

As políticas públicas brasileiras de saúde do trabalhador: tempos de avaliação

The worker's health: an assessment of public policy in Brazil

Maria Helena Barros de Oliveira¹
Luiz Carlos Fadel de Vasconcellos²

RESUMO

Após breve análise da evolução da área de saúde do trabalhador no Brasil, o presente artigo trata da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e, mais precisamente, da sua ausência enquanto política pública integrada e integralizadora.

A premissa é a de que uma política de Estado voltada para a Saúde dos Trabalhadores, adequada aos novos tempos da globalização, está mais fortemente demarcada e é potencialmente viável no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), tendo como um de seus pressupostos a ruptura dos guetos institucionais dentro da máquina estatal.

Finalmente, aponta para algumas variáveis de ação, na lógica de uma eventual transformação do paradigma político institucional.

PALAVRAS-CHAVE: *políticas públicas; saúde do trabalhador; política nacional de saúde do trabalhador; trabalho; saúde.*

ABSTRACT

After a brief analysis of the evolution of the worker's health in Brazil, this paper discusses the National Policy for the Worker's Health and, more precisely, its failure as an integrated and integrative public policy.

The central idea is that a public policy directed towards the worker's health and adequate to the globalization era is more strongly marked and is potentially viable in the context of the Integrated National Health System (Sistema Único de Saúde), having the rupture of institutional "ghettos" inside the public health structure as one of its assumptions.

Finally it points out some action variables within the concept of an eventual transformation of the institutional political paradigm.

KEY WORDS: *public policy; worker's health; national policy on the worker's health; work; health.*

¹ Centro de Estudos da Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Av. Leopoldo Bulhões 1480, Manguinhos, 21041-210, Rio de Janeiro, RJ, Brasil. mhelen@ensp.fiocruz.br mhelen@alternex.com.br

² Divisão de Saúde do Trabalhador, Ministério da Saúde. mvasconcellos@uol.com.br

TENTANDO CONCEITUAR... LOCALIZAR...

Em que pese as diversas definições, considerando a abrangência da área e a transcendência de seus objetivos, em essência, a lógica do campo programático da Saúde do Trabalhador encerra um forte conteúdo político-ideológico, inscrevendo o trabalhador e suas representações como protagonistas na condução de seus processos.

Assim, a idéia de uma Saúde do Trabalhador, com uma intenção explícita de considerar 'do Trabalhador' mais como a ele pertencente do que a ele relacionado, heterodoxa, portanto, aos setores hegemônicos na condução dos processos implicados na relação saúde-trabalho, gera resistências, mais ou menos ostensivas, desses mesmos setores, dos quais se destacam: as corporações profissionais tradicionalmente responsáveis pela condução técnica das práticas; os setores empresariais formuladores; as instâncias tecnoburocráticas perpetuadas nas máquinas de governo; a fração da classe política historicamente subserviente ao capital na relação capital-trabalho. Em virtude deste fato, a evolução pragmática do campo da Saúde do Trabalhador tem sido lenta e caracterizada por poucos avanços e muitos retrocessos.

O fato de se considerar na Saúde do Trabalhador a dimensão social em que se inserem o homem trabalhador e a mulher trabalhadora,

contemplando modalidades de abordagem não previstas de forma plena em algumas das áreas técnicas correlatas, tradicionalmente estabelecidas, como por exemplo, as da Medicina do Trabalho e da Engenharia de Segurança, pressupõe, com estas, diferenças profundas de concepção.

Por certo, na concepção de uma Saúde do Trabalhador mais ousada e generosa do que as áreas que lhe arremedam, implica seu constructo:

A EVOLUÇÃO PRAGMÁTICA
DO CAMPO DA SAÚDE DO
TRABALHADOR TEM SIDO
LENTA E CARACTERIZADA
POR POUCOS AVANÇOS
E MUITOS RETROCESSOS

- a dimensão da abordagem, inserindo o trabalhador como ser social no processo de produção e na sociedade produtiva, na perspectiva do conceito ampliado de saúde;

- o profundo comprometimento e envolvimento do trabalhador no planejamento, desenvolvimento e execução das ações, considerando-o como elemento atuante e central em todas as etapas do processo;

- a ruptura com a hegemonia tecnocorporativa e a abordagem interdisciplinar das diversas questões, na perspectiva de uma lógica de atuação técnica a favor dos trabalhadores;

- a proposição de soluções a partir do conhecimento empírico do trabalhador acerca dos riscos no ambiente de trabalho e da sua subjetividade na percepção dos mesmos;

- o princípio da transparência das ações e de todas as informações, na perspectiva da negociação igualitária, entre trabalhadores e empregadores; e, entre outros,

- a transformação das bases técnicas e organizacionais dos postos, das condições e do ambiente de trabalho, na perspectiva da democratização das decisões e do controle social referenciado ao processo de trabalho e ao ambiente de trabalho em sua relação com a saúde (Ministério da Saúde, 1986; Tambellini, 1988; Abrasco, 1990; Mendes & Costa Dias, 1991; Barros de Oliveira & Fadel de Vasconcellos, 1992; Costa Dias, 1994; Fadel de Vasconcellos, 1994; Ribeiro & Fadel de Vasconcellos, 1995).

O campo teórico da saúde pública, (re)construído nas décadas de 70 e 80, sob o estigma revolucionário da resistência política e mudança de paradigmas, ao reconhecer na área de Saúde do Trabalhador o mesmo aspecto revolucionário/transformador, de tom similar ao do espírito da

Reforma Sanitária Brasileira, adverte-a no seu ideário de formulação de políticas públicas de saúde, particularmente para o Brasil dos anos 80, já na perspectiva de uma Assembleia Nacional Constituinte reformadora.

Neste contexto, a cunhagem da expressão Saúde do Trabalhador, com o perfil anteriormente retratado, foi-se consolidando ao longo daqueles anos, especialmente a partir da incorporação do discurso mais incisivamente reivindicatório e reformista do movimento sindical, mais combativo e sensível às questões de saúde, à base técnica e acadêmica das áreas que lidam com as relações saúde-segurança-trabalho.

Assim, no início da década de 80, o ideário da construção de uma área de Saúde do Trabalhador começa a ganhar contornos mais definidos, simultaneamente ao movimento pela Reforma Sanitária que, no mesmo período, promovia uma profunda revisão dos paradigmas do setor saúde.

Nos primeiros anos da década, simultaneamente ao processo gradual de distensão política, diversas iniciativas, no movimento sindical, no âmbito da academia e dos serviços de saúde, especialmente em São Paulo, através dos Programas de Saúde do Trabalhador, e no Rio de Janeiro, Minas Gerais e Bahia, entre outros Estados, tentavam levar a questão da saúde do trabalhador para o palco de discussões

da reforma do sistema de saúde (Costa Dias, 1994).

Fortemente influenciados pelo movimento operário italiano, com o qual estabeleceram um importante intercâmbio, durante aqueles anos, técnicos da área da saúde e sindicalistas buscavam uma linha teórico-metodológica de análise e ação que se contrapunha, tanto ao modelo governamental de atenção, quanto à produção científica, em geral unidisciplinar e com ênfase na proteção

NO INÍCIO DA DÉCADA DE 80,
O IDEÁRIO DA CONSTRUÇÃO DE
UMA ÁREA DE SAÚDE DO
TRABALHADOR COMEÇA
A GANHAR CONTORNOS
MAIS DEFINIDOS

contra os riscos, tendo o trabalhador como agente passivo das ações (Barros de Oliveira et al., 1997).

O período que antecedeu o processo constituinte de 1986-1988, no contexto do Movimento pela Reforma Sanitária, foi marcado por uma intensa mobilização desses atores, cuja expressão maior foi a realização, em 1986, da I Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador. Calcadas na necessidade inquestionável de transformação do setor, as teses e propos-

tas formuladas em nível nacional apontavam para a redefinição da área e sua incorporação ao nascente Sistema Único de Saúde (SUS).

Levadas ao processo constituinte, a síntese dessas propostas foi traduzida na Constituição Federal de 1988, em seu capítulo da saúde, pela determinação ao Sistema Único de Saúde (SUS) da execução de ações de Saúde do Trabalhador... (Barros de Oliveira et al., 1997b:426).

Ao fim da década, com a promulgação da Constituição Federal (1988), das Constituições Estaduais (1989) e da Lei Orgânica da Saúde (Lei 8080, de 19/09/90), parte substancial da discussão que se travou naquele período, foi levada à letra da lei, coroando algumas das grandes questões que se colocavam em relação à área da saúde e, do mesmo modo, à de saúde do trabalhador. Destacaram-se as propostas de reformulação do sistema de saúde, incorporando uma nova lógica de unicidade do sistema, transferência de poder, através da descentralização e desconcentração, saúde como direito do cidadão e dever do Estado e a introdução do controle social nas práticas do setor, evidentemente aqui incluída a questão da saúde do trabalhador (Barros de Oliveira, 1996; Barros de Oliveira et al., 1997a).

Em síntese, a ebulição dos anos de resistência democrática, fermentando novos paradigmas para as políticas sociais num Brasil que se apresentava permeável a perspecti-

vas transformadoras, forjou uma concepção de Saúde do Trabalhador, que se contrapunha aos campos de atuação técnica envolvidos com a relação saúde-trabalho, especialmente o da Saúde Ocupacional e suas principais vertentes dogmáticas da Medicina do Trabalho e da Engenharia de Segurança.

POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE DO TRABALHADOR: O QUE ANDOU ACONTECENDO...

A premissa da qual se parte nesta discussão é a de que a singularidade da Saúde do Trabalhador, na perspectiva do que foi colocado anteriormente, define que nunca se teve, no Brasil, políticas públicas que pudessem ser consideradas como possuidoras do caráter de uma política nacional de saúde do trabalhador.

Políticas públicas, sim, vêm sendo experimentadas, pelo menos, ao longo dos últimos 70 anos, mas com um caráter diverso daquele que se considera de Saúde do Trabalhador. Ora pelo setor saúde, até os anos 80 ter estado omissa em relação a estas questões, ora em virtude do arcabouço legal ter historicamente responsabilizado as áreas governamentais do Trabalho e Previdência Social por elas, as políticas públicas correlatas foram dirigidas num sentido, pode-se dizer, antagônico ao ideário da Saúde do Trabalhador (Brandão de Oliveira, 1994).

Na verdade, as políticas públicas levadas a cabo pelas áreas do trabalho e previdência caracterizaram-se pela proteção da saúde dos trabalhadores, de forma tutelada, considerando-os agentes passivos na relação saúde-trabalho; entendendo a preservação da saúde no trabalho como exigência contratual de trabalho e não como direito pleno de cidadania; transferindo a corporações técnicas a decisão do que é melhor para a saúde dos tra-

POLÍTICAS PÚBLICAS, SIM, VÊM SENDO EXPERIMENTADAS, PELO MENOS, AO LONGO DOS ÚLTIMOS 70 ANOS, MAS COM UM CARÁTER DIVERSO DAQUELE QUE SE CONSIDERA DE SAÚDE DO TRABALHADOR

balhadores, sem necessariamente ouvi-los, permitindo ao empregador a decisão final do que fazer para atenuar os riscos à saúde no trabalho, sem essencialmente considerar a melhor formulação técnica; culpabilizando o trabalhador pela perda da sua saúde e sua vida; utilizando limites de tolerância biológicos e ambientais como padrões de saúde; mascarando a responsabilidade do empregador através de um seguro de risco soci-

al; impondo ao próprio corpo do trabalhador mecanismos de proteção contra os riscos à sua saúde; remunerando "compensatoriamente" a manutenção das situações de risco; e, entre outras variáveis, emudecendo as representações sindicais dos trabalhadores nestas questões (Fadel de Vasconcellos, 1994; CUT, 1996; Fadel de Vasconcellos, 1996; Oliveira, 1996).

Observa-se, deste modo, que falar de políticas públicas de Saúde do Trabalhador, dentro da concepção até aqui discutida, é falar de políticas de Estado ainda não propriamente experimentadas no Brasil, até o início dos anos 90.

Com este sentimento, a reformulação do sistema de saúde brasileiro, estabelecida pela Constituição de 1988 e suas legislações regulamentadoras e complementares, na mesma medida do estabelecimento de diretrizes para uma nova política nacional de saúde, propuseram uma nova configuração da área, 'inaugurando' uma política nacional de saúde do trabalhador, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Mesmo em se considerando o estágio incipiente do Sistema Único de Saúde, inclusive como alvo de uma Política Nacional, centrada na sua implantação definitiva e consolidação, a área de saúde do trabalhador encontrou, no enfoque desencadeado pelas novas disposições normativas, inspiradas na Constituição Federal, uma abertura para a formu-

lação de uma Política Nacional específica, a ela dirigida. (Barros de Oliveira et al., 1997:9)

Neste sentido, desde 1990 (Lei Orgânica da Saúde), constituiu-se um movimento institucional mais sistemático, embora um tanto desordenado, por dentro da estrutura orgânica do sistema de saúde, nos diversos níveis federal, estaduais e municipais, no sentido de conferir parâmetros metodológicos à área, numa direção: a de uma política nacional de saúde do trabalhador.

As dificuldades, implícitas e explícitas, para a consecução deste objetivo, além daquelas de caráter político-ideológico, antes assinaladas, ficaram por conta do modelo governamental de políticas de proteção à saúde do trabalhador, calcado numa histórica fragmentação institucional, cujas atribuições dispersam-se setorialmente nos Ministérios do Trabalho, Previdência e da própria Saúde (Mendes, 1986; Mendes e Costa Dias, 1991; Barros de Oliveira & Fadel de Vasconcellos, 1992).

De todo modo, algumas iniciativas no sentido de se estabelecer políticas intersetoriais foram tomadas, tal como a criação da Comissão Interministerial de Saúde do Trabalhador, instituída pela Portaria Interministerial nº 01, de 20/04/93, cujo relatório final, após referir-se às competências comuns dos órgãos e à "...polêmica que têm despertado, as ações de fiscalização/vigilância dos ambientes de trabalho..." (p.16), conclui:

Verifica-se, portanto, que a saúde do trabalhador é uma questão multifacetária cuja abordagem adequada supõe a integração multisetorial. Os instrumentos legais em vigor esboçam uma Política Nacional de Saúde do Trabalhador cuja efetiva execução e eficácia supõem a capacidade de atuação coordenada e co-operada entre os órgãos, e reforçam a importância do estabelecimento de uma instância interministerial permanente, de caráter executivo. (Comissão Interministe-

ALGUMAS INICIATIVAS NO SENTIDO DE SE ESTABELEECER POLÍTICAS INTERSETORIAIS FORAM TOMADAS, TAL COMO A CRIAÇÃO DA COMISSÃO INTERMINISTERIAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR, INSTITUÍDA PELA PORTARIA INTERMINISTERIAL Nº 01, DE 20/04/93

rial de Saúde do Trabalhador, 1993:17) (grifos nossos)

Outra iniciativa no sentido da articulação política intersetorial, do mesmo modo que a anterior, realizada sob forte influência das instâncias do setor saúde, foi a elaboração do documento "Descentralização das Ações e Serviços de Saúde: a ousadia de cumprir e fazer cumprir a Lei" (Ministério da Saúde, 1993). Este documento, funda-

mento e origem da Norma Operacional Básica-SUS 01/1993 (NOB-SUS) que "tem como objetivo disciplinar o processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde na perspectiva de construção do Sistema Único de Saúde" (Portaria MS nº 545, de 20 de maio de 1993), ressalta a necessidade de integração institucional, atento à "peculiar situação da área de saúde do trabalhador, cujas ações se encontram hoje distribuídas entre diversos ministérios...", recomendando "a constituição de um Grupo de Trabalho específico, que deverá se incumbir do reordenamento da área, estabelecendo papéis e responsabilidades na execução e no financiamento das diversas ações, bem como mecanismos de articulação *intersectorial*." (Ministério da Saúde, 1993:26) (grifo nosso).

Embora fique evidente a influência exercida pelo novo ordenamento legal sobre as instâncias de governo, no sentido deste traçar uma política nacional para a área, de caráter intersetorial e adequado a esse novo desenho normativo, o esforço para a consecução deste objetivo, quase que invariavelmente, deu-se nas instâncias orgânicas do setor saúde, impulsionado pelos níveis técnicos de escalão intermediário. Insuficiente, por conseguinte, em virtude de sua modesta capacidade decisória, para dar concretude efetiva a esta intenção, resultando daí apenas o esboço do que

seria uma política nacional de saúde do trabalhador, adequada às exigências da 1ª Conferência Nacional de Saúde dos Trabalhadores, marco histórico do seu ideário.

De qualquer modo, a continuidade dos esforços dos níveis técnicos de se traçar diretrizes políticas intersetoriais, em conjugação com as forças sociais capazes de instigar o Estado para um posicionamento mais determinado na direção de uma política nacional, culminou com a realização da 2ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, em março de 1994. O próprio tema da Conferência foi, neste sentido, incisivo: “Construindo uma Política de Saúde do Trabalhador” (Ministério da Saúde/Conselho Nacional de Saúde, 1994).

Precedida de grandes conferências estaduais preparatórias, a 2ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador (2ª CNST) foi a culminância de uma grande mobilização de diversos atores sociais, especialmente de setores institucionais do governo e sindicais, com o intuito de consolidar e provocar o desencadeamento de ações concretas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), no sentido de constituição de uma política nacional e com o foco centrado na municipalização das ações.

Considerava, a 2ª CNST, que a forma do Estado brasileiro formular uma política nacional para a área passaria pelo setor saúde – o mais

permeável (e sensível) às mudanças dentre os setores governamentais com atribuições na área – e numa perspectiva da municipalização dos processos executores da política.

A consequência mais concreta da 2ª CNST foi a elaboração da Norma Operacional de Saúde do Trabalhador (NOST), no SUS, em dezembro de 1994, que passou a ser uma espécie de guia operacional, especialmente para as ações dos Estados e municípios, e onde se lia:

A 2ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE
SAÚDE DO TRABALHADOR (2ª CNST)
FOI A CULMINÂNCIA DE UMA GRANDE
MOBILIZAÇÃO DE DIVERSOS ATORES
SOCIAIS, ESPECIALMENTE DE SETORES
INSTITUCIONAIS DO GOVERNO E SINDICAIS

O Ministério da Saúde vem assumindo efetivamente a implementação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador, conforme definido na Lei Orgânica de Saúde, assim como, na perspectiva da descentralização, é necessário que os estados e municípios assumam responsabilidades crescentes. Neste sentido, a NOST-SUS tem como eixo geral e primordial os princípios e diretrizes estabelecidos na Lei Orgânica da Saúde e deliberações da IX Conferência Nacional de Saúde. Constitui-se numa norma de detalha-

mento da Norma Operacional Básica – SUS no 01/93, aprovada pela Portaria MS nº 545, de 20 de maio de 1993, quanto à área de saúde do trabalhador. Pretende orientar e propiciar a implementação das deliberações aprovadas na II Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, realizada em março de 1994. Esta Conferência reiterou as resoluções da IX CNS em relação, especialmente à unicidade do sistema de saúde, à universalidade, à integralidade de suas ações e às formas de controle social. Da mesma forma, elegeu o município como locus privilegiado das ações de saúde e a mudança do modelo assistencial como estratégia para a obtenção de melhores condições de vida e saúde para a população. (Ministério da Saúde, 1994:5)

Em síntese, premidos por uma realidade cotidiana de acidentes, doenças e mortes no trabalho, sem que houvesse mudanças significativas nos padrões estatísticos dos mesmos, ao longo dos últimos 30 anos, técnicos, pesquisadores, trabalhadores, representantes sindicais e outros atores institucionais e sociais, forjaram uma aliança tácita no sentido de provocar o Estado brasileiro a traçar uma política nacional de saúde do trabalhador, dirigida para os Estados e, fundamentalmente, para os municípios, em sintonia com os princípios do SUS, particularmente balisados por um novo paradigma da área de Saúde do Trabalhador, ideologizada e centrada na conquista da cidadania no trabalho.

POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE DO TRABALHADOR: O QUE PODE VIR A ACONTECER...

A despeito do esforço de se traçar uma política nacional de saúde do trabalhador, coerente com o seu ideário, chega-se ao fim da década (e do milênio) sem ter o desenho desta 'política', definido e pronto para ser praticado.

O dispêndio de parcelas significativas da sociedade brasileira, nas últimas décadas, no sentido da conquista do direito à saúde no trabalho, como um direito fundamental de cidadania, corre o sério risco de se perder, a partir dos novos arranjos organizacionais do trabalho, impostos pela ordem mundial da globalização econômica, que tem como um dos seus pontos balisadores a flexibilização dos direitos trabalhistas, de interesse direto na saúde dos trabalhadores.

O Brasil, em particular, possui uma forte retaguarda normativa no tema da segurança e saúde no trabalho e o mesmo não se dá nos demais países [do Mercosul]. Cabe destacar que a extensa normatização brasileira sobre as condições e os ambientes de trabalho pode ser 'confundida' com um excesso de regulamentação governamental nas questões privadas e entrar no bojo das propostas flexibilizadoras do neoliberalismo. (Ribeiro et al., 1997:10)

Visto do prisma da saúde-cidadania no trabalho, o que pode parecer

revolucionário pela 'modernidade' dos novos enfoques das relações de produção, como a filosofia da qualidade total e da reengenharia, em que são propostas novas formas de gestão, na verdade, afora a novidade dos jargões, o que se observa é a diminuição de direitos e a exacerbção de mecanismos exploratórios como é, por exemplo, o caso da terceirização. Os grandes complexos empresariais, buscando novos padrões cumulativos de capital, a par-

O DISCURSO CORRENTE DA 'QUALIDADE TOTAL' É VOLTADO, INVARIAVELMENTE, PARA A QUALIDADE DO PRODUTO SEM LEVAR EM CONTA A QUALIDADE DE VIDA DO PRODUTOR DO PRODUTO, OU SEJA, DO TRABALHADOR

tir da terceirização de suas atividades-meio, passaram a fazê-lo nos últimos anos, de forma intensa, também, com suas próprias atividades-fim, inclusive com as atividades de risco à segurança e à saúde do trabalhador, com a intenção de atenuar suas responsabilidades frente às condições de trabalho potencialmente capazes de causar dano à integridade física do trabalhador. Prática compatível com essas novas formas de gestão, o "gerenciamento

artificial do risco" (Machado, 1991), nada mais é do que uma nova forma de violência, sutil e camuflada, contra a cidadania.

Por seu turno, o discurso corrente da 'qualidade total' é voltado, invariavelmente, para a qualidade do produto sem levar em conta a qualidade de vida do produtor do produto, ou seja, do trabalhador. A conquista de novos mercados é a meta primordial das empresas e apesar de haver algum ganho do consumidor, o trabalhador não é incorporado como alvo do sistema gestor de qualidade. O próprio consumidor tem um acesso restrito às informações do que se passa no cotidiano do trabalho, pois as empresas brasileiras continuam operando como verdadeiros *bunkers*, refratários à participação da sociedade, instância maior de controle no jogo regulador do sistema democrático (Fadel de Vasconcellos, 1995a). Daí, muitas vezes, a sociedade consome o 'bom' produto, sem saber que o mesmo é fruto de um processo de trabalho do qual redundou adoecimento e morte dos trabalhadores.

Nos últimos vinte anos, considerando-se apenas os casos registrados de doenças e acidentes de trabalho ocorridos, no Brasil, com os trabalhadores segurados pela Previdência Social, houve mais de meio milhão de mortes ou incapacidade permanente para o trabalho. No total, considerando-se os acidentes de trabalho oficialmente notificados

(com emissão de Comunicação de Acidente de Trabalho), sem considerar os trabalhadores acidentados, que não são contratados pela Consolidação das Leis do Trabalho, e apesar de a conhecida subnotificação dos acidentes (Possas, 1989; Machado, 1991), nos últimos 20 (vinte) anos ocorreram em torno de trinta milhões de eventos.

Contudo, é possível exercitar perspectivas otimistas para a questão da Saúde do Trabalhador, na chegada do milênio, mesmo diante de um cenário em que, de um lado impõem-se relações de trabalho mais desfavoráveis aos trabalhadores, num contexto de desemprego crescente, e de outro não se consolidou uma política nacional de saúde do trabalhador, capaz de fazer frente aos desafios da área.

Um desafio está em incluir a qualidade de vida do trabalhador no trabalho, como aspecto de qualidade a ser considerada pelas empresas, com o mesmo apelo atrativo dos mecanismos de incentivo para a melhoria da qualidade, do tipo ISO (International Organization for Standardization), além da motivação pela disputa de mercado:

A busca da Qualidade é quase que integralmente orientada para o mercado. Alterações no ambiente exercem enormes influências sobre a natureza e a extensão da operacionalidade no mercado. É essencial, portanto, que a estrutura do planejamento estratégico para a melhoria da Qualidade este-

ja em conformidade com o ambiente do mercado. (Puri, 1994:2)

Desafio que poderia ser enfrentado com uma política nacional de saúde do trabalhador que, por exemplo, contemplasse a criação de um 'certificado de qualidade de vida no trabalho', conferido às empresas possuidoras de sistemas de controle de riscos que assegurassem a proteção e a promoção da saúde dos trabalhadores, usufruindo de um alívio progressivo da carga tri-

"A BUSCA DA QUALIDADE É QUASE QUE INTEGRALMENTE ORIENTADA PARA O MERCADO. ALTERAÇÕES NO AMBIENTE EXERCEM ENORMES INFLUÊNCIAS SOBRE A NATUREZA E A EXTENSÃO DA OPERACIONALIDADE NO MERCADO"

butária, em virtude de sua *performance* comprovada através de procedimentos e indicadores auditados sistematicamente.

Com adaptações no modelo de auditorias, subordinando-as a mecanismos de controle social, semelhantes aos já estabelecidos no SUS, poderiam ser utilizados alguns critérios, como implantação de mecanismos de avaliação comparativos com processos modelares; atualização tecnológica; adoção de padrões organiza-

cionais de valorização da qualidade de vida no trabalho; emissão de relatórios sistemáticos e periódicos quanto ao cumprimento da normatização inerente à área; gestão participativa no controle dos riscos; utilização de técnicas diversas de levantamento e tratamento de riscos; gerenciamento da produção com ênfase na qualidade de vida do trabalhador (Fadel de Vasconcellos, 1995b).

Outro desafio reside no redirecionamento do modelo programático que vem sendo proposto, de uma Saúde do Trabalhador por dentro do Sistema Único de Saúde que, embora mantenha a coerência com o seu ideário, carece de mecanismos mais eficazes para a sua viabilização, dependentes de um nível decisório acima daquele que o vem formulando. Neste sentido, alguma correção de rumos para consolidá-lo, passa inevitavelmente por uma aliança técnico-sindical de maior representatividade parlamentar, com o objetivo de se trabalhar a construção de um sistema integral de saúde do trabalhador, como aliás é propugnado pela Organização Internacional do Trabalho (OIT).

A ruptura com a fragmentação da área e a conseqüente dispersão das ações não devem continuar, apenas, nas cartas de intenções:

Alguns órgãos atuam na prevenção, uma parte nas causas, outros nas conseqüências e outros ainda na reparação, mas ninguém tem visão nítida do conjunto. O fracionamento

*dessas competências faz com que o grande problema da saúde do trabalhador seja transformado numa questão menor, diluída no quadro de atribuições de cada um desses órgãos. O art. 15.2 da Convenção 155 da OIT recomenda que essas disposições deveriam incluir o estabelecimento de um organismo central, quando a prática e as condições nacionais permitirem.*¹ (Oliveira, 1996:118)

Além da criação de uma instância de governo com as características de um 'Sistema Integral de Saúde do Trabalhador', configurado em rede e subordinado ao setor saúde, mas que passe, necessariamente, pelas instâncias do Estado e Sociedade, cujo perfil esteja intimamente associado à questão da saúde do trabalhador, tais como os ministérios implicados, os setores sindicais com discussão acumulada na área, os setores com responsabilidade no campo ambiental, governamentais ou não, os órgãos de classe, o Ministério Público e, entre outros, a Justiça do Trabalho, é preciso reordenar a produção de conhecimentos, nos campos programáticos da saúde do trabalhador.

Confinada às áreas técnicas formadoras de recursos humanos, naturalmente subordinadas aos interesses dos setores produtivos, inclusive por serem estes os principais demandantes e captadores da mão-de-obra, a produção de conhecimen-

tos é orquestrada pelos mesmos setores conservadores que vêm sendo refratários à mudança do modelo de atenção à saúde do trabalhador (Fadel de Vasconcellos, 1998).

Em matéria de aplicabilidade, mais de curto prazo, a construção de um sistema integral em saúde do trabalhador presta-se ao preenchimento de um vazio na área do planejamento estratégico em saúde, no plano da formulação de políticas setoriais, da organização de serviços e da

A PRODUÇÃO DE CONHECIMENTOS
É ORQUESTRADA PELOS MESMOS
SETORES CONSERVADORES QUE VÊM
SENDO REFROTÁRIOS À MUDANÇA
DO MODELO DE ATENÇÃO À
SAÚDE DO TRABALHADOR

formação de recursos humanos, que seja capaz de contemplar as especificidades da área, sem a criação de 'guetos' institucionais, à semelhança de outros programas de saúde. (Fadel de Vasconcellos, 1998:11).

A face mais oculta no exercício das perspectivas é a que trata da necessidade de um reordenamento ético da intervenção sobre os ambi-

entes e condições de trabalho. Os dados estatísticos e o discurso analítico reiteram a ineficiência do aparelho interventor do Estado na relação saúde-trabalho. Como pontos falhos do modelo de intervenção, destacam-se a exclusão dos trabalhadores e dos sindicatos de trabalhadores do processo; o enfoque tecnicista-normativo, sujeito à limitação da norma; a falta de transparência do processo; a ação pontual, aleatória e não sistemática; a ação corruptível; a unidisciplinaridade técnica e a limitação da abrangência (Fadel de Vasconcellos & Ribeiro, 1997).

Na mesma linha da construção de um sistema integral de saúde do trabalhador e da certificação de qualidade de vida no trabalho, o redirecionamento ético do aparelho interventor passaria por uma mudança de enfoque, comprometendo eticamente os agentes da intervenção, contemplando a interdisciplinaridade técnica, a pluralidade das ações, a sua transparência, a divulgação de seus resultados, a incorporação do 'saber' operário às mesmas e a sua subordinação ao controle da sociedade, através de mecanismos orgânicos.

Cabe observar que a questão do aparelho interventor de saúde no trabalho não freqüenta o debate em torno da criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVS),

¹ A Convenção 155 da OIT foi adotada na 67ª Conferência Internacional do Trabalho, de 1981, aprovada no Brasil pelo Decreto Legislativo nº 2, de 17/03/92 e promulgada pelo Decreto nº 1.254, de 29/09/94 (DOU de 30/09/94).

ora em curso, numa clara demonstração de que os procedimentos de vigilância sanitária dos ambientes de trabalho são considerados *out* do próprio setor saúde pelo alto escalão de governo, reiterando a necessidade de se estabelecer mecanismos de maior envergadura de articulação política.

Outra face do contexto, no exercício de perspectivas, é a questão da luta pela saúde – ‘fermento’ de qualquer transformação na direção de uma Saúde do Trabalhador com o sentido de a ele pertencente.

O movimento sindical brasileiro, de uma forma geral, não incorporou no seu cotidiano a questão da saúde do trabalhador como ponto fundamental de sua luta:

O sindicalismo brasileiro não tem colocado de forma constante, incisiva e clara, a questão das inter-relações entre trabalho, saúde e doença. Muito menos para as suas bases e para a classe trabalhadora. Tal questão permanece embrionária, embora um número crescente de dirigentes e sindicatos a coloque como uma das prioridades, calcando-se em conquistas e experiências importantes. (DIESAT, 1989:79)

Aviltados historicamente nos salários, os trabalhadores brasileiros têm concentrado todo o seu esforço no sentido do ganho econômico, inclusive sem questionar

o caráter ideológico da submissão às condições insalubres e perigosas em troca da percepção dos

adicionais de insalubridade e periculosidade.

Além disso, as cláusulas de saúde negociadas nos acordos coletivos, quase invariavelmente, dizem respeito à prestação de assistência médica, raramente incluindo a questão do controle dos riscos nos ambientes de trabalho. Quando o fazem, limitam-se a simplesmente reproduzir os textos de algumas das normas regulamentadoras de segurança e saúde no trabalho:

O MOVIMENTO SINDICAL BRASILEIRO,
DE UMA FORMA GERAL, NÃO
INCORPOROU NO SEU COTIDIANO
A QUESTÃO DA SAÚDE DO
TRABALHADOR COMO PONTO
FUNDAMENTAL DE SUA LUTA

Examinando-se acordos coletivos de diversos sindicatos, em variados ramos da produção, observa-se a tendência de introduzir cláusulas de saúde ora na linha assistencial (planos de saúde), ora na afirmação de direitos à informação e à participação, ora, ainda, na reafirmação de dispositivos de saúde e segurança já estabelecidos em lei (fornecimento de equipamentos, estabilidade de cipeiros). (Fadel de Vasconcellos, 1995c:3)

Ainda, um aspecto relevante é que os sindicatos mais combativos na defesa da saúde dos trabalhadores, no cotidiano das suas denúncias e reivindicações, têm buscado respostas na linha tradicional do modelo interventor, conduzido pelos setores do Ministério do Trabalho, incongruente, via de regra, com o ideário da Saúde do Trabalhador até aqui debatido.

Como se vê, vários fatores podem ser ressaltados quanto à forma de condução da luta pela saúde no trabalho. O esforço de superação de um modelo governamental impróprio, incapaz e inoperante para dar conta das questões de saúde do trabalhador, impescinde de uma revisão das formas de ocupação dos espaços sociais e institucionais, por parte dos trabalhadores e seus representantes. É nesta linha que é desejado que se abram as perspectivas da Saúde do Trabalhador para os próximos anos.

O fato de que a Saúde do Trabalhador encerra uma grande capacidade potencial de gerar inquietações profundas, junto aos trabalhadores, aos sindicatos e ao número cada vez maior de profissionais envolvidos, que hoje discutem a questão nos serviços de saúde e nas instituições de ensino, mantém uma condição permanente de recriação da área, capaz de avaliar as expectativas mais otimistas de que se pode, como um desafio adicional, viabilizá-la.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA (ABRASCO), 1990. *Saúde e Trabalho: desafios para uma política*. Rio de Janeiro: Comissão de Saúde e Trabalho.
- BARROS DE OLIVEIRA, M. H. & FADEL DE VASCONCELLOS, L. C., 1992. Política de saúde do trabalhador no Brasil: muitas questões sem respostas. *Cadernos de Saúde Pública*, 8(2):150-156.
- BARROS DE OLIVEIRA, M. H., 1996. *A Política Nacional de Saúde do Trabalhador (1980-1993): uma análise a partir do direito e da legislação específica*. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.
- BARROS DE OLIVEIRA, M. H. et al., 1997a. *Análise da Política de Saúde do Trabalhador nos Anos 80*. Rio de Janeiro-Brasília: Relatório de Pesquisa do CNPq.
- BARROS DE OLIVEIRA, M. H. et al., 1997b. Análise comparativa dos dispositivos de saúde do trabalhador nas constituições estaduais brasileiras. *Cadernos de Saúde Pública*, 13(3):425-433.
- BRANDÃO DE OLIVEIRA, L. S., 1994. *A Intervenção do Estado nos Ambientes de Trabalho: origens, evolução no Brasil e análise crítica da prática da Delegacia Regional do Trabalho do Rio de Janeiro, na década de 80*. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.
- CENTRAL ÚNICA DOS TRABALHADORES (CUT), 1996. *Saúde, Meio Ambiente e Condições de Trabalho – conteúdos básicos para uma ação sindical*. São Paulo: Fundacentro.
- COMISSÃO INTERMINISTERIAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR (CIST), 1993. *Relatório Final*. Brasília: CIST.
- COSTA DIAS, E., 1994. *A Atenção à Saúde dos Trabalhadores no Setor Saúde (SUS), no Brasil: realidade, fantasia ou utopia?* Tese de Doutorado, Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas.
- DEPARTAMENTO INTERSINDICAL DE ESTUDOS EM SAÚDE, AMBIENTE E TRABALHO (DIESAT), 1989. *Insalubridade: morte lenta no trabalho*. São Paulo: Oboré.
- FADEL DE VASCONCELLOS, L. C., 1994. *Os Caminhos do Caminho – a municipalização como estratégia de consolidação da saúde do trabalhador no setor saúde*. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.
- FADEL DE VASCONCELLOS, L. C., 1995a. Saúde no mundo do trabalho – perspectivas para o Brasil do 3º milênio. In: AMÉRICA LATINA E CARIBE, DESAFIOS DO SÉCULO XXI, 1995, Rio de Janeiro: Programa de Estudos de América Latina e Caribe (Proealc), Centro de Ciências Sociais da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
- FADEL DE VASCONCELLOS, L. C., 1995b. *Reverendo o Papel da Previdência Social na Questão de Saúde do Trabalhador – alguns pontos para reflexão*. Documento preparado para a Reunião do Grupo de Trabalho sobre o Seguro Acidente de Trabalho, Brasília: Ministério da Previdência Social.
- FADEL DE VASCONCELLOS, L. C., 1995c. *Negociação Coletiva em Saúde do Trabalhador – reflexões sobre o Sistema Único de Saúde como Estado participante*. Trabalho elaborado para o Fórum Permanente do Conselho Estadual de Saúde do Trabalhador, Rio de Janeiro: Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro. (Mimeo.)
- FADEL DE VASCONCELLOS, L. C., 1996. *A Voz do Povo é a Voz de Deus – provérbios da boca do povo e os riscos à saúde no trabalho*. Trabalho apresentado ao Doutorado da Engenharia de Produção, Rio de Janeiro: Coppe, Universidade Federal do Rio de Janeiro. (Mimeo.)
- FADEL DE VASCONCELLOS, L. C. & RIBEIRO, F. S. N., 1997. *Investigação epidemiológica e intervenção sanitária em saúde do trabalhador: o planejamento segundo bases operacionais*.

- Cadernos de Saúde Pública*, 13(2):269-275.
- FADEL DE VASCONCELLOS, L. C. 1998. *A Construção de um Sistema Integral em Saúde do Trabalhador – uma hipótese eivada de desafios e desvarios*. Projeto de Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: Coppe, Universidade Federal do Rio de Janeiro (atualizado).
- MACHADO, J. M. H., 1991. *Violência no Trabalho e na Cidade – epidemiologia da mortalidade por acidente de trabalho registrada no município do Rio de Janeiro em 1987 e 1988*. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.
- MENDES, R., 1986. *Doutrina e Prática da Integração da Saúde Ocupacional no Setor Saúde: contribuição para a definição de uma política*. Tese de Livre-Docência, São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.
- MENDES, R. & COSTA DIAS, E., 1991. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. *Revista de Saúde Pública*, 25:341-349.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS), 1986. *Relatório da I Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador*. Brasília.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS), 1993. *Descentralização das Ações e Serviços de Saúde: a ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei*. Brasília: Ministério da Saúde/SUS.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS), 1994. *Norma Operacional de Saúde do Trabalhador no SUS*. Brasília: MS/SVS/SAS. (Mimeo.)
- MINISTÉRIO DA SAÚDE/CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (MS/CNS), 1994. *Relatório Final da 2ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador – Construindo uma Política de Saúde do Trabalhador*. Brasília: Ministério da Saúde, Divisão de Saúde do Trabalhador.
- OLIVEIRA, S. G., 1996. *Proteção Jurídica à Saúde do Trabalhador*. São Paulo: LTr.
- POSSAS, C. A., 1989. *Saúde e Trabalho – a crise da previdência social*. São Paulo: Hucitec.
- PURI, S. C., 1994. *Certificação ISO Série 9000 e Gestão da Qualidade Total*. Rio de Janeiro: Qualitymark.
- RIBEIRO, F. S. N. & FADEL DE VASCONCELLOS, L. C. 1995. *Controle Social em Saúde do Trabalhador: a prática do discurso e o discurso na prática*. Trabalho apresentado no I Congresso Brasileiro de Ciências Sociais em Saúde, Paraná.
- RIBEIRO, F. S. N. et al., 1997. *A Construção da Rede de Saúde do Trabalhador no Mercosul como Fator de Incorporação de Atores Institucionais e Sociais na Integração Regional*. Documento preparado para o III Congresso Nacional sobre Condições e Meio Ambiente de Trabalho na Indústria da Construção & I Seminário sobre Condições e Meio Ambiente de Trabalho da Indústria da Construção nos Países do Mercosul – FUNDACENTRO, Porto Alegre.
- TAMBELLINI, A. T., 1988. *Avanços na Formulação de uma Política Nacional de Saúde no Brasil: as atividades subordinadas à área das relações produção e saúde*. Texto originalmente apresentado à I Conferência Nacional de Saúde dos Trabalhadores (Brasília – 1986), Rio de Janeiro: Cesteh/Ensp/Fiocruz. (Mimeo.)

O *pathos* do sanitaria

The *pathos* of Public Health

Moacyr Scliar¹

¹ Departamento de Medicina Preventiva, Fundação Faculdade Federal de Ciências Médicas de Porto Alegre.
mscliar@uol.com.br

Oswaldo Cruz é, no mínimo, uma figura fascinante, e até intrigante em suas contradições. Quem trabalhou em saúde pública durante muito tempo, o meu caso, sabe, no entanto, que ele não é uma exceção. Pelo contrário: em toda sua trajetória, e exatamente por causa dela, Oswaldo Cruz é paradigmático. O seu perfil é típico daquilo que poderíamos chamar de a condição do sanitaria. E até mesmo este termo, desconfortável para as pessoas que, digamos, nas duas últimas décadas começaram a trabalhar na área, é bastante característico. E a condição do sanitaria, por sua vez, envolve um *pathos*, uma espécie de destino manifesto, este também muito nítido na trajetória de Oswaldo, e expresso num de seus *ex libris* em quatro palavras: saber, esperar, poder e querer.

Saber. Estamos falando aqui, evidentemente, de saber científico. Ciência era para Oswaldo o alfa e o ômega, o começo e o fim de todas

as coisas. Não podemos esquecer que Oswaldo Cruz foi um produto da chamada revolução pasteuriana, com seu afã de buscar na etiologia microbiana a direta relação de causa-efeito, busca esta que, na visão de Pasteur e de seus discípulos, se constituiria no objetivo maior do método científico. A confiança que Oswaldo e, depois dele, os sanitarias brasileiros depositavam na ciência era ilimitada. A ciência estava em primeiro lugar e dela os sanitarias não abriam mão, nem mesmo quando as injunções, sobretudo políticas, tentavam obrigá-los a tal.

Esperar. Esperar envolve um elemento de astúcia política. O político é aquele que tem a noção do momento exato para sua intervenção. O que nos remete para um segundo característico da condição do sanitaria. Ele (e o pronome aqui, mesmo politicamente incorreto, é muito sintomático, pois durante muito tempo essa foi uma ocupação para

o sexo masculino) reconhece a necessidade de estabelecer vínculos com os políticos, para o estabelecimento de uma Política de Saúde, com maiúsculas. Mas o sanitaria desprezará a política com p minúsculo, a política considerada como a arte da barganha, do tomalá-dá-cá. Poderá até praticá-la em situações emergenciais ou difíceis, mas sempre a fará com um oculto e profundo desprezo pelos políticos que nessas ocasiões lhe sirvam de interlocutores.

Poder. Desprezando a política, o sanitaria não recusa, contudo, o poder. Ao contrário, até sofre, em algum grau, a tentação autoritária. Não é de surpreender que o sanitaria tenha encontrado seu terreno mais fértil em regimes autoritários, de direita ou de esquerda. Mas não se trata de volúpia do poder, do poder pelo poder, embora isto também possa existir. Trata-se do poder como forma de beneficiar a popula-