

Saúde, Trabalho e Direito no SUS
Por uma agenda de movimentos

Luiz Carlos Fadel de Vasconcellos*

O texto busca refletir sobre um tema ainda pouco desenvolvido no âmbito do SUS - o das relações entre a saúde e o trabalho e suas interfaces com o direito. A direção escolhida para o debate segue em dois sentidos: um que diz respeito ao SUS, em si mesmo, enquanto uma utopia em construção e, outro, o do controle social do SUS, enquanto movimento instituído de sujeitos sociais de sustentação potencial dessa utopia. Nessa linha busca apontar, de forma sintética, alguns obstáculos para a incorporação do tema na agenda do SUS e, a partir disso, propõe alguns tópicos para sua inclusão na agenda dinâmica do controle social.

Texto publicado em Movimentos Sociais, Saúde e Trabalho - organizado por Maria Inês Souza Bravo; Vanda D'Acri; Janaina Bilate Martins. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ, 2010 (pag. 117-133).

Saúde, Trabalho e Direito no SUS

Por uma agenda de movimentos

Luiz Carlos Fadel de Vasconcellos*

Sumário

- I - Primeiros movimentos
- II - O SUS em movimento
- III - Saúde, Trabalho, Direito e os movimentos da vida
- IV - Controle Social - falta movimento ao movimento
- V - Movimento, por que não?
- VI - Movimento, então!

I - Primeiros movimentos

A vida é movimento.

A palavra movimento, em si, é expressão da dinâmica inexorável do andar das coisas da vida. Contudo, em si mesma, a ideia de movimento não traduz o caráter simbólico que queremos expressar quando nos referimos a esse andar das coisas, tampouco ao que lhe impulsiona e a forma como isso se faz.

Tendo como lugar de fala o Sistema Único de Saúde (SUS) e como referencial temático a inter-relação real e possível entre as variáveis saúde, trabalho e direito, no presente texto vamos utilizar a expressão movimento com dois significados simbólicos.

Um significado particular de movimento, aplicado a segmentos de organização da sociedade, que diz respeito a distintos graus de institucionalidade, representatividade e estrutura de corpo de um determinado conjunto de sujeitos sociais num agir compartilhado num dado contexto histórico. Ou seja, um significado de movimento enquanto elemento social concreto - sujeito coletivo institucional agregador de demandas (institucionalidade), representativo dos grupos sociais demandadores (representatividade) e corporativo em sua capacidade orgânica de coesão (estrutura de corpo) - aglutinado em torno de um objetivo aproximadamente comum entre aqueles que o compõem, como expressão de um desejo comum de mudança das coisas da vida.

E, outro significado, o de movimento mesmo, deslocamento, ato de mover, enquanto elemento abstrato e impalpável que se confunde ao tempo e dá novos ordenamentos ao espaço das coisas da vida, cuja realização - o movimento realizado - viabiliza a mudança

das coisas de forma independente do desejo organizado pelos sujeitos no sentido de alcançar novos objetivos.

Podemos dizer, ainda, que nesses dois movimentos com seus conteúdos simbólicos, um movimento tem o sentido objetual, concreto, que se materializa em sujeito coletivo em busca de um objetivo desejado e, outro, tem o sentido de ato de mover o desejo na marcha do tempo para se chegar a todos os objetivos. Ambos são complementares, complexos e devem ser compreendidos em suas particularidades que influenciarão e possibilitarão, ou não, a realização de desejos no andar a vida.

O SUS, em si mesmo, é resultante dos dois movimentos, um concreto - o movimento sanitário - e, outro, que mantém o sistema de saúde em movimento (ato de mover), no sentido abstrato da dinâmica do andar das coisas da vida.

Diz-se que o SUS está em construção: esse é o movimento abstrato que expressa a marcha do tempo na realização do desejo expresso simbolicamente pelo movimento social que lhe deu origem, cujo eco do desejo de sua realização mantém-se presente. Contudo, o fazer-se alguma coisa para a construção do SUS e participar desse processo depende de um movimento concreto dos sujeitos, movimento social que existe no presente, para que o desejo de sua construção se realize. Temos então o SUS criado mas ainda por ser construído no movimento do tempo.

O dilema colocado, nos dias de hoje, na dialética dos dois movimentos - abstrato e concreto - decorre da mudança do cenário em que se deu a origem do SUS, em que a harmonização dos movimentos foi concretizada e exitosa com a realização do desejo de sua criação, mas que não necessariamente se mantém no plano dos fatos, enquanto movimento social concreto no percurso abstrato de movimento da marcha do tempo para a sua construção.

De um modo bastante simplificado podemos considerar que o desejo essencial da criação do SUS era a transformação do modelo centrado na doença para um modelo centrado na saúde, ainda não perdido pelo eco do movimento original. Resta saber se no movimento abstrato de construção do SUS e na dinâmica de seu andar ao som do eco original, o sujeito coletivo instituído na concretização do desejo de criação do SUS se comporta enquanto movimento social concreto para alcançar o mesmo objetivo.

II - O SUS em movimento

O processo de lutas sociais históricas por um país com um modelo de saúde distinto ao do anterior ao SUS, levadas ao extremo no período autoritário e, com o seu fim, no

processo constituinte, centrou sua ênfase na democratização das políticas públicas dirigidas ao setor saúde. O principal corolário da democratização da saúde foi a atitude do movimento sanitário original em garantir o controle social, enquanto movimento social decorrente, na estrutura do sistema.

Tendo o controle social consolidado, de fato e de direito, como primado constitucional da democratização do SUS, a complexidade de estruturação do sistema no movimento de sua construção necessariamente passou a seguir o caminho da doutrina e da organização, em obediência às regras de direito, para chegar ao mundo de fato (factual), estabelecidas em sintonia com a ideologia do desejo alcançado e objetivado nas cenas originais da luta política.

Assim, podemos dizer que o SUS é a construção de um novo modelo setorial democratizado de política pública, obediente a uma doutrina de direito - universalidade, integralidade, igualdade/equidade - e desafiado a se organizar no mundo dos fatos (factual) para dar concretude no campo real ao desejo ideológico alcançado, que pretende se manter objetivado no movimento do tempo nas cenas presentes e futuras de luta política.

A organização do SUS que vai firmando os pilares de sua construção na direção do objetivo factual tem como sustentação a descentralização, a desconcentração de poder e a hierarquia de suas ações e serviços. Para viabilizar sua construção, o SUS possibilita estabelecer consensos, mediante a firmação de pactos interfederativos¹. Pactos e consensos passaram a ser, pois, estratégias de fato decorrentes da doutrina e organização de direito, desde a criação do SUS.

Embora o SUS represente a vanguarda das políticas sociais na concepção democrática de sociedade, especialmente por contemplar no processo histórico de sua criação os movimentos sociais de resistência e luta que viabilizaram sua formulação, não funciona como estrutura sistêmica de articulação com outros setores de interesse da saúde, bem assinalados na sua lei orgânica regente². Ou seja, por se tratar de um sistema que não se comporta sistemicamente não se movimenta de forma sistêmica na direção do objetivo desejado no tempo, coerente com sua ideologia.

A ideia de sistema do SUS é contradita pela sua incapacidade de integrar-se organicamente às demais políticas sociais na perspectiva dos dois sentidos de movimento que adotamos neste texto.

No sentido abstrato de movimento, o SUS sistêmico deveria se mover de modo harmônico e introjetado nas demais políticas sociais de interesse da saúde. No sentido concreto de movimento, o ideário de construção do SUS deveria estar contemplado no

desejo dos sujeitos coletivos que pugnam pelas demais políticas sociais de interesse da saúde. Em nenhum dos casos isso ocorre. Aqui podemos dizer que pactos e consensos são estratégias inovadoras que acompanham a novidade que o SUS representa, mas são tímidas em sua abrangência por se aplicarem tão somente às ações e serviços de saúde na esfera do aparato cuidador da doença. Pactos e consensos não são aplicados à complexidade sistêmica das políticas públicas de interesse da saúde e, portanto, não acompanham a maior novidade que se pretendeu originalmente imprimir ao SUS na mudança do modelo, ao ser concebido como sistema.

No caso específico das relações entre saúde, trabalho e direito, as contradições decorrentes de um sistema não sistêmico geram desejos de mudança sem bases sólidas para as mudanças. Ficamos no plano do desejo sem a capacidade operativa de alcançar os objetivos de mudança no plano factual. Essa é a essência de nossa discussão neste texto.

III - Saúde, Trabalho, Direito e os movimentos da vida

Saúde, trabalho e direito são categorias centrais das coisas da vida, conectadas de modo indissolúvel no movimento de andar a vida e, para que melhor compreendamos suas inter-relações, devemos observá-las num sentido integralizador de seus significados, suas interdependências e interinfluências.

Nessa linha, saúde, trabalho e direito compreendem um conjunto de situações e significados com sentidos totalizadores, para produzir e reproduzir a vida, dar sustentação ao modo de andar a vida* dos grupos humanos e buscar a harmonia das relações que se estabelecem no decorrer da vida.

A par das definições clássicas de cada uma dessas variáveis, de per si, vejamos cada um dos componentes da tríade saúde-trabalho-direito para depois tentar totalizá-las e unificá-las numa categoria integralizada.

Vamos entender a saúde como um bem objetivo e subjetivo integrado na unidade indissociável do sujeito, seja individual ou coletivo, como estado e condição de ser e vir a ser (devir) no percurso histórico da vida.

Embora similares em significados - estado e condição - vamos utilizar a ideia de estado de saúde no sentido de ser (sentir e ter saúde) e a ideia de condição de saúde no sentido de vir a ser (poder continuar sentindo e tendo saúde). Algo com o significado de estado como o tempo presente e condição como o conjunto de viabilidades do tempo futuro.

* A expressão 'modo de andar a vida', atribuída impropriamente a Canguilhem, pode ser analisada em sua dimensão original em Almeida-Filho, Naomar. Modelos de determinação social das doenças crônicas não-transmissíveis. Ciência & Saúde Coletiva, 9(4):865-884, 2004.

Como sujeito individual ou coletivo, cada ser em si ou grupo humano em seu devir histórico depende da saúde, enquanto estado e condição, da melhor maneira possível até o limite finito de cada existência, individual ou do grupo.

A medida da melhor maneira possível de ser e vir a ser em matéria de saúde, por ser decorrente de um estado e de uma condição de saúde dependentes de condições subjetivas e objetivas humanas que são influenciadas por arranjos culturais, sociais, econômicos, políticos, éticos, técnicos e, entre outros, intersubjetivos, é uma abstração assentada numa utopia, em si mesma, da melhor forma de ser e devir.

Em última instância, é uma utopia assentada numa ideologia construída, a partir desses tantos arranjos que são característicos e imprescindíveis nas relações Estado-sociedade, sobre a melhor forma possível de andar a vida, seja no nível individual, seja no coletivo.

No aspecto epistemológico, a dificuldade de se definir a saúde nessa linha, enquanto uma utopia do melhor estado de ser (sentir e ter saúde) e da melhor condição de vir a ser (continuar sentindo e tendo saúde) no andar a vida, induz à busca de definições concretas e objetivas no mundo factual.

Na perspectiva do sujeito, individual ou coletivo, ter saúde - no estado de ser - é perceber-se saudável, sentir-se saudável, estar bem e, culturalmente, não se sentir doente; e ter saúde - na condição de vir a ser - é ser percebido por algo externo para que continue sendo saudável ou, de acordo com sua cultura, sentindo-se doente, volte a ser saudável.

Na situação do sujeito perceber-se, em que os fatores presentes nas relações Estado-sociedade influenciam fortemente a percepção do sujeito, a atuação do aparato institucional de cuidados de saúde se coloca numa posição marginal e periférica de influência que só seria superada se o SUS atuasse de forma sistêmica e introjetada na estruturação e condução das demais políticas públicas de interesse da saúde.

Já, na situação de ser percebido, como condição do devir, o sujeito individual e coletivo depende das estruturas capazes de fazerem isso no mundo real com a regra do direito a garanti-lo. Podemos considerar que aqui se situa mais concretamente o aparato institucional de cuidados de saúde e da doença - as ações e serviços de saúde preventivos e curativos - estruturas materiais - para a prestação de cuidados do devir. Em suma, situamos a saúde em dois planos dos sujeitos: o plano subjetivo de sentir - estado de ser - e o plano objetivo de vir a ser - condição do devir. No primeiro plano, a participação da instituição saúde é inexpressiva e pouco exigida, no segundo ela se faz mais presente e mais exigida, porquanto é materializada em cuidados concretos.

Reportando-nos à tríade saúde-trabalho-direito, vamos considerar a saúde como o estado de ser, com os sujeitos percebendo-se saudáveis no trabalho, e a condição de vir a ser, com os sujeitos sendo percebidos pelo aparato institucional de cuidados, quando o trabalho ocasionar perturbações no estado e condição de saúde. Ambos - estado e condição - são garantidos pela regra do direito que, no entanto, é limitada pela natureza restritiva do contrato que historicamente se aplica a essas relações².

O direito, por sua vez, pode ser entendido como o conjunto de regras estabelecidas pelo Estado nas sociedades de convívio humano, com o sentido de harmonizar as relações sociais, e disciplinar (controlar, atenuar, extinguir) os conflitos gerados, tanto nas relações de natureza subjetiva e intersubjetiva, onde se encontram os problemas entre sujeitos, quanto nas objetivas, próprias das organizações sociais externas aos sujeitos.

A regra do direito, embora tenha embutida a intenção de ser justa - aplicar a justiça ao conflito social - para alcançar a harmonia das relações, é sempre, em qualquer sociedade, reflexo das relações de poder entre quem faz a regra de um determinado modo e aqueles que desejam que a regra seja feita de outro modo. No conflito das relações sociais, o resultado final da regra do direito é, muitas vezes, totalmente antagônico ao desejo de um dos lados em disputa nos jogos de poder na marcha da aventura humana.

O direito, em suma, é fruto da luta política travada entre grupos humanos com visões distintas de justiça e harmonia aplicadas como regras sobre as coisas da vida. E os movimentos sociais organizados em busca de direitos que se transformem em regras do direito são a expressão mais próxima dessa luta política e, a história nos ensina, mais próxima da utopia do melhor ser e devir.

No caso do SUS, essa dinâmica, vista na perspectiva histórica, é demonstrada com muita nitidez pelos desejos do movimento sanitário transformados em regra do direito. No caso que estamos discutindo das relações saúde-trabalho, a regra conquistada no espírito da reforma do SUS aportou novidades incomuns no mundo capitalista, em que podemos destacar, entre inúmeras questões, o próprio fato de colocar as relações saúde-trabalho no espectro de intervenção da saúde pública. O movimento buscou, desse modo, a ruptura com o paradigma de uma saúde no trabalho vinculada não à instituição saúde, mas às instituições trabalhistas e previdenciárias, historicamente hegemônicas na condução das relações saúde-trabalho.

Entretanto, a despeito do tempo curto de nascença do SUS, passadas as duas décadas de sua criação, são profusos os entendimentos de que a saúde do trabalhador, como se convencionou chamar o campo de conhecimentos e políticas aplicadas às relações

saúde-trabalho, pouco caminhou, se é que caminhou, na direção de uma outra harmonia dessas relações, rompendo com o velho paradigma.

Ocorreu que o movimento social organizado que impulsionou a reforma sanitária, ao buscar maior harmonia das relações saúde-trabalho na arena de conflitos da luta política, conseguiu inserir o tema no campo de ação do SUS e conquistou um novo direito mas não conseguiu sustentar, pelo menos até os dias atuais, a aplicação da regra de fato. Não obstante a responsabilidade da transformação da sociedade não dever ser imputada aos seus movimentos organizados, suas conquistas devem uma parte de sua continuidade e revitalização à manutenção da luta no movimento, nos seus dois sentidos - concreto e abstrato -.

Muitas são as razões que levaram o movimento social organizado a não sustentar esse novo direito no mundo factual, o que não é propósito debater neste texto, mas cabe ressaltar a mudança da natureza original do movimento sanitário para um novo movimento de controle social instituído no SUS e as variáveis de institucionalidade, representatividade e estrutura de corpo que influenciaram o andar dessas coisas, como vamos analisar adiante.

No tocante ao componente trabalho em sua relação com a saúde e o direito devem ser ressaltados dois aspectos essenciais para a nossa discussão.

Um primeiro aspecto que trata do vínculo forte e perpétuo entre saúde e trabalho, para viabilizar e sustentar o andar a vida dos sujeitos humanos. Na perspectiva da trajetória humana, sem saúde não há vida e sem trabalho não há vida. A saúde dos sujeitos e o trabalho exercido pelos sujeitos são sustentáculos da vida.

A perspectiva marxista que fornece os elementos estruturantes ideológicos e conceituais do campo da saúde do trabalhador, considera que o trabalho ao transformar a natureza das coisas transforma a natureza do próprio homem. Na transformação da natureza humana pelo trabalho, a saúde do homem, enquanto componente que lhe viabiliza a vida, também se transforma.

A partir do trabalho, a transformação da saúde pode se dar no sentido positivo - de ter saúde - ou negativo - deixar de ter saúde. Essa transformação incide sobre os sujeitos no estado de ser e na condição de vir a ser.

A inclusão do campo da saúde do trabalhador no SUS, como expressão do desejo de mudança do modelo, buscava, e ainda busca, colocar novas variações das políticas públicas no sentido de se ter saúde no trabalho, sobrepujando as políticas públicas clássicas sobre as relações saúde-trabalho, em que ressaltavam, e ainda ressaltam, os aspectos negativos que mantêm o *status* permanente de deixar de ter saúde no trabalho,

especialmente por manter a saúde atrelada ao contrato estabelecido no mercado, onde a força de trabalho (com a saúde inclusa) é comprada e vendida.

São vários os elementos que diferenciam as abordagens das políticas públicas no campo da saúde do trabalhador face às políticas tradicionais, dos quais destacamos a inserção do trabalhador enquanto sujeito individual e coletivo protagonista das ações transformadoras desencadeadas no desenvolvimento das políticas. Outras questões relevantes na diferenciação das abordagens são tema estudado por diversos autores², escapando do objeto do presente texto.

Um segundo aspecto relacionado ao trabalho, embora também diga respeito às questões discutidas anteriormente, tem sua ênfase na relação com o direito-regra, em si mesmo.

O trabalho, mesmo tendo sido regulado ao longo da história humana³ e, portanto, tenha estado, de alguma forma, sob o manto do direito enquanto regra, adquiriu o formato atual nas suas relações com o direito (direito trabalhista) com a Revolução Industrial.

Nos Estados modernos, podemos dizer que o capitalismo industrial para atingir os seus propósitos de exploração e acumulação disciplinou o trabalho (saúde do trabalhador incluída) à sua feição pela via do direito. E, como já vínhamos apontando, o instrumento disciplinador foi o contrato entre as partes patrão-trabalhador - capital-trabalho - para ser mais preciso⁴.

Desde então, nos dois séculos e meio percorridos, grande parte da luta política dos trabalhadores centrada no conflito capital-trabalho girou, em maior ou menor medida, na ampliação dos direitos estabelecidos no contrato de trabalho. Não seria exagerado dizer que a luta de classes, ao menos no mundo capitalista central, saiu da arena política no sentido lato para reduzir-se à arena política no sentido estrito do campo do direito.

É sempre bom reiterar que a relação saúde-trabalho, com as decorrentes consequências sobre a saúde determinadas pelo trabalho, foi e continua sendo cláusula do contrato. O contexto histórico que conferiu supremacia ao capital na luta política com o trabalho, culminando nos anos recentes, pós-1980, com a nova ordem global de reestruturação produtiva e flexibilização trabalhista, amansou a força de reação dos trabalhadores e amestrou mais ainda o direito trabalhista ao feito do capital.

A inclusão do campo da saúde do trabalhador no SUS, coincidentemente no mesmo período pujante do neoliberalismo, buscou romper com o paradigma histórico da subordinação da saúde ao limite do contrato, ainda que se continuasse tendo o direito como balizador da relação saúde-trabalho. A rigor, o que se pretendia que ocorresse com a

relação saúde-trabalho-direito no SUS era uma passagem bastante nítida da regra tutorial do direito trabalhista e previdenciário, típico da cidadania regulada⁵, para a regra universalista do direito à saúde. A mudança de paradigma residiria não na renúncia ao direito, mas na sua amplificação ilimitada sem o jugo da regra subordinadora e limitante.

Embora o contrato de trabalho, historicamente, tenha garantido alguns direitos em matéria de saúde, não é difícil perceber que a utopia do melhor estado de ser e da melhor condição de vir a ser no andar a vida no trabalho, não tem no contrato de trabalho definições concretas e objetivas no mundo factual de se ter saúde. Não é esta a finalidade do contrato.

IV - Controle Social - falta movimento ao movimento

Considerando a participação da comunidade do SUS como movimento social concreto no mundo factual e legitimado pela norma legal, portanto não só de fato mas também de direito, temos um movimento instituído (institucionalizado), representativo e dotado de uma estrutura de corpo bem conformada.

Como expressão de democracia participativa, esse movimento, dito controle social, atende aos princípios regentes do sistema de saúde. Como movimento em direção ao objetivo de construção de um sistema sistêmico não podemos dizer que atende. Como movimento social expandido abarcando as relações saúde-trabalho-direito também não.

Em síntese, podemos apontar as dificuldades que colocam o controle social do SUS em dificuldades para atender ao objetivo desejado, nas relações saúde-trabalho-direito, com base nesses mesmos três aspectos: institucionalidade, especialmente no tocante à demanda instituída; representatividade, especialmente quanto ao seu espectro representativo; e estrutura de corpo, especialmente na permeabilidade à ocorrência de mudanças *interna corporis*.

A institucionalidade da demanda do controle social do SUS tem como referência o modelo da doença. Demandas instituídas pelo controle social se pautam no atendimento a questões não equacionadas e não resolvidas do modelo assistencial gerando um represamento permanente das reivindicações e das soluções possíveis no próprio modelo centrado na doença. Podemos dizer que há um paradoxo instituinte na esfera instituída.

Dizíamos, logo ao início, que o desejo de construção do SUS pautou-se na transformação do modelo enfermocêntrico para o modelo centrado na saúde, que ainda se move ao som do eco original do movimento sanitário. O que ouvimos, hoje, do movimento instituído no controle social do SUS é o som do clamor de demandas concretas, centradas na solução da enfermidade.

Entendemos que a possibilidade de fugir dessa armadilha, a despeito das dificuldades, é o redirecionamento da demanda instituída do modelo da doença para o modelo da saúde. Como exemplos emblemáticos, pensamos na busca por parte do controle social por uma centralidade política da vigilância em saúde; da educação popular; de uma atenção primária fiel a seus princípios originários; e da formação de recursos humanos para a saúde e não para a doença. E, principalmente, no encaminhamento de demandas mais sistêmicas na cena das políticas públicas de interesse da saúde. O controle social do SUS, enquanto movimento social, não exhibe esses aspectos em sua agenda instituinte. Aqui não nos propomos a debater as razões (até certo modo compreensíveis) desse processo, mas, apenas, apontar o mundo factual.

Trabalhar com a tríade saúde-trabalho-direito, então, numa outra perspectiva, significa consolidar fortemente o modelo preventivista, cuja vigilância dos processos produtivos e das regras que os regem é o eixo estruturador fundamental. E a questão da vigilância em saúde do trabalhador ainda se encontra completamente fora da agenda do controle social do SUS.

Quanto à representatividade, o controle social do SUS nasce com distorções. Movidos pela urgência, o Conass e o Conasems* tiveram um papel fundamental na recuperação dos vetos à Lei 8.080/90⁶, mas se auto-inseriram no controle social do SUS, conforme estabelecido na Lei 8.142/90. Daí surgiu um paradoxo: a gestão executiva imiscuiu-se na gestão participativa (participação da comunidade, conforme o preceito constitucional) que tem como propósito controlar, de fato e de direito, a mesma gestão executiva. Mesmo havendo uma correlação quantitativa 'favorável' à representação social (comunidade), mantém-se a instância controlada (executiva) na esfera controladora.

Embora entendamos que exista uma maior exequibilidade de ser resolvida, essa questão também não está na agenda do controle social e não é difícil imaginar a dificuldade para que esteja, em virtude de uma sufocação (simbólica ou real) da gestão executiva sobre a gestão participativa, por dentro da própria instância de controle social.

Além disso, a representatividade da parcela popular no controle social do SUS não está garantida nos aspectos de alternância, abrangência, diversidade, capacidade de representar efetivamente determinados segmentos, retorno ao representado, entre outros aspectos de uma esperada dinâmica de representação.

* Conass - Conselho Nacional de Secretários de Saúde (estaduais) e Conasems - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde.

Já no que tange à estrutura de corpo que, de certo modo, diz respeito aos aspectos anteriores, reproduz-se na instância de controle social o corporativismo no sentido de atendimento a interesses específicos. A própria representatividade de grupos específicos identificados por demandas represadas tende a gerar um espírito de corpo, cuja solidariedade interna ao grupo como um todo no atendimento recíproco aos grupos particulares resulta em demandas fragmentadas que se diluem no modelo assistencial.

Fator problemático adicional é a baixa rotatividade das representações, muitas vezes com uma perpetuação mantida pela estrutura de corpo inter-solidária.

A viabilidade de se solucionar a questão depende de arranjos locais de instâncias da sociedade civil representada no controle social, na maioria das vezes fora da esfera de influência do controle social em si mesmo.

Em relação a esses três aspectos do movimento social concreto - institucionalidade, representatividade, estrutura de corpo - podemos inferir que as relações entre saúde, trabalho e direito não encontram espaço para um debate mais ampliado nas instâncias de controle social do SUS.

V - Movimento, por que não?

A inserção do campo da saúde do trabalhador no SUS nos trouxe desafios adicionais à sua construção, relacionados aos dois sentidos de movimento que tentamos imprimir ao presente debate.

A constituição de uma agenda propositiva para pensar as relações saúde-trabalho-direito, nesse contexto, implica em algumas reflexões que tentamos sistematizar em 3 pontos.

(1) Um ponto da agenda relativo ao movimento abstrato, enquanto ato de mover as coisas da vida, considerando que já existe uma agenda pré-definida de construção do SUS, especialmente referendada no Pacto pela Saúde, em sua linha do Pacto em Defesa do SUS.

(2) Um outro ponto referente ao movimento social concreto, enquanto sujeito coletivo instituído, inserido na estrutura organizacional do SUS, de fato e de direito. E

(3) um ponto relacionado ao movimento social concreto não instituído na estrutura do SUS, mas que guarda um potencial de luta política no campo da saúde do trabalhador.

(1) Na questão do movimento abstrato, examinando-se o Pacto em Defesa do SUS, observamos que o documento legal que o estabelece faz uma chamada para a sua vocação

sistêmica e para a repolitização da saúde⁷. Esse reconhecimento, contudo, não se reflete em nenhuma linha de ação concreta, remetendo a convocatória da defesa do SUS fundamentalmente para a questão do financiamento. Sem qualquer ressalva, o financiamento do sistema é uma de suas pedras de toque, mas não muda o movimento na direção de uma recuperação da utopia sistêmica.

Uma agenda centrada no foco de nosso debate das relações saúde-trabalho-direito passa por rever o papel do SUS, especialmente em cada nível local da gestão executiva descentralizada, no processo decisório do desenvolvimento produtivo e seu impacto para a saúde como um todo.

A efetiva defesa do SUS implica no seu fortalecimento enquanto instância política de decisão na esfera pública sobre os fatores públicos e privados que interferem nos determinantes sociais e econômicos que, por sua vez, moldam o ser e o vir a ser dos sujeitos coletivos, face ao modelo de desenvolvimento imposto ao país.

Mais do que a defesa do SUS é preciso resgatar a utopia do SUS original, retirá-lo da posição periférica do poder decisório da política e fazê-lo caminhar no centro da decisão do modelo de desenvolvimento e no debate da sustentabilidade, nesta considerando de forma inédita o trabalho como categoria central.

Quando a Constituição Federal afirma que o Estado brasileiro tem o dever de garantir a saúde "*mediante políticas sociais e econômicas*" e, depois, a Lei Orgânica da Saúde (8.080/90) reitera esse preceito constitucional (formulação e execução), assinalando o trabalho e o meio ambiente entre vários determinantes, fica evidente o papel bastante tímido da gestão executiva neste tópico, nas três esferas de governo. A utopia sistêmica desejada na reforma revela-se lânguida no campo factual.

Numa tomada de atitudes mais ousadas, esta seria uma instigante pauta para uma Conferência Nacional de Saúde.

(2) Em relação ao movimento concreto, instaurado no controle social do SUS, enquanto sujeito coletivo instituído, inserido na estrutura organizacional do SUS, de fato e de direito, a agenda passa fundamentalmente pela capacidade de incorporação dos conteúdos temáticos das relações saúde-trabalho-direito. Ao examinarmos, recentemente, os temas de capacitação de conselheiros de saúde nos diversos projetos desenvolvidos nos últimos anos não observamos a categoria trabalho como central no debate da saúde^{8:9}.

Ora, em nossa linha de análise consideramos o trabalho, mesmo quando é baixa sua visibilidade como determinante social fundamental na saúde humana, como categoria

central nas relações sociais, políticas, econômicas, éticas e, claro, como objeto relevante no estabelecimento das regras do Estado de direito.

Nesse sentido, uma agenda de formação profunda e permanente sobre as relações saúde e trabalho, na perspectiva do Estado de direito, e, por extensão, das suas amplitudes no campo das relações sociais de produção e do desenvolvimento deveria ser pautada como prioridade em na capacitação de conselheiros de saúde.

(3) Finalmente, quanto ao movimento social concreto não instituído na estrutura do SUS, mas que guarda um potencial de luta política no campo da saúde do trabalhador, a construção de uma agenda das relações saúde-trabalho-direito, passa por uma reestruturação das instâncias acessórias do controle social do SUS - as comissões intersetoriais.

Estabelecidas nos artigos 12 e 13 da Lei Orgânica da Saúde (8.080/90), as comissões intersetoriais buscam dar conta das articulações necessárias principalmente para a formulação da política que extrapola o espaço setorial estrito. É o caso da saúde do trabalhador (relações saúde-trabalho-direito), prevista na lei.

Contudo, pouco a pouco, as Comissões Intersetoriais de Saúde do Trabalhador (Cist) nos últimos anos foram sendo restringidas em seu alcance, por força de representações inexpressivas de baixa amplitude e abrangência em suas estruturações. A Cist em vários estados e municípios passou a ser mero apêndice formal do conselho de saúde, inclusive, por ser exigido em muitas localidades que ela seja formada pelos próprios conselheiros. O fato, além de ser um contra-senso ao espírito de sua criação, no sentido de ampliar a intersectorialidade, acaba reproduzindo a pauta de discussão do próprio conselho.

O exemplo do Rio de Janeiro é emblemático, já que na década de 1990 a Cist estadual chegou a possuir mais de meia centena de representantes sindicais, estruturados em diversas câmaras técnicas, sendo pouco a pouco esvaziado, até chegar à situação atual, sem qualquer expressão na formulação da política de saúde do trabalhador do Estado¹⁰.

VI - Movimento, então!

Concluindo, podemos dizer que as relações saúde-trabalho em suas interfaces com o direito, garantidor de mecanismos harmônicos para o melhor modo de andar a vida dos trabalhadores, foram incluídas como objeto de desejo na utopia do SUS, mas o percurso até nossos dias mostra que os objetivos desejados não foram alcançados.

Por outro lado, guardando coerência com a ideia de que a vida é movimento, e que os dois significados simbólicos - movimento mesmo e movimento social - devem ser harmonizados numa agenda comum para o SUS, vamos seguir acreditando que é possível fazer alguma coisa mais.

Rever os meandros da institucionalidade, da representatividade e da estrutura de corpo do controle social do SUS pode ser articulado com a revisão do próprio SUS em sua vocação sistêmica não exercida.

A inclusão do tema das relações saúde-trabalho-direito na agenda do modelo de desenvolvimento do país pode ser uma demanda provocante, trazida por um controle social em saúde que não foi ainda despertado para isso.

Há um sujeito coletivo instituído no controle social do SUS, singular e com um enorme poder de mobilização, em busca de objetivos que, em essência, pretendem aprimorar a qualidade de saúde do povo brasileiro. Este sujeito coletivo pode ser instigado a se posicionar mais firmemente em relação a essas questões.

O papel dos profissionais de saúde comprometidos com o campo das relações saúde-trabalho-direito e apaixonados pelo SUS deve ser o de contribuir para que isso venha a ocorrer, no menor espaço de tempo que o movimento da vida permita.

Referências bibliográficas

1 - Santos, L.; Andrade, L. O. M. SUS: o espaço da gestão inovada e dos consensos interfederativos - aspectos jurídicos, administrativos e financeiros. Brasília (DF) / Campinas (SP): Conasems /Idisa, 2007.

2 - Vasconcellos, L. C. F. Saúde, trabalho e desenvolvimento sustentável: apontamentos para uma política de Estado. Tese de Doutorado em Saúde Pública. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, 2007.

3 - Mendes, R.; Waissmann, W. Aspectos históricos da patologia do trabalho. In: Mendes R, organizador. Patologia do trabalho. 2.ed atual. e ampl. São Paulo: Editora Atheneu; 2003; p. 3-46 (vol 1).

4 - Vasconcellos, L. C. F.; Oliveira, M. H. B. Direitos Humanos e Saúde no Trabalho. In Saúde e Direitos Humanos / Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz, Núcleo de Estudo em Direitos Humanos e Saúde Helena Besserman (NEDH). Ano 4, nº 4 (2007) - Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008.

5 - Santos, W.G. Décadas de Espanto e Uma Apologia Democrática. Rio de Janeiro: Rocco, 1998.

6 - Brasil. Ministério da Saúde. A Construção do SUS - Histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo. Faleiros, V.P.; Vasconcellos, L.C.F.; Silva, J.F.S.; Silveira, R.M.G. (org.). Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

7 - Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Regulamento dos Pactos pela Vida e de Gestão. Brasília: Editora MS, 2006.

8 - Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde. Departamento de Gerenciamento de Investimentos. Caderno de Atividades: curso de capacitação de conselheiros estaduais e municipais de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde, Departamento de Gerenciamento de Investimentos. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

9 - CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Informativo Interativo Eletrônico do CNS aos Conselheiros de Saúde, Ano III, nº 24, 16 de outubro de 2006. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Informativo/24.doc>>. Acesso em: 08 jun. 2009.

10 - Costa, K. C. F. Análise da trajetória do controle social em saúde do trabalhador no Estado do Rio de Janeiro. Dissertação (mestrado) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2009.

<p>* Luiz Carlos Fadel de Vasconcellos - Médico do Ministério da Saúde cedido à Fundação Oswaldo Cruz. Doutor em Saúde Pública. E-mail: elfadel@globo.com</p>
