equipes de saúde do trabalhador pelos profissionais que compõem as equipes multidisciplinares dos hospitais são afetadas pelos chamados “problemas do SUS”? De que maneira as ações desenvolvidas pelas equipes de saúde do trabalhador dos hospitais são percebidas pelos trabalhadores dessas unidades?

Diante desse cenário de precarizações, ações de vigilância, promoção e proteção em saúde do trabalhador não necessariamente são identificadas pelos profissionais como ações efetivas do campo da saúde do trabalhador, na medida em que as lacunas expostas parecem constituir-se no ponto de partida da formulação das demandas. Assim,

seguem como demandas rotineiras: atestados médicos (por diversidade de causas), encaminhamentos à rede SUS (principalmente para a própria unidade onde o trabalhador exerce suas atividades laborais), prestação dos primeiros socorros após ocorrência de acidente de trabalho (de curativos a imobilizações), prescrição de medicamentos de uso contínuo por ocorrência de doença crônica (como hipertensão arterial e diabetes), dentre outras. Talvez como reflexo da crise de identidade do SUS e no SUS – no caso dos profissionais que nele atuam – as ações em Saúde do Trabalhador nos hospitais da rede sejam estruturadas numa corda bamba, que ora inclina no sentido da Saúde Ocupacional, ora pende para as trincheiras do empoderamento dos trabalhadores.

Referências

- ANDERSON, P. Balanço do neoliberalismo. In: SADER, E. *Pós-neoliberalismo: as políticas sociais e o Estado democrático*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995.
- ANDRADE, S. M. de; SOARES, D. A.; CORDONI JUNIOR, L. (orgs). *Bases da Saúde Coletiva*. Londrina: Editora UEL, 2001.
- ANTUNES, R. *Adeus ao trabalho?* Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. 11ª ed. São Paulo: Cortez; Campinas, SP: Editora da Unicamp, 2006.
- BEHRING, E.; BOSCHETTI, I. *Política Social: Fundamentos e História*. São Paulo: Cortez, 2008.
- BOURDIEU, P. A opinião pública não existe. In: THIOLENT, Michel. *Crítica Metodológica, investigação social e enquete operária*. São Paulo: Polis, 1981. p. 137-151
- BRASIL. *Constituição Federal da República Federativa do Brasil*.
- BRASIL. *Lei Orgânica da Saúde. Lei 8.080*, de 19 de setembro de 1990.
- BRAVO, M.I. et al (orgs). *Capacitação de Conselheiros de Saúde: textos de Apoio*. Rio de Janeiro: UERJ, 2001.
- BRAVO, M. I. S.; MATOS, M. C. A saúde no Brasil: Reforma sanitária e ofensiva neoliberal. In: BRAVO, M. I. S; PEREIRA, P. A. P. *Política Social e Democracia*. São Paulo: Cortez. Rio de Janeiro: UERJ, 2001, p. 197-215.
- CAVALCANTI, C. P. N. Aspectos teórico-conceituais e históricos da construção do campo da Saúde do Trabalhador. In: LIMA et al. (Orgs.). *Cadernos do Curso de Capacitação em Promoção e Vigilância em Saúde do Trabalhador para operacionalização da PÁSS/SIASS*. Rio de Janeiro: UFRJ/UNIRIO, 2011. 1CD-ROM
- CEBES. *Revista Saúde em Debate*. Rio de Janeiro: CEBES/FIOCRUZ, v.33, nº 81, 2009, p.3-5.
- Conselho Nacional de Saúde. *Coletânea de Textos da III Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador*. Brasília: CNS, MPS, MS, MTE, 2005.
- FALEIROS, V. P. *O Trabalho da Política: saúde e segurança dos trabalhadores*. São Paulo: Cortez, 2010, 2ª ed.

- FREIRE, L. *O Serviço Social na reestruturação produtiva*. São Paulo: Cortez, 2003
- GRANEMANN, S. Fundações Estatais: Projeto de Estado do Capital. IN BRAVO, M. I. S. & MENEZES, J. S. B. (org.) *Saúde na atualidade: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade*. Rio de Janeiro : UERJ, Rede Sirius, 2011.
- HARVEY, D. *A condição pós-moderna: uma pesquisa sobre as origens da mudança cultural*. São Paulo: Loyola, 1993.
- HYGINO, A. M. Saúde como um direito humano universal ou como valor de mercado? Desafios atuais para implantação e consolidação de um sistema único de saúde no Brasil. In: LIMA et al (orgs) *Cadernos do Curso de Capacitação em Promoção e Vigilância em Saúde do Trabalhador para operacionalização da PASS/SIASS*. Rio de Janeiro: UFRJ/ UNIRIO, 2011. 1CD-ROM
- LACAZ, F. A. C. O campo Saúde do Trabalhador: resgatando conhecimentos e práticas sobre as relações trabalho-saúde. In *Cadernos de Saúde Pública*, v.23, n.4, Rio de Janeiro, Apr. 2007.
- LESSA, S. O processo de produção / reprodução social: trabalho e sociabilidade In: *Capacitação em Serviço Social e Política Social*. Módulo 2. Brasília: CEAD, 1999.
- MARX, K. *O Capital: Crítica da Economia Política*. Volume I, Livro I. São Paulo: Nova Cultural, 1996.
- MENDES, R. & DIAS, E.C. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. *Revista Saúde pública*, S. Paulo, n.25, p.341-349, 1991.
- MINAYO, M. C. Saúde e doença como expressão cultural. IN: AMÂNCIO FILHO, A (Org.). *Saúde, trabalho e formação profissional*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997. p. 31-39.
- MIRANDA, C. R. *Introdução à saúde no trabalho*. São Paulo: Aheneu, 1998.
- OLIVEIRA, J. A. A.; TEIXEIRA, S. M. F. *(Im)previdência Social: 60 anos de história da previdência no Brasil*. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 1985.
- PLANO NACIONAL DE SEGURANÇA E SAÚDE NO TRABALHO. Comissão Tripartite de Saúde e Segurança no Trabalho. MPS, MS, MTE, Brasília: 2012
- PRADO JR, C. *Formação do Brasil Contemporâneo*. São Paulo: Companhia das Letras, 2011.
- SANTOS, J. Particularidades da “questão social” no Brasil: mediações para seu debate na “era” Lula da Silva. *Revista Serviço Social e Sociedade*, São Paulo: Cortez, n. 111, 2012.
- SCLIAR, M. História do conceito de saúde. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.17, n.1, p. 29-41, 2007.
- VASCONCELLOS, L. C. F. *Saúde, trabalho e desenvolvimento sustentável: apontamentos para uma política de Estado*. Rio de Janeiro: ENSP, 2007.

*Artigo recebido em: 11 abr. 2013
Aceito para publicação em: 22 nov. 2013*