

SAÚDE E TRABALHO NO BRASIL E OS DESAFIOS DA PARTICIPAÇÃO¹

Carlos José Naujorks²

Resumo: Este texto tem por objetivo delinear a presença do tema participação na formação do campo da saúde do trabalhador no Brasil, evidenciando como ele se articula aos marcos interpretativos da saúde de trabalhadores prevaletentes ao longo do século XX.

Palavras-chave: Saúde do Trabalhador; Legislação; Participação dos Trabalhadores.

HEALTH AND WORK IN BRAZIL AND THE CHALLENGES OF PARTICIPATION

Abstract: This paper intends to outline the presence of the subject participation in the occupation health field formation in Brazil, showing how it is linked to the interpretative parameters constituting worker's health, prevailing throughout the twentieth century.

Keywords: Worker's Health; Legislation; Worker Participation.

Introdução

O campo da saúde do trabalhador no Brasil constitui-se até meados da segunda metade do século XX pela confluência dos saberes médico e da engenharia de segurança no trabalho e pelos aparatos institucionais de regulação do trabalho e da previdência social. De forma geral, a participação dos trabalhadores nesse processo foi secundarizada. É apenas a partir da década de 1980, no contexto do movimento sanitário, que a questão da participação nas questões referentes à saúde dos trabalhadores adquire centralidade. Este texto tem por objetivo delinear a presença do tema participação na formação do campo da saúde do trabalhador no Brasil, evidenciando como ele se articula aos marcos interpretativos da saúde de trabalhador prevaletentes ao longo do século XX.

¹ Este trabalho é uma parte revisada da tese de doutorado do autor intitulada “Processo Identitário e Engajamento: um estudo a partir do Movimento de Saúde do Trabalhador no Rio Grande do Sul”.

² Professor do Departamento de Psicologia da Universidade Federal de Santa Catarina. E-mail: carlosnaujorks@hotmail.com.

O tema da participação no trabalho é extenso e há muito tempo presente nas ciências sociais. Até meados das décadas de 1960 e 1970, essa questão era abordada, por um lado, por autores marxistas ou anarquistas que apresentavam os conflitos de classe e as contradições fundamentais da sociedade capitalista e, por outro, muito diferente, pelas produções teóricas preocupadas com a gestão do trabalho e que faziam uma crítica aos limites do taylorismo e propunham processos de trabalho menos fragmentados e simplificados, como a Escola das Relações Humanas (GUTIERREZ, 1997; PATEMAN, 1992; COUTINHO, 2006). Na literatura marxista e anarquista o que se propunha era uma ruptura com a sociedade capitalista e a formação de novas formas de organização social. Aparecem nessa perspectiva o cooperativismo, o controle operário e a autogestão como formas de implementar uma participação não subordinada dos trabalhadores aos processos de trabalho. As teorias vinculadas à gestão de pessoas, por sua vez, vão incorporar a participação no contexto das relações interpessoais no trabalho, envolvendo temas como enriquecimento de tarefas, satisfação, motivação e qualidade de vida no trabalho (COUTINHO, 2006)

No campo da saúde do trabalhador, em suas matrizes teóricas e institucionalidades decorrentes, a participação aparece, também, com diferentes intensidades. É possível delimitar, claramente, três grandes matrizes no campo da saúde do trabalhador ao longo do século XX: a medicina do trabalho, a saúde ocupacional e a saúde do trabalhador³. Mesmo possuindo origens diversas e guardando entre si certos antagonismos, essas matrizes coexistem e em certos aspectos se complementam. Porém, as práticas que se hegemonizaram ao longo do século XX foram as da medicina do trabalho e, mais tarde da saúde ocupacional. Nessas, de forma específica, a participação dos trabalhadores está ausente ou aparece de forma subordinada (Mendes, 1991). Somente com o modelo da saúde do trabalhador é que aparece com centralidade a participação como um elemento estruturador. Este modelo, o modelo da saúde do trabalhador, constituiu-se em grande parte em oposição e conflito aos modelos da medicina do trabalho e da saúde ocupacional (Mendes, 1991).

Nas décadas de 1980 e 1990, o modelo da saúde do trabalhador constituiu-se como marco interpretativo que sustentou uma transformação profunda tanto nos dispositivos legais que regulamentam o campo da saúde do trabalhador quanto para a prestação de serviços de promoção ao direito à saúde dos trabalhadores e de atendimento aos trabalhadores vítimas de acidentes ou adoecimentos decorrentes do trabalho. Foi a partir desse marco interpretativo que se estruturou, vinculados ao Ministério da Saúde, a Rede Nacional de Atenção à Saúde do Trabalhador (RENAST), os Centros Regionais de Saúde do Trabalhador (CERESTs) e os serviços municipais de saúde do trabalhador, em suas mais diferentes formas. Mesmo que pensadas de forma complementar, essa institucionalidade é muito diferente, inclusive em seus fundamentos, das Comissões Internas de Prevenção de Acidentes (CIPAS), dos Serviços Especializados de Segurança e Medicina do Trabalho (SESMTs) e dos médicos do trabalho, característicos dos modelos da saúde ocupacional e da medicina do trabalho.

A formação do modelo da saúde do trabalhador no Brasil aconteceu por dentro do movimento de reforma sanitária, através das mobilizações sociais e dos processos de participação que culminaram na Assembleia Constituinte. A reforma sanitária foi impulsionada pela VIII Conferência Nacional de Saúde (1986) e pela formação de uma ampla coalizão de interesses que, ao longo da Assembleia Nacional Constituinte, garantiram na Constituição Federal de 1988 reformas que redefiniram as relações entre Estado e sociedade após o período da ditadura militar, produzindo um modelo para a saúde que teve como referência importante a participação social. A regulamentação do Sistema Único de Saúde (Lei 8.080 de 1990) definiu o controle social como um princípio, além da universalização da assistência e da normatização técnica do financiamento do sistema. O controle social é considerado como uma das grandes inovações políticas trazidas pelo Sistema Único de Saúde (LACAZ, 2007).

A compreensão sobre as possibilidades de participação dos trabalhadores nos processos que dispõe sobre a saúde no trabalho passa, em um primeiro momento, pela demarcação dos modelos de atenção à saúde do trabalhador que se constituíram ao longo do

³ O termo “saúde do trabalhador” pode designar em um sentido amplo o campo da saúde do trabalhador, envolvendo a medicina o trabalho e a saúde ocupacional. Pode, também designar uma perspectiva específica do campo, com sua abordagem teórica, técnica e mecanismos institucionais próprios. É a esse sentido estrito

século XX, pela explicitação do modelo da saúde do trabalhador como um marco interpretativo para a ação no campo da saúde, pela explicitação da participação como elemento constitutivo desse modelo e pelos conflitos que se instauram a partir do modelo da saúde do trabalhador como os modelos que lhe são anteriores.

1. O modelo hegemônico

Com a intensificação das transformações sociais decorrentes da revolução industrial houve, no final do século XIX, uma inflexão importante nas preocupações com a saúde do trabalhador. Já na obra *As doenças dos trabalhadores* (2000)[1700], do italiano Bernardino Ramazzini, considerada marco fundador na formação da medicina do trabalho, estão presentes questões como a preocupação e o interesse da população pelos problemas ambientais que afetam sua saúde; o entrelaçamento entre os problemas ocupacionais e ambientais e, uma certa compreensão epidemiológica da extensão dos agravos à saúde do trabalhadores (Mendes, 1995). Nessa obra, e em outras posteriores até meados do século XIX, o agravo a saúde dos trabalhadores era abordado considerando sua expressão numa determinada população, suas características ocupacionais e sua relação com o ambiente e o contexto social. Essa perspectiva que relacionava os processos de adoecimento às condições sociais do trabalho é alterada significativamente no final do século XIX. Dois processos relacionam-se com isso: primeiro, o desenvolvimento da manufatura industrial e a ampliação e concentração do trabalho no interior da fábrica (Braverman, 1987) e, segundo, a formação de uma medicina experimental, baseada na unicausalidade da determinação da doença e centrada no indivíduo. A invenção do microscópio, o desenvolvimento da bacteriologia, da anatomia, da farmacoterapia contribuíram para a formação desse modelo médico. No campo da saúde do trabalhador, essa perspectiva pode ser evidenciada no modelo da medicina do trabalho.

A medicina do trabalho desenvolveu-se no bojo da formação de um conjunto de disciplinas que passam a ter o trabalho, e mais propriamente a gestão do trabalho como seu objeto. Disciplinas como a administração (e particularmente a “administração científica do

que estamos nos referindo nesse texto. No sentido amplo usaremos a expressão “campo da saúde do trabalhador”.

trabalho”), a engenharia de produção, a engenharia de segurança, a ergonomia e a psicologia do trabalho foram constituídas como objetivo instrumentalizar a gerência nos processos de coordenação do trabalho (DWYER, 2006).

O desenvolvimento da engenharia de segurança no trabalho aconteceu através da invenção gradativa e cada vez mais aprimorada de dispositivos de segurança no trabalho, o que foi substituindo o conhecimento que os trabalhadores dispunham sobre seu trabalho e os cuidados que tinham para a sua realização. O saber técnico que substituiu o saber dos próprios trabalhadores não havia sido por eles elaborado e era utilizado através de prescrições definidas pelas empresas: “as noções tradicionais de verdade e de justiça utilizadas pelos trabalhadores para se oporem às idéias dos patrões sobre segurança e para servir de suporte às suas próprias definições são substituídas quando surgem dispositivos de segurança técnicos e, mais tarde, padrões legislativos” (DWYER, 2006, 59).

Após um período inicial de inovações técnicas em relação aos equipamentos de segurança, deu-se, em finais do XIX nos países industrializados, a formação de uma legislação específica sobre a prevenção de acidentes. Essa legislação definia quase sempre duas estratégias para a prevenção dos acidentes de trabalho: a definição da obrigatoriedade do uso de determinados dispositivos técnicos de segurança (equipamentos de segurança) e o pagamento de indenização por acidentes de trabalho. A legislação e a indenização constituíram uma forma importante de redução dos conflitos entre os trabalhadores e os empresários (DWYER, 2006).

É nesse contexto que foi elaborada, em 1884, na Alemanha, a lei sobre acidentes de trabalho e que se formou o conceito de “risco profissional”. A lei alemã instituiu a obrigação patronal de seguro contra risco de acidente e a indenização aos trabalhadores em caso de acidentes sem a necessidade de se evidenciar a culpa direta ou indireta dos patrões. Da mesma forma, em 1897, na Inglaterra, a lei sobre acidentes de trabalho baseou-se na noção de “risco profissional” e só em caso de culpa grave do trabalhador ele era excluído da indenização (MAENO & CARMO, 2005).

A noção de risco profissional considera o risco de acidente como algo inerente e indissociável a determinadas atividades profissionais (MAENO & CARMO, 2005). O risco profissional é um princípio que permite a compensação do acidente de trabalho através de uma indenização baseada em um seguro: “O princípio do risco é a base do

seguro privado que permitiu eliminar, em muitos casos, o princípio da culpabilidade legal. A compensação já pré-estabelecida, permitia uma diminuição dos custos, uma racionalização das normas de prestação, que ficavam até então, a critério do juiz” (FALEIROS, 1995, 84).

Tendo por referência a experiência britânica do final do século XIX, Tom Dwyer (2006) evidencia que as demandas por maior autonomia dos trabalhadores vinculadas aos locais de trabalho foram substituídas pelo apoio dos sindicatos às ações legislativas que definiram para as empresas medidas de segurança no trabalho, além de organizarem os próprios sindicatos fundos próprios de indenização, através de sociedades de ajuda mútua⁴.

Apesar da resistência de muitos sindicatos às tecnologias decorrentes da engenharia de segurança no trabalho, principalmente como uma reação à perda da autonomia dos trabalhadores, a partir da década de 1920, os sindicatos começaram a cooperar com a gerência e com a perspectiva da prevenção de acidentes através do uso de equipamentos de segurança tecnicamente prescritos e de condições ambientais seguras (DWYER, 2006). Duas razões podem estar relacionadas a isso: primeiro, a participação nas instituições intermediárias de saúde do trabalhador estabelecidas nos locais de trabalho (comissões de segurança organizados no próprio local de trabalho com a participação dos trabalhadores), que foram ao longo dos anos incentivadas tanto por governos quanto pelos empresários. Essas instâncias, segundo Dwyer (2006), teriam desempenhado o papel político de dissipar conflitos decorrentes das relações de trabalho. Depois, a própria dinâmica institucional das organizações dos trabalhadores, os sindicatos, que por constituírem-se em organizações burocráticas democraticamente eleitas, transformam as questões referentes a saúde em demandas a serem negociadas com os empresários como forma de legitimar e manter as ações das diretorias sindicais.

Contando com a ação do Estado através de legislações específicas e ações de fiscalização (o que tornaria os custos com investimento em segurança equânimes entre os empresários) e com a colaboração dos trabalhadores, gradativamente aconteceu a institucionalização das intervenções no campo da segurança do trabalho e o seu

⁴ As sociedades de ajuda mútua eram uma alternativa frente à proibição à organização sindical dos trabalhadores, comum nos países da Europa na primeira metade do século XIX. Os sindicatos foram autorizados em 1864, na França; em 1874, na Inglaterra e, em 1869, na Alemanha (FALEIROS, 1995, 82).

desenvolvimento como área de investigação científica⁵. Nesse processo, desenvolveu-se a noção de que através das ações técnicas a engenharia pode reduzir as dificuldades associadas ao trabalho (baixa produtividade e acidentes no trabalho), aumentando assim o lucro (DWYER, 2006, 82).

Na engenharia de segurança do trabalho, aliam-se a noção de “segurança é igual a lucro” e a teoria do “fator humano”, para a qual as deficiências pessoais são vistas como centrais para atos perigosos que produzem os acidentes de trabalho. Esse modelo de prevenção permaneceu praticamente inalterado ao longo de toda a primeira metade do século XX, até a década de 1960 (DWYER, 2006).

O contexto de racionalização da gestão do trabalho relacionado com a formação e o desenvolvimento da engenharia de segurança do trabalho foi expresso exemplarmente pelo taylorismo. O taylorismo representou a culminação de uma tendência presente na formação do empreendimento industrial de racionalização e planejamento através da gerência do trabalho. O desenvolvimento da engenharia de produção e da “administração científica do trabalho” constituiu uma tecnologia que permitiu para a gerência o controle da execução de toda atividade no trabalho, restando aos trabalhadores pouca interferência direta no modo de executar as atividades (BRAVERMAN, 1987, 86).

Além disso, a subordinação dos trabalhadores aos desígnios da gerência contou com a colaboração da psicologia do trabalho. No início do século XX, identifica-se uma “individualização” da psicologia (FARR, 1988), pela qual processos sociais passaram a ser compreendidos como sendo determinados por processos psicológicos. Isso acontece também, em relação às relações de trabalho. Assim, instituiu-se a gradativamente a “psicologia da indústria” como prática e como campo específico de conhecimento, produzindo tecnologias específicas como testes de seleção e avaliação de desempenho (SAMPAIO, 1998). Tais práticas contribuíram para constituir o técnico de gestão do trabalho (administrador, engenheiro, psicólogo, médico, etc.) como mediador entre os trabalhadores e a realização da atividade do trabalho, retirando do próprio trabalhador as condições de auto-gestão de sua atividade.

⁵. A publicação, em 1931, do livro *Industrial accident prevention: a scientific approach* de Herbert William Heinrich, marca a consolidação da engenharia de segurança como área de investigação científica (DWYER, 2006, 81).

Os processos que aconteceram com a engenharia de segurança, a administração e a psicologia ajudam a compreender a formação e a sustentação, ao longo de grande parte do século XX, da medicina do trabalho.

Ao se analisar historicamente a formação do campo da saúde do trabalhador no Brasil, pode-se evidenciar os atores e conflitos que se constituíram com a formação do marco legal e dos formatos institucionais que configuraram esse campo. Nesse processo, duas linhas de desenvolvimento aparecem, com percursos desiguais e quase sempre desarticulados: a saúde do trabalhador como um problema de regulamentação do trabalho e de previdência social, o que estará presente desde as primeiras regulamentações referentes à saúde do trabalhador; e, a saúde do trabalhador enquanto processo mais amplo de saúde, o que ganhará força apenas a partir da década de 1970⁶.

É, sobretudo, como previdência e regulamentação do trabalho que se institucionalizou e que apareceu na legislação brasileira a preocupação com a saúde do trabalhador.

No final do século XIX e nas primeiras décadas do século XX, o Brasil era um país essencialmente agrícola e agroexportador⁷. O movimento operário no Brasil se desenvolveu em um contexto de lenta e gradativa industrialização, a partir da expansão da economia cafeeira, principalmente por intermédio dos imigrantes italianos em centros urbanos como São Paulo e Rio de Janeiro. Esse desenvolvimento foi bastante incipiente até um pouco antes do início da Primeira Guerra⁸.

O movimento operário surgiu com maior força entre os anos de 1905 e 1908 a partir de várias mobilizações que colocavam em questão a jornada de trabalho, a associação

⁶ A LEI N° 6.229/1975, que dispunha sobre a organização do Sistema Nacional de Saúde definia o campo da saúde do trabalhador como competência do Ministério do Trabalho. É apenas com a LEI No. 8080/1990, que dispõe sobre o Sistema Único de Saúde, que a saúde do trabalhador será de competência do Ministério da Saúde. Muito embora isso, persistem ainda vários conflitos de competência entre o Ministério da Saúde e o Ministério do Trabalho sobre a atuação no campo da saúde do trabalhador. Um exemplo é a competência sobre a fiscalização da saúde dos trabalhadores nos locais de trabalho.

⁷ Entre 1921 e 1930, o café representava 70% das exportações brasileiras e em 1920 cerca de 70% da população ativa trabalhava na agricultura (FALEIROS, 1995, 126).

⁸ A Constituição da República de 1891 já previa o direito à livre associação. Em 1870 aconteceu a fundação da Liga Operária, no Rio de Janeiro. Os sindicatos rurais foram regulamentados pelo Decreto N. 979/1903 e os sindicatos urbanos pelo Decreto N. 1.637/1907 (QUEIROZ, 2007, 20).

compulsória às sociedades de beneficência e as condições de trabalho⁹. O período entre 1909 e 1912 é caracterizado por uma diminuição das mobilizações que são retomadas a partir de 1913 e que atingem seu ápice no período de 1917 a 1920 (FAUSTO, 1977).

Entre 1917 e 1920 uma série de greves dos trabalhadores em São Paulo e no Rio de Janeiro teve como principais reivindicações a melhoria das condições de trabalho, a regulamentação do trabalho da mulher e da criança e dos acidentes de trabalho¹⁰. Até então “a prática para tratar acidentados consistia em enviá-los à assistência policial para determinar a culpa, e à Santa Casa para os curativos, o que aliviava os custos patronais, mas não as reclamações operárias” (FALEIROS, 1995, 130). A partir de seus sindicatos e de suas mobilizações, os trabalhadores começaram a aparecer como um elemento de tensão importante no processo de regulação do Estado sobre a saúde dos trabalhadores.

Uma primeira forma de institucionalização das questões referentes à saúde do trabalhador aconteceu com a criação, em 1911, do Departamento Estadual do Trabalho de São Paulo (DET), o que constituiu um “esboço de intervenção do Estado na questão do trabalho” (MAENO & CARMO, 2005, 30), e, depois, com a elaboração das primeiras legislações sobre as questões relacionadas ao trabalho.

É como certa reação do Estado a essa necessidade de regulamentar o trabalho que foi criado em 1918 o Departamento Nacional do Trabalho (Decreto 3.550/1918) e, no ano seguinte, a primeira Lei de Acidentes de Trabalho no Brasil.

A Lei de Acidentes de Trabalho de 1919 (Decreto Legislativo 3.724/1919) colocou em oposição os interesses dos sindicatos de trabalhadores, o governo e os empresários, além fazer aparecer posições diversas apresentadas entre jornalistas, juristas e médicos.

A aprovação desse projeto visava por fim às reclamações operárias de toda espécie, que todos os dias sitiavam por todos os lados, o governo de São Paulo, pelas manifestações de greves (...) Assim, a leis sobre os acidentes de trabalho pôde ser o resultado de uma pressão forte e imediata da classe operária, mesmo espontânea e anarquista (FALEIROS, 1995, 130).

⁹ “Nos anos 1905-1908, dá-se a formação da Federação Operária de São Paulo e se realiza o Primeiro Congresso Operário; ocorre duas grandes greves em Santos (1905 e 1908), a greve ferroviária paulista, a greve generalizada de maio de 1907 em São Paulo, a paralisação dos sapateiros na Capital da República (1906)” (FAUSTO, 1977, 133).

¹⁰ Entre 1917 e 1920 houve 112 greves em São Paulo (FALEIROS, 1995, 130). Boris Fausto (1977, 192 e ss) faz uma análise detalhada das greves de 1917 e 1918 em São Paulo.

Numa interpretação em outro sentido, Ângela de Castro Gomes (citada por FERRAZ, 2010, 209), considera que longe de ser resultado das mobilizações dos trabalhadores “a lei de acidentes foi um dos expedientes encontrados pelas emergentes classes industriais da Primeira República para proteger os ‘desamparados’ do sistema político, estando mais próxima da filantropia do que da conquista política do movimento operário organizado”.

Em todo caso, a Lei 3.724/1919 adotou a noção de “risco profissional”. Dessa forma, o conceito de risco profissional foi implantado no Brasil na sua primeira lei sobre acidentes de trabalho. O debate sobre a aprovação do projeto e o uso da noção de risco profissional vinha sendo realizada já há alguns anos, sendo apoiada por jornalistas, juristas, médicos, pelo Departamento Estadual do Trabalho de São Paulo. Os empresários (Associação dos Industriais de São Paulo), apesar de inicialmente se oporem a qualquer projeto de uma legislação sobre o trabalho, viram na legislação de acidentes de trabalho uma forma de manter os custos uniformes da mão-de-obra, sem conceder sobre horas de trabalho, uma reivindicação histórica dos trabalhadores (FALEIROS, 1995).

A noção de “risco profissional” passou a ser defendida pelas entidades empresariais e pelas companhias de seguro da época. “Para o Centro Industrial do Brasil (CIB), que na época congregava os industriais, a adoção do risco profissional “inerente” a qualquer trabalho, representava a abolição da negligência dos patrões. (...) a lei atendia, nesse aspecto, aos interesses do CIB” (MAENO & CARMO, 2005, 32).

Algumas características do modelo que se instituiu a partir da Lei de Acidentes de Trabalho de 1919 são: os acidentes de trabalho são considerados aqueles provocados única e exclusivamente pela atividade laboral, devendo ser possível identificar sua causa específica (princípio da unicausalidade); o trabalhador ou sua família era indenizado de acordo com as sequelas produzidas pelo acidente ou em caso de morte¹¹; socorro médico-hospitalar e farmacêutico era uma responsabilidade do empregador; em caso da necessidade de ausência do trabalhador ao serviço em função do acidente o empregador deveria fazer comunicação à autoridade policial (MAENO & CARMO, 2005, 34).

¹¹ Essa indenização era responsabilidade do empregador “o que tornava incertas as liquidações dos danos, sobretudo no caso das pequenas empresas” (RIBEIRO & LACAZ, 1984, 70).

Segundo Maria Maeno e José Carlos do Carmo (2005, 34), “na prática, a legislação tornou-se um mecanismo de mercantilização, de monetização do acidente, que passou a ser objeto de compra e venda de prêmios e seguros, constituindo-se em um mecanismo de acumulação das seguradoras”.

Uma segunda lei sobre acidentes do trabalho foi aprovada no primeiro governo de Getúlio Vargas (Decreto 24.637/1934)¹². Esta lei não trouxe grandes modificações à Lei de 1919: também se baseava no conceito de risco profissional e no princípio da unicausalidade; o Ministério do Trabalho é quem deveria elaborar uma lista de doenças relacionadas ao trabalho e obrigava o empregador a manter registro próprio sobre os casos de trabalhadores afastados do trabalho em decorrência de acidentes.

Já havia, porém, posições entre médicos e técnicos do Ministério do Trabalho que propunham o conceito de causalidade múltipla e que colocavam a necessidade de estatização dos seguros de acidente de trabalho (MAENO & CARMO, 2005, 36-37). A institucionalidade constituída à época para isso foram as Caixas de Aposentadoria e Pensões, que passaram a ser criadas a partir do governo federal e por decretos-lei específicos¹³.

Assim foram constituídos os Institutos de Aposentadoria e Pensões, autarquias organizadas em âmbito federal por categoria profissional. O Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Marítimos foi criado em 1933, dos Bancários e dos Comerciários em 1934, dos Industriários em 1936, entre outros (FALEIROS, 1995; MAENO & CARMO, 2005). A implantação dos Institutos de Aposentadoria e Pensões foi gradativa. A ele correspondeu um processo de centralização das ações de previdência no governo federal e a ampliação de uma burocracia estatal técnica¹⁴.

¹² Antes disso, instituiu-se o Conselho Nacional do Trabalho (Decreto 16.027/1923) e, depois, o Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio (Decreto 19.433/1930).

¹³ Já no século XIX foram criadas algumas caixas de assistência: 1888 para os ferroviários; 1889 para empregados dos correios e imprensa oficial (FALEIROS, 1995, 135).

¹⁴ Em 1932 havia 140 Caixas de Aposentadoria e Pensões, com 189.482 segurados ativos, 10.279 aposentados e 8.820 pensionistas; em 1948 os cinco grandes Institutos contavam com 2.897.000 segurados, 18% da população do país e havia 30 Caixas (FALEIROS, 1995, 135).

Os Institutos que substituíram as Caixas, responderam a uma racionalização tecnocrática, a uma centralização federal, a uma cooptação da classe operária, como também (...) permitiu aos patrões diminuir suas despesas administrativas e socializarem os custos das Caixas, com a contribuição dos trabalhadores de todo o país [além disso] o governo de Vargas tinha interesse em utilizar o dinheiro das Caixas e Institutos de Aposentarias para estimular a industrialização (FALEIROS, 1992, 136).

A terceira Lei de Acidentes de Trabalho (Decreto Lei 7.036/1944) estabeleceu um tempo de transição para um modelo estatal de seguro social. Isso acabou acontecendo bem mais tarde em função da oposição dos setores empresariais e das companhias de seguros.

Maria Maeno e José Luiz do Carmo (2005) evidenciam os atores e o campo em conflito na saúde do trabalhador, entre as décadas de 1940 e 1960: a partir do Estado, as posições de alguns técnicos do Ministério do Trabalho pressionavam o governo para uma perspectiva de estatização da seguridade social; as seguradoras privadas organizadas a partir de 1941 através da Associação Brasileira para Prevenção de Acidentes (ABPA) defendiam a manutenção do seguro privado de acidentes de trabalho. A ação dos sindicatos, nesse contexto, era bastante limitada.

A Lei de 1944, além de estabelecer um prazo para um modelo estatal de previdência social, trouxe outras inovações importantes em relação à saúde do trabalhador: introduziu o conceito de “risco de autoridade” e de concausalidade, abolindo a necessidade de caracterização da causa única; criou a figura do acidente de trajeto; criou as Comissões Internas de Prevenção de Acidentes (CIPAS); introduziu a noção de prevenção de acidentes e higiene do trabalho (MAENO & CARMO, 2005).

O conceito de risco de autoridade ampliou a noção de risco profissional. O risco profissional restringia a indenização por acidente a atividades insalubres ou perigosas. Dessa forma, os riscos cobertos pelos Institutos eram de doença, invalidez, morte e velhice, esses nos casos de aposentadoria por idade (MAENO & CARMO, 2005; FALEIROS, 1995). O conceito de risco de autoridade estabeleceu que há uma subordinação jurídica entre patrão e empregado e que todo acidente resulta, direta ou indiretamente, de uma subordinação do trabalhador à autoridade do patrão, mesmo em se tratando de uma atividade que não seja classificada de risco (MAENO & CARMO, 2005).

A ampliação da importância da atividade técnica no campo da saúde do trabalhador foi acontecendo também a partir da formação de uma institucionalidade própria ao campo da saúde do trabalhador, como os Departamento de Higiene Ocupacional, criados em várias universidades brasileiras, os Serviços de Higiene Ocupacional do Serviço Social da Indústria (SESI) e a Fundação Jorge Duprat Figueiredo de Segurança e Medicina do Trabalho (FUNDACENTRO).

Já em 1931 tinha sido fundado na Universidade de São Paulo o Departamento de Higiene Ocupacional, “único centro brasileiro - talvez latino-americano - em que a higiene ocupacional era ensinada” (MAENO & CARMO, 2005, 39). Esse departamento teve, ao longo das décadas de 1940 e 1950, um papel importante na formação de técnicos voltados a uma perspectiva mais próxima à saúde ocupacional.

Outro agente importante na formação do marco interpretativo da saúde ocupacional na Brasil foi o Serviço Social da Indústria (SESI). O SESI foi criado em 1946, a partir de uma incumbência feita pelo governo federal à Confederação Nacional da Indústria, a partir de um Decreto Lei (N. 9.403/1946), para constituir “um serviço próprio, destinado a proporcionar assistência social e melhores condições de habitação, nutrição, higiene dos trabalhadores e, bem assim, desenvolver o esforço de solidariedade entre empregados em empregadores” (BRASIL, 1946). Em 1950, o SESI organizou o seu serviço de higiene industrial e, através da ação de precursores no Brasil da saúde ocupacional como o engenheiro Fernando Ferraz e o médico Bernardo Bedrikow, incentivou a criação das CIPAs.

O desenvolvimento do campo da saúde ocupacional no Brasil acompanhava o seu desenvolvimento internacional¹⁵. Na década de 1950, a saúde ocupacional ganhou relevância internacional. Em 1958, a 42ª. Conferência da Internacional do Trabalho tratou dos serviços de saúde ocupacional e, no ano seguinte, expediu uma recomendação específica sobre o tema (Recomendação N. 112). Essa recomendação enfatizava o caráter essencialmente preventivo dos serviços de medicina do trabalho.

¹⁵Maria Maeno e José Carlos do Carmo (2005, 46-48) relatam que Benjamim Alves Ribeiro criou o Departamento de Higiene Ocupacional da USP após retornar de um curso de pós-graduação no John Hopkins University (EUA). Fernando Ferraz implantou o serviço de higiene industrial no SESI a partir de uma viagem que fez aos EUA. Bernardo Bedrikow fez mestrado em Higiene do Trabalho na Universidade de Harvard (EUA).

Ao longo das décadas de 1950 e 1960, no Brasil, gradativamente a perspectiva restrita de acompanhamento clínico dos trabalhadores no trabalho, presente no modelo da medicina do trabalho, foi sendo contraposta à perspectiva de incorporação de outras especialidades como a Engenharia de Segurança no Trabalho, a Ergonomia e a Higiene Industrial, apresentando-se assim o conceito de Saúde Ocupacional, que passou a ser dirigido ao trabalhador no contexto do ambiente de trabalho.

Em 1966, a Lei N. 5.161 criou a FUNDACENTRO, que se tornou uma referência importante na consolidação do campo da saúde ocupacional no Brasil. Ainda na segunda metade da década de 1960, no contexto da ditadura militar, houve uma maior centralização na organização institucional previdenciária. Em 1966, todos os Institutos foram integrados no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) (FALEIROS, 1995, 137).

Em 1967, duas novas leis de acidentes de trabalho foram formuladas. A primeira (Decreto Lei 293/1967), formulada em fevereiro foi revogada pela segunda em setembro e foi, de forma evidente, resultado das pressões das seguradoras privadas. O Decreto Lei 293/1967 dispunha sobre o seguro de acidente de trabalho. Esse decreto concentrava e dava exclusividade às seguradoras privadas em relação às indenizações relativas aos acidentes de trabalho. A partir da reação do movimento sindical, a lei nem chegou a ser regulamentada (MAENO & CARMO, 2005).

A Lei 5.316/1967 foi outorgada em setembro e substituiu o Decreto Lei 293 de fevereiro. Essa lei manteve a noção de doenças do trabalho¹⁶, criada pela lei anterior e a equiparou às noções de doenças profissionais e acidentes de trabalho. A criação, ainda que com poderes bastante restritos em relação à saúde do trabalhador, do Instituto Nacional da Previdência Social (INPS) aconteceu apenas em 1967.

2. A formação do contra-modelo

A medicina do trabalho é o primeiro de três modelos de atenção à saúde dos trabalhadores constituídos ao longo do século XX, ao qual se soma o modelo da saúde ocupacional e, mais recente, o da saúde do trabalhador. Esses modelos foram produzidos a

¹⁶ Considera-se doença do trabalho “qualquer das chamadas doenças profissionais, inerentes a determinados ramos de atividade e relacionadas em ato do Ministro do Trabalho e Previdência social [bem como] a doença resultante das condições especiais ou excepcionais em que o trabalho for realizado” (BRASIL, 1967).

partir da medicina e sua confluência com outras disciplinas, formando, cada um deles, marcos interpretativos próprios para a compreensão e a intervenção no campo do trabalho. Atualmente, esses modelos são utilizados de forma concomitante, produzindo-se muitas vezes sobreposições entre eles. Cada modelo surgiu a partir de críticas aos modelos anteriores, de conflitos relacionados a interpretações sobre os processos de saúde e adoecimento decorrentes do trabalho, de interesses de profissionais da área da saúde e segurança do trabalho, de trabalhadores e suas organizações, dos empresários e de agentes vinculados ao Estado. Além disso, os conflitos entre os modelos acontecem em relação a centralidade de intervenção de determinados profissionais nos processos de saúde-doença, em relação à presença do Estado, e em relação à participação dos trabalhadores nesses processos.

Considerando os três modelos em questão, podemos afirmar que apenas o modelo da saúde do trabalhador incorpora, de forma central e como um elemento constitutivo de seu marco interpretativo, a participação dos trabalhadores. Diferente dos modelos da medicina do trabalho e da saúde ocupacional, o modelo da saúde dos trabalhadores é implementado a partir de mecanismos criados pelos próprios trabalhadores, através de suas organizações: “uma das originalidades do movimento [de saúde do trabalhador] foi a emergência, ao longo da década de 1960, de um *modelo autônomo* de análise das condições de trabalho, modelo este que teve profunda influência nas políticas e práticas de saúde no trabalho” (MACHADO, 2006, 18). Só a partir desse modelo podemos falar em um “movimento de saúde do trabalhador” ou em um modelo que tenha surgido a partir de lutas e formulações dos próprios trabalhadores.

A partir da década de 1970, no bojo de uma série de revisões que acontecem no campo das ciências sociais¹⁷, desenvolveu-se, a partir da medicina social e da saúde coletiva, uma crítica aos modelos da medicina do trabalho e da saúde ocupacional, gestando-se a partir daí um novo conhecimento sobre as relações trabalho - saúde (LACAZ, 1996, 120). No Brasil, esse processo aconteceu em grande parte pelas influências do chamado Modelo Operário Italiano e da Medicina Social Latino-americana.

¹⁷. Na antropologia e nas ciências sociais, a valorização dos significados sociais apresentados pelos agentes sociais, os aspectos culturais, cotidianos e interpessoais presentes nas relações sociais; No campo da saúde mental, o desenvolvimento da antipsiquiatria e da psiquiatria social.

Na Itália, na década de 1970, como resposta ao movimento dos trabalhadores, mudanças significativas na legislação e novas políticas sociais, ampliaram a participação dos trabalhadores nas questões referentes à saúde do trabalhador¹⁸. Teoricamente, desenvolveu-se no contexto da reforma sanitária italiana o Modelo Operário Italiano formulado a partir dos trabalhadores e suas organizações e com uma participação importante de médicos sanitaristas. O Modelo Operário Italiano propunha a participação dos trabalhadores a partir de seu local de trabalho e a não delegação dos assuntos referentes aos trabalhadores e sua saúde a técnicos das empresas (LACAZ, 1996; MENDES & DIAS, 1991).

A novidade de hoje [1970] é que por parte dos trabalhadores, e de um grupo sempre maior de sanitaristas, surge uma iniciativa que tem caráter de governo, um impulso não para ampliar ou melhorar o atual sistema, mas reformá-lo. O fulcro deste impulso nasce na fábrica, com as exigências e conquistas conseguidas pelos trabalhadores durante as lutas de 1969, para mudar as condições de trabalho, e não só o salário, para mudar o horário, o ritmo do trabalho, para intervir sobre a poluição ambiental (BERLINGUER, 1983, 124).

Uma contribuição direta do modelo italiano no Brasil se deu a partir da presença, no Brasil, do médico sanitarista e ex-senador italiano Giovanni Berlinguer, em 1978. A partir de sua visita, que havia sido feita por ocasião do lançamento da segunda edição do seu livro “A Saúde nas Fábricas”, dezesseis médicos sanitaristas brasileiros foram realizar estudos sobre saúde do trabalhador em institutos italianos (MAENO & CARMO, 2005, 63).

Um resultado importante dessa troca de experiências foi a introdução no Brasil da metodologia do “Mapa de Riscos”, utilizada para a análise e determinação de estimativas de riscos físicos, químicos, biológicos e de organização do trabalho aos quais o trabalhador está exposto (MAENO & CARMO, 2005). Essa metodologia pressupunha a participação ativa do trabalhador na elaboração do Mapa de Risco.

Além da incorporação das discussões trazidas pelo modelo operário italiano, o modelo da saúde do trabalhador se desenvolveu no Brasil tendo por referência o desenvolvimento da Medicina Social Latino-americana, a partir principalmente de

¹⁸ “Na Itália, a Lei 300, de 20 de maio de 1970 (...) mais conhecida como "Estatuto dos Trabalhadores", incorporou princípios fundamentais da agenda do movimento de trabalhadores, tais como a não delegação da vigilância da saúde ao Estado, a não monetização do risco, a validação do saber dos trabalhadores e a

produções realizadas na Universidade Autônoma do México e das posições assumidas da Organização Panamericana de Saúde (OPAS) (LACAZ, 1996; VASCONCELLOS, 2007).

A perspectiva da Medicina Social Latino-americana enfatiza uma compreensão macrossocial dos processos de saúde e doença. Compreende-se aqui que os processos de saúde e doença são processos sociais e históricos e estão articulados ao conjunto dos processos sociais mais amplos, como a cultura, a economia e a política (LAURELL, 1982). A categoria *processos de trabalho* é tomada como uma categoria central para o estudo dos aspectos sócio-políticos relacionados aos processos de saúde e doença no trabalho (LACAZ, 1996, 119).

A MSL [Medicina Social Latino-americana] propõe, então, uma visão do conceito de trabalho que incorpora a idéia de processo de trabalho, na qual o foco não se restringe à sua composição ambiental constituída dos vários fatores/agentes de risco e externo ao trabalhador, mas como uma “categoria” explicativa que se inscreveria nas relações sociais de produção entre o capital e o trabalho (LACAZ, 1996, 23).

Essa perspectiva vai, também, enfatizar a denominação saúde do trabalhador em substituição à denominação saúde ocupacional (MINAYO-GOMEZ & THENDIM-COSTA, 1997; LACAZ, 2007).

Além das influências diretas do Modelo Operário Italiano e da Medicina Social Latino-americana, no Brasil, a formação do marco interpretativo da saúde do trabalhador está relacionada, também, com o processo de redemocratização política, com o Movimento de Saúde e com o desenvolvimento do campo da saúde pública (GERSCHMAN, 1995).

Nas décadas de 1970 e 1980, o modelo da saúde do trabalhador se constituiu a partir de uma série de instituições ligadas à saúde pública e do envolvimento de técnicos do Estado relacionados a esse campo, além de ações realizadas a partir do movimento sindical. Lacaz (1996), examinando as formações discursivas presentes na formação do campo da saúde do trabalhador no Brasil, faz uma análise a partir de três agentes diferenciados: academia, serviços e movimento sindical. O autor evidencia que esses três agentes estiveram relacionados com a formação do campo da saúde do trabalhador a partir de perspectivas e formas de atuação próprias. Pode-se considerar, observando-se o campo da saúde do trabalhador, a permanência desses três agentes.

realização de estudos e investigações independentes, o acompanhamento da fiscalização, e o melhoramento

A formação do campo da saúde do trabalhador no Brasil teve uma contribuição decisiva de muitos médicos sanitaristas formados principalmente nas décadas de 1960 e 1970.

Ao longo da década de 1960, várias faculdades de medicina haviam criado departamentos e disciplinas específicas de Medicina Social e Medicina do Trabalho, respondendo tanto às normativas internacionais quanto a algumas disposições nacionais sobre o tema (em 1950, a Organização Internacional do Trabalho e a Organização Mundial da Saúde delimitam o campo da saúde do trabalhador; em 1962, o Conselho Federal de Educação regulamenta a obrigatoriedade do ensino da Medicina do Trabalho no Brasil) (LACAZ, 1996). Muitas delas, como a Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, incorporavam fortemente a noção de que a medicina é, ao mesmo tempo, preventiva e social, enfatizando o caráter de multideterminação dos processos de saúde/doença. Nesse momento, por influência do modelo norte-americano de medicina comunitária, a noção de social confundia-se com a perspectiva prevencionista, com ênfase para a família e a comunidade (LACAZ, 1996).

Gradativamente, porém, as críticas às políticas oficiais relacionadas à saúde do trabalhador e ao modelo prevencionista norte-americano começaram a ser construídas, tendo uma influência decisiva nesse processo o contato de muitos médicos sanitaristas com o Modelo Operário Italiano e a Medicina Social Latino-americana (FALEIROS et al., 2006).

O Modelo Operário Italiano e a Medicina Social Latino-americana disponibilizava aos médicos sanitaristas brasileiros elementos para um marco interpretativo em saúde do trabalhador que afirmava, fortemente, a saúde como processo social, a participação dos trabalhadores nos seus processos de saúde e doença e a responsabilização do Estado pela assistência e vigilância e saúde do trabalhador.

A ST, enquanto área própria e singular no campo de atuação da saúde pública, foi se consolidando como escoadouro de idéias reformistas na saúde, na década de 1980, em que a vertente saúde-trabalho ganhou relevo após décadas de esquecimento no debate sobre as políticas públicas brasileiras de saúde, ou melhor dizendo, sobre as políticas brasileiras de saúde pública. (VASCONCELLOS, 2007, 147).

das condições e dos ambientes de trabalho” (MENDES & DIAS, 1991, 345).

Nessa concepção, “a saúde é considerada na sua complexidade, colocando-se como um bem econômico não restrito ao mercado, como forma de vida da sociedade, e direito que se afirma enquanto política, com as dimensões de garantias de acesso universal, qualidade, hierarquização, conforme estabelece a Constituição da República” (FALEIROS et. al., 2006, 18).

O momento de abertura política vivida ao longo do final da década de 1970 e início da década de 1980, e o processo de reformulação do sistema de saúde do Brasil, no bojo da elaboração da nova constituição federal, vinculou diretamente a saúde do trabalhador às políticas de Estado e à formação de uma rede de serviços, a partir do Estado, para responder às necessidades de assistência em saúde do trabalhador. Isso levou muitos médicos sanitaristas a atuarem diretamente na saúde pública, ingressando muitos deles no serviço público.

Essa atuação foi, em grande medida, possibilitada pela formação de organizações que interferiram fortemente na elaboração do marco interpretativo da saúde do trabalhador no Brasil. Pelo menos duas organizações tiveram um papel importante nesse processo: o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), criado em 1975; e a Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), criada em 1979¹⁹.

A experiência a partir do modelo italiano teve repercussões na formação do modelo da saúde do trabalhador no Brasil: “foi a influência italiana que contribuiu para a criação dos serviços de atenção à saúde do trabalhador dentro da estrutura da rede básica de saúde, alguns dos quais persistem até hoje” (MAENO & CARMO, 2005, 64). Assim, no início da década de 1980, experiências de instalação e estruturação de serviços começaram a modelar o formato da intervenção institucional da saúde do trabalhador tendo como referência o Estado.

Teve uma importância fundamental nesse desenvolvimento uma série de serviços que gradativamente foram organizados na rede pública de assistência aos trabalhadores e que envolviam a participação dos trabalhadores e de suas organizações (MENDES & DIAS, 1991: 346). É o caso, por exemplo, do Programa de Saúde do Trabalhador da Zona Norte de São Paulo (PST/ZN), criado em 1985.

¹⁹ A ABRASCO teve um importante papel na mobilização para a 8ª. Conferência Nacional de Saúde e organizou, logo após, ainda em 1986, o I Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, no Rio de Janeiro, reunindo cerca de 2.000 profissionais (FALEIROS et al., 2006, 106).

A formação, a partir de 1984, dos Programas de Saúde do Trabalhador, estruturados pela Secretaria de Estado de Saúde em São Paulo, e que contou com a participação direta dos trabalhadores inclusive em sua gestão, teve também um papel significativo na ampliação da participação dos agentes sociais presentes no campo.

Eram experiências concretas que refletiam a concepção de que a melhoria das condições de trabalho passa necessariamente pela participação dos trabalhadores e pela integração do saber do trabalhador com o conhecimento técnico-científico (MAENO & CARMO, 2005, 68).

Para esse processo foi também bastante relevante a inserção de profissionais, principalmente médicos sanitaristas, em estruturas de governo. Um exemplo significativo é o do médico sanitarista David Capistrano, que assumiu em 1984 a Secretaria de Saúde da prefeitura de Bauru (SP) e em 1989 a Secretaria de Saúde de Santos (SP), tendo em 1993 sido eleito prefeito de Santos (MAENO & CARMO, 2005).

A atuação desses profissionais e a implantação desses serviços significou:

a introdução de novas formas de organização/atuação do trabalho em saúde, procurando romper com a hegemonia médica numa perspectiva de reversão do modelo médico-cêntrico, ao enfatizar a atuação em equipe e a educação em saúde como elemento de busca da "consciência sanitária" (LACAZ, 1994, 47).

Na década de 1970, a reorganização do movimento sindical e de suas mobilizações colocou os trabalhadores e suas organizações de volta à luta política, o que então se evidenciava através das greves na região do ABC paulista em 1978 e 1979, da organização do I Congresso Nacional da Classe Trabalhadora, em 1981, da fundação da Central Única dos Trabalhadores (CUT), em 1983 e, depois, em 1986, da Confederação Geral dos Trabalhadores (CGT) (QUEIROZ, 2007).

A formação de um sindicalismo de mobilização²⁰ passou a incluir a saúde do trabalhador como uma luta sindical específica. As demandas relacionadas à saúde passaram a fazer parte das pautas e das mobilizações sindicais. Isso esteve presente nas greves de 1978 e 1979 e nas tentativas de incluir a saúde dos trabalhadores como uma estratégia de

Organização no Local de Trabalho²¹ através de uma reformulação das CIPAs (propondo entre outras medidas uma maior autonomia aos “cipeiros”) (LACAZ, 1996).

Ao longo da década de 1970, o movimento sindical passou a tematizar de forma específica a questão da saúde do trabalhador. Isso é possível por duas estratégias desenvolvidas pelo sindicalismo naquela época: “se articular internamente de maneira supra-partidária (sic) e intersindical e externamente com uma aliança com setores intelectuais médios” (LACAZ, 1994, 42). Nessa perspectiva, a partir de uma articulação sindical realizada em 1979 para questões específicas sobre saúde do trabalhador (a Comissão Intersindical de Saúde do Trabalhador – CISAT), em 1980 fundou-se o Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde e dos Ambientes de Trabalho (DIESAT). A partir de então, o DIESAT passou a ter um papel importante na disseminação de conhecimentos técnicos específicos sobre saúde do trabalhador, através da realização de seminários e da publicação Boletim DIESAT, a partir de 1981, transformada na revista Trabalho & Saúde, três anos depois. A formação do DIESAT foi, também, uma estratégia de uma corrente de médicos sanitaristas, muitos deles ligados ao Partido Comunista Brasileiro (PCB). Outra corrente preconizava uma atuação direta, junto aos trabalhadores, a partir das organizações sindicais (MAENO & CARMO, 2005).

Nas décadas de 1970 e 1980, a atuação do movimento sindical centrava-se, basicamente, nas negociações como os empresários:

negando a intervenção do Estado e perseguindo a prática das convenções e acordos coletivos de trabalho nos quais são introduzidas cláusulas acordadas que envolvem reivindicações referentes à organização nos locais de trabalho visando ao controle da nocividade e a defesa da saúde nos ambientes/locais de trabalho, ou quando cria assessorias técnicas sindicais para credenciar-se nos embates com o capital neste campo (LACAZ, 1994, 43).

²⁰ Utilizaremos a expressão “sindicalismo de mobilização” para designar o sindicalismo que despontou a partir do final da década de 1970 e que tem sido usualmente denominado de “Novo Sindicalismo”. Uma das características desse novo sindicalismo foi, justamente, sua capacidade de mobilização: greves gerais por categoria, por empresas, ocupação de fábricas, greve geral nacional, etc. O termo “sindicalismo de mobilização” identifica uma estratégia de ação e permite uma distinção em relação ao “sindicalismo de participação” (ANTUNES, 1995: 66; 2007: 292).

²¹ Organização no Local de Trabalho (OLT) é uma estratégia de ação sindical, presente principalmente no sindicalismo de mobilização, de organização dos trabalhadores nos locais de trabalho (FREITAS, 2000: 78).

Porém, a ação interinstitucional que os sindicatos passaram a desenvolver no campo da saúde do trabalhador colocava-os em articulação como o debate que se realizava na década de 1980 sobre a reforma do sistema de saúde. Gradativamente, muitos sindicatos assumiram uma posição de defesa da saúde pública, não privatista e de qualidade, o que levou, inclusive, muitos sindicatos a romperem como o modelo de assistencialismo médico sindical (LACAZ, 1994).

O processo de organização que se instituiu no campo da saúde do trabalhador envolvendo universidades, a estruturação de serviços e o campo sindical, no final da década de 1970 e ao longo da década de 1980, acompanhou e em grande parte foi resultado do movimento de reforma sanitária, da reforma do sistema de saúde no Brasil e da constituição do Sistema Único de Saúde. Esse processo culminou com a 1ª. Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, que aconteceu alguns meses depois da VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986. Essas duas conferências representam a afirmação de uma modelo de saúde pública, universal e participativa (LACAZ, 2007).

A reforma do sistema de saúde do Brasil aconteceu ao longo do processo de redemocratização da sociedade brasileira. Esse contexto era marcado, sinteticamente, pela crise política e econômica do regime militar, pelo sucesso da oposição consentida nas eleições de 1978 e 1982, pela emergência dos movimentos sociais e do sindicalismo de mobilização (FALEIROS, 2006).

Frente às insuficiências de um sistema de saúde altamente centralizado e excludente, e tendo por influência perspectivas internacionais que afirmavam a necessidade de um modelo de saúde baseado na hierarquização das ações, na regionalização, na integralidade e na participação²², desenvolveu-se entre médicos sanitaristas, técnicos e profissionais da saúde, a perspectiva de uma política de saúde pública, integral e universal. A partir dessa perspectiva foram organizados os mecanismos de controle social da saúde: os Conselhos de Saúde²³.

²² Uma referência importante para a saúde coletiva na época foi a Declaração de Alma-Ata, que definia a meta “Saúde para Todos no Ano 2000” e privilegiava a atenção primária e a participação popular. A Declaração de Alma-Ata foi formulada na Conferência Internacional de Cuidados Primários, organizada pela OMS e pela UNICEF em 1978 em Alma-Ata, na então União Soviética (FALEIROS, 2006, 103).

²³ Stotz evidencia uma inversão no sentido da expressão controle social: da significação original nas ciências sociais de controle pela sociedade das atividades do indivíduo, como presente em Durkheim e Marx, a expressão passa a ser compreendida, no contexto da 9ª. Conferência Nacional de Saúde (1993) como “participação da sociedade na formulação, acompanhamento e verificação das políticas públicas” (2006, 150).

O processo de reforma sanitária no Brasil aconteceu a partir da ação de acadêmicos ligados à saúde, com grande influência da reforma sanitária italiana, com a estruturação gradativa de serviços públicos de saúde de caráter comunitário, com uma crítica ao modelo centralizado de saúde no país e com uma estratégia de “ocupação de espaços” no Estado por profissionais da área: “Esse processo de institucionalização no interior do aparelho do Estado vai se consolidando como estratégia de legitimação do movimento sanitário” (FALEIROS et al., 2006, 72).

Esse processo desenvolveu-se ao longo dos anos de 1980 e culminou com a grande mobilização gerada em torno da Assembléia Constituinte e da possibilidade de assegurar um modelo de sistema de saúde público e universal.

Os reformadores do sistema brasileiro de saúde consideravam como uma questão de princípio que a sociedade civil tivesse controle sobre o sistema. Ao mesmo tempo, os grupos de interesse mobilizados através de fóruns de participação poderiam auxiliar para expandir os apoios políticos ao processo de reforma. O programa abriu as comissões interinstitucionais estaduais de saúde à participação popular e reforçou o papel de representantes da sociedade civil nas comissões municipais e locais” (CORTEZ, 2002, 32)

Esse processo canalizou a participação de amplos setores da sociedade, o que passou a envolver os movimentos sociais:

A partir da segunda metade da década de oitenta, esses movimentos passaram a canalizar suas demandas para as comissões interinstitucionais municipais de saúde, e depois, para os conselhos e as conferências de saúde. Através desses canais participatórios, eram apresentadas formal e publicamente as demandas daqueles setores sociais recorrentemente excluídos dos processos decisórios (CORTEZ, 2002, 23)

Realizada em 1986, a 8ª Conferência Nacional de Saúde é considerada “o evento mais importante para a consolidação da Reforma Sanitária e a conquista do SUS” (FALEIROS et al., 2006, 82). A 8ª. Conferência significou um alargamento da noção de cidadania e de democracia presentes no sistema de saúde. Até a 7ª Conferência Nacional de Saúde, os participantes das conferências eram políticos, técnicos ou pessoas de “notório saber” escolhidas pelo Ministério da Saúde. Não havia participação da população

(FALEIROS et al., 2006, 82)²⁴. A 8ª Conferência foi organizada a partir de pré-conferências, realizadas nos municípios e nos estados e envolveu quase 5 mil pessoas em Brasília e quase 50 mil pessoas durante as conferências preparatórias (BUSS, 1991, 298). Uma importante consequência da 8ª Conferência para a Assembléia Constituinte foi a organização uma comissão para discutir a reforma sanitária. Assim, organizou-se, no âmbito do movimento sanitário, a Plenária Nacional da Saúde, e, a partir dessa mobilização e do envolvimento de técnicos e órgãos do Estado, começou-se, no âmbito da Assembléia Constituinte, o processo de reforma sanitária.

Entre os dias 1 e 5 de dezembro de 1986 realizou-se, também, a I Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador (I CNST). Da mesma forma que a Conferência de Saúde, a Conferência de Saúde do Trabalhador procurou interferir no processo constituinte. Participaram da organização da conferência 16 entidades e órgãos públicos²⁵. Foram organizadas pré-conferências municipais e estaduais em 20 estados. Na Conferência estiveram presentes 526 participantes, destes 399 eram delegados e 127 observadores. A composição dos delegados foi a seguinte: “46% dos delegados foram representantes de trabalhadores (183), 40% do Estado (162), 9% das Universidades (36), 3% de outras categorias (12), 1% dos políticos (3) e 1% das empresas (3)” (BRASIL, 1986, 2). As Conferências de Saúde do Trabalhador tiveram uma papel importante na difusão no Brasil do marco interpretativo da saúde do trabalhador. O relatório da I CNST apresenta uma síntese das discussões referentes ao primeiro tema da Conferência (A situação da saúde do trabalhador brasileiro), bem como as propostas deste tema e dos outros dois temas (Novas alternativas à atenção à saúde dos trabalhadores; Política Nacional de Saúde dos Trabalhadores) (BRASIL, 1986).

²⁴ As conferências de saúde e educação foram definidas como instâncias consultivas do executivo federal pela Lei N. 378, de 13 de janeiro de 1937 e deveriam ser realizada a cada dois anos, pelo menos (FALEIROS et al., 2006, 196).

²⁵ Foram elas: a CUT, a CGT, a Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura (CONTAG), o DIESAT, a ABRASCO, o Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (CNDM), a FUNDACENTRO, a Confederação Nacional da Agricultura (CNA) e a Confederação Nacional do Comércio (CNC), o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), o Ministério da Saúde (MS), o Ministério do Trabalho (MTb), o Gabinete Civil da Presidência da República, a Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo, a Ordem dos Advogados do Brasil (OAB) e a União Brasileira de Engenharia e Segurança (BRASIL, 1986).

Em relação à participação dos trabalhadores nos processos de saúde do assinala-se a saúde como um objeto de luta das organizações sindicais. O relatório da Conferência apresenta a seguinte avaliação:

Em sentido estrito, a ação é pequena e desarticulada, restringindo-se aos poucos sindicatos que se colocam na vanguarda desse movimento. Por outro lado, em sentido amplo, como resultado das condições gerais de vida, a luta dos trabalhadores tem, indiretamente, significado luta por melhores condições de saúde, variando seu sucesso de acordo com o maior ou menor grau de mobilização de cada categoria. Neste sentido, conclui-se que a organização dos trabalhadores é decisiva para a abertura de espaços importantes na conquista da saúde. Diante disso, deve ser incentivada, no movimento sindical, as Comissões de saúde nas empresas, compostas de Delegados sindicais com efetiva estabilidade no emprego, que deverão lutar por melhores salários, estabilidade, emprego e condições de trabalho, em substituição às atuais CIPA's (BRASIL, 1986, 12).

Além disso, o relatório da Conferência apresenta várias propostas diretamente relacionadas à participação, abarcando proposições amplas, que localizavam a participação no conjunto do Sistema Único de Saúde que então começava a ser formulado:

Por um sistema único de saúde estatal, descentralizado, regionalizado, igualitário, de boa qualidade, que garanta atendimento integral a toda população, *assegurando-se aos trabalhadores a participação na formulação da política, administração e gestão do sistema de saúde, em todos os seus níveis* (BRASIL, 1986, 13. Sem o itálico no original)

Entre as propostas relacionadas à participação dos trabalhadores apresentadas na Conferência, vale citar: a participação dos trabalhadores na revisão da legislação vigente sobre saúde do trabalhador; a garantia da participação do trabalhador urbano e rural na fiscalização das condições de trabalho; a participação de representantes dos trabalhadores em eleição dos Delegados Regionais do Trabalho; a participação autônoma e exclusiva dos trabalhadores nas CIPA's, que passariam a ser Comissões de Saúde; o controle pelos sindicatos dos SESMT's; a participação de trabalhadores e sindicalistas em eventos que permitem sua formação técnica; a participação dos trabalhadores nas decisões referentes à saúde dos trabalhadores, dentro e fora das empresas (BRASIL, 1986).

A importância da I CNST é sinteticamente descrita por Luiz Carlos Fadel de Vasconcellos (2007, 155):

Somente em 1986, com a realização da 1ª Conferência Nacional de Saúde dos Trabalhadores - 1ª CNST, como desdobramento proposto pela 8ª Conferência Nacional de Saúde - 8ª CNS, considerada a

conferência-marco da saúde pública e da reforma sanitária brasileira, é que a expressão ST ganha contornos mais contundentes de campo da saúde pública, na medida de sua vinculação ao paradigma sanitário da própria 8ª CNS.

As propostas tiradas na I CNST serviram de base para as discussões desenvolvidas ao longo do processo constituinte, nos anos de 1987 e 1988. O relatório da Conferência havia sido enviado para todos os constituintes, e a discussão sobre saúde do trabalhador aconteceu tanto na subcomissão do trabalho quanto na subcomissão da saúde (MAENO & CARMO, 2005, 101). Nessas discussões, dois grandes blocos se formaram:

O primeiro, dos setores mais progressistas, defendia que as ações em Saúde do Trabalhador fossem, sem restrições, objeto da ação do SUS. O segundo bloco, de grupos corporativistas, alegava que a exclusividade da fiscalização dos ambientes de trabalho deveria permanecer com o Ministério do Trabalho (MAENO & CARMO, 2005, 101).

Além das divergências em relação à fiscalização dos locais de trabalho, outro tema que produziu debates foi sobre a jornada de trabalho. Antes da Constituição a jornada de trabalho era de 48 horas semanais. A proposta que estava sendo colocada na constituinte era de 40 horas semanais. Com a reação dos empresários e dos parlamentares de centro e direita, a jornada foi fixada em 44 horas semanais (MAENO & CARMO, 2005). Outro ponto do debate referia-se aos termos saúde ocupacional ou saúde do trabalhador e executar ou colaborar, ou seja, se cabe ao SUS executar ou colaborar com ações de vigilância sanitária e epidemiológica. Acabou prevalecendo, na Constituição, o termo saúde do trabalhador e a ideia da execução pelo SUS da vigilância.

A Constituição de 1988 definiu os aspectos institucionais do campo da saúde do trabalhador no Brasil. Até a Constituição de 1988, a Saúde do Trabalhador no Brasil restringia-se à assistência sanitária, hospitalar e médico-preventiva para os trabalhadores que contribuíam com a Previdência Social. Dessa forma, a Saúde do Trabalhador localizava-se no âmbito do Ministério do Trabalho, que tinha como competência, entre outras, a higiene e a segurança do trabalho, a prevenção de acidentes e de doenças profissionais (BRASIL, 1975).

Com a Constituição de 1988, todas as ações e serviços públicos de saúde passaram a integrar uma rede municipalizada e constituir um sistema único, sendo responsabilidade desse sistema, segundo o artigo 200, as ações em saúde do trabalhador (BRASIL, 1998).

A concepção apresentada na Constituição de 1998 se materializou na Lei Orgânica da Saúde (Lei Federal 8080/90) (BRASIL, 1990), que criou o Sistema Único de Saúde. O artigo 6º da Lei Orgânica da Saúde coloca que Saúde do Trabalhador envolve atividades de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, de promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, bem como a recuperação e reabilitação. Além disso, garante-se aos trabalhadores a participação, no âmbito de competência do Sistema Único de Saúde (SUS), na normatização, fiscalização e controle das condições de produção, extração, armazenamento, transporte, distribuição e manuseio de substâncias, de produtos, de máquinas e de equipamentos que apresentam riscos à saúde do trabalhador.

A implementação do SUS implicou na formação de uma nova institucionalidade para a rede de atendimento em saúde do trabalhador. Duas grandes inovações podem ser assinaladas: primeiro, supera-se o cuidado eminentemente restrito ao ambiente da fábrica ou do local de trabalho, sob responsabilidade do empregador e, quando muito, com uma participação tutelada dos trabalhadores, como nos casos das CIPAs; depois, amplia-se e institucionaliza-se nacionalmente o que antes eram iniciativas isoladas, adotadas por técnicos de uma ou outra equipe de saúde ou realizadas por governos municipais ou estaduais, mas sem expressão nacional, como o Programa de Saúde do Trabalhador, desenvolvido tanto no Estado de São Paulo, durante o governo Montoro (eleito em 1982), quanto na prefeitura de São Paulo, durante o governo de Luiza Erundina (eleita em 1988) (LACAZ, 1996; MAENO & CARMO, 2005).

Esta legislação tem produzido também uma institucionalização: a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador – RENAST, os Centros Regionais de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) e as Unidades Municipais de Referência em Saúde do Trabalhador (UMREST) (DIAS & HOEFEL, 2005). A formação de uma rede de referência em saúde do trabalhador era um “objetivo antigo dos militantes da área” (MAENO & CARMO, 2005, 241). Um projeto de cooperação técnica entre o Brasil e a Itália²⁶, firmado em 1993 viabilizou os processos de organização e capacitação da rede de referência para o Estado de São Paulo:

²⁶ Muitos médicos sanitaristas que se engajaram na saúde pública no Estado de São Paulo a partir da década de 1980 tiveram uma origem ideológica no Partido Comunista do Brasil. A articulação com a Itália deve-se, em grande parte, às articulações entre militantes comunistas brasileiros e comunistas italianos, que já se desenvolvia no campo da saúde do trabalhador desde a década de 1970 (Ver Lacaz, 1996).

O Plano Operacional do PCTBI [projeto de cooperação técnica Brasil-Itália] (...) tinha por objetivo geral, o desenvolvimento de um sistema de referência em Saúde do Trabalhador no estado de São Paulo, e por objetivos específicos o apoio à operacionalização de uma rede de centros de referência, o fornecimento de material didático sobre vários temas afins, a formação e capacitação de recursos humanos, (...) e a implementação de um núcleo de documentação/informação e de apoio às ações em Saúde do Trabalhador (MAENO & CARMO, 2005, 241)

Dessa forma, a RENAST surgiu em grande parte como decorrência de uma necessidade de articulação e institucionalidade dos Centros de Referência em Saúde dos Trabalhadores.

Muitos técnicos que atuam nos órgãos que compõem a rede de assistência em saúde do trabalhador, juntos com sindicalistas, intelectuais e trabalhadores têm se constituído a partir desse processo em agentes da defesa da saúde do trabalhador. Esse conjunto, com certas variações, tem compartilhado um marco interpretativo que apresenta uma compreensão ampla do campo, de seus conflitos e das ações a serem desenvolvidas. Referentes interpretativos aparecem, então, como “pano de fundo”, nem sempre explícito, nem sempre claro, mas que de forma geral dão significados para a ação: “A princípio é uma meta, um horizonte, uma vontade que entrelaça trabalhadores, profissionais de serviços, técnicos e pesquisadores sobre premissas nem sempre explicitadas” (MINAYO-GOMEZ & THENDIM-COSTA, 1997, 24).

Considerações Finais

O campo da saúde do trabalhador constitui-se do entrelaçamento de diferentes perspectivas e diferentes intencionalidades. A afirmação da centralidade da participação dos trabalhadores nas questões relacionadas à saúde no trabalho não é, no entanto, afirmada da mesma maneira por cada uma dessas perspectivas. Nos modelos da medicina do trabalho e da saúde ocupacional prevalecem duas grandes perspectivas: uma primeira, pericial, com cunho eminentemente previdenciário; uma segunda, preventiva, com forte cunho higienista. Nas duas prevalece a centralidade dos dispositivos técnicos, das normativas e do saber do *expert*. Nas duas a participação do trabalhador está ausente ou secundarizada. É apenas no modelo da saúde do trabalhador que a participação é afirmada de forma central e que, para

além disso, mecanismos e processos de participação são constituídos. As Conferências de Saúde do Trabalhador, as Comissões de Saúde do Trabalhador dos Conselhos Municipais de Saúde, as participação através dos sindicatos no controle social dos serviços de saúde do trabalhador. Tais mecanismos estão longe de garantir a efetividade dos processos de participação. O risco do modelo se restringir a uma atuação pericial e preventiva esta a todo o momento colocado. As dificuldades de inserção efetiva da saúde do trabalhador no Sistema Único de Saúde parecem comprovar isso.

Referências:

ANTUNES, Ricardo. *Adeus ao Trabalho?* Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. São Paulo: Cortez; Campinas: Ed. UNICAMP, 1995.

_____. Uma breve radiografia das lutas sindicais no Brasil recente e alguns dos seus principais desafios. In: INÁCIO, José Reinaldo (org). *Sindicalismo no Brasil: os primeiros 100 anos?* Belo Horizonte: Crisálida, 2007.

BERLINGUER, Giovanni. *Medicina e Política*. Trad. Bruno Giuliani. 2.ed. São Paulo: CEBES-HUCITEC, 1983.

BRASIL (1944) *DECRETO-LEI N. 7.036 – DE 10 DE NOVEMBRO DE 1944*. Dispõe sobre a Reforma da Lei de Acidentes do Trabalho. Disponível em: http://www6.senado.gov.br/legislacao/ListaNormas.action?numero=7036&tipo_norma=DEL&data=19441110&link=s. Acesso em: 17 de novembro de 2010.

BRASIL (1946) *DECRETO-LEI Nº 9.403 - DE 25 DE JUNHO DE 1946* - Atribui à Confederação Nacional da Indústria o encargo de criar, organizar e dirigir o Serviço Nacional da Indústria e dá outras providências. Disponível em: <http://www010.dataprev.gov.br/sislex/paginas/24/1946/9403.htm>. Acesso em: 17 de novembro de 2010.

BRASIL (1967) *DECRETO-LEI Nº 293, DE 23 DE FEVEREIRO DE 1967*. Dispõe sobre o seguro de acidentes do trabalho. Disponível em: http://www6.senado.gov.br/legislacao/ListaNormas.action?numero=293&tipo_norma=DEL&data=19670228&link=s. Acesso em: 17 de novembro de 2010.

BRASIL (1967) *LEI Nº 5.316, DE 14 DE SETEMBRO DE 1967*. Integra o seguro de acidentes do trabalho na previdência social, e dá outras providências. Disponível em: <http://www3.dataprev.gov.br/SISLEX/paginas/42/1967/5316.htm>. Acesso em: 17 de novembro de 2010.

BRASIL (1975) *LEI Nº 6.229, DE 17 DE JULHO DE 1975*. Dispõe sobre a organização do Sistema Nacional de Saúde. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L6229.htm. Acesso em: 16 de janeiro de 2011.

BRASIL (1986) *Relatório da I Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador*. Disponível em: <http://www.cntsscut.org.br/download/conferencia/cnts1.pdf>. Acesso em: 16 de janeiro de 2011.

BRASIL (1988) *CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL DE 05 DE OUTUBRO 1988 - DOU DE 05/10/1988*. Disponível em: <http://www010.dataprev.gov.br/sislex/paginas/22/consti.htm>. Acesso em: 16 de janeiro de 2011.

BRASIL (1990) *LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990 - DOU DE 20/9/90 - LEI ORGÂNICA DA SAÚDE*. Disponível em: <http://www3.dataprev.gov.br/SISLEX/paginas/42/1990/8080.htm>. Acesso em: 16 de janeiro de 2011.

BRASIL (1934) *DECRETO-LEI N. 3.700 DE 9 DE OUTUBRO DE 1941* Dispõe sobre o seguro de acidentes do trabalho dos associados do Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Marítimos. Disponível em: <http://www6.senado.gov.br/legislacao/ListaPublicacoes.action?id=87435>. Acesso em: 17 de novembro de 2010.

BRAVERMAN, Harry. *Trabalho e Capital Monopolista: a degradação do trabalho no século XX*. 3. ed. Rio de Janeiro: LTD Editora, 1987.

BUSS, Paulo Marchiori. A IX Conferência Nacional de Saúde, *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, jul/set, 1991.

CORTEZ, Soraya Maria Vargas. Construindo a possibilidade de participação do usuário: conselhos e conferências no Sistema Único de Saúde. *Sociologias*. Porto Alegre, ano 4, n. 7, Jan/Jun, 2000.

COUTINHO, Maria Chalfin. *Participação no trabalho*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006.

DIAS, Elizabeth Costa; HOEFEL, Maria da Graça. O desafio de implementar as ações de saúde do trabalhador no SUS: a estratégia da RENAST. *Ciência e Saúde Coletiva*, n. 10. v. 4, 2005.

DWYER, Tom. *Vida e Morte no Trabalho: acidentes de trabalho e a produção social do erro*. Campinas: Editora da UNICAMP; Rio de Janeiro: Multiação Editorial, 2006.

FALEIROS, Vicente de Paula. *A Política Social do Estado Capitalista*. As funções da previdência e da assistência sociais. 7. ed. São Paulo: Cortez, 1995.

FALEIROS, Vicente de Paula; VASCONCELLOS, Luiz Carlos F.; SILVA, Jacinta de Fátima; SILVEIRA, Rosa Maria. *A Construção do SUS: Histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

FAUSTO, Boris. *Trabalho Urbano e Conflito Social (1890 – 1920)* Rio de Janeiro: DIFE, 1977.

FERRAZ, Eduardo Luís Leite. Acidentados e remediados: a lei de acidentes no trabalho na Piracicaba da Primeira República (1919-1930). *Revista Mundos do Trabalho*, v. 2. n. 3, janeiro-julho, 2010.

FREITAS, Milton. *Manual de Ação Sindical em Saúde do Trabalhador e Meio Ambiente*. São Paulo: Instituto Nacional de Saúde do Trabalhador; Central Única dos Trabalhadores, 2000.

GERSCHMAN, Silvia. *A Democracia Inconclusa: um estudo sobre a reforma sanitária brasileira*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

GUTIERREZ, Gustavo Luis. Autogestão de empresas: novas experiências e velhos problemas. In: VIEITEZ, C. G. (org). *A empresa sem patrão*. Marília: UNESP, 1997.

LACAZ, Francisco Antonio de Castro. Reforma sanitária e saúde do trabalhador. *Saúde e Sociedade*, v. 3, n. 1, 1994.

____. Saúde do Trabalhador: um estudo sobre as formações discursivas da Academia, dos Serviços e do Movimento Sindical. Tese (Doutorado em Medicina). Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1996.

____. O campo Saúde do Trabalhador: resgatando conhecimentos e práticas sobre as relações trabalho-saúde. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, 2007.

LAURELL, Asa Cristina. La salud-enfermedad como proceso social. *Revista Latinoamericana de Salud*. Mexico, v. 2., 1982.

LIMA, Francisco de Paula. Ações coordenadas em saúde do trabalhador: uma proposta de atuação supra-institucional. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*. São Paulo, v. 34, n. 119, 2009.

MACHADO, Mauro Salles. Conexões Ocultas: reflexões sobre a saúde do trabalhador e a prática sindical. *Boletim da Saúde*. Escola de Saúde Pública. v. 20. n. 1, 2006.

MAENO, Maria; CARMO, José Carlos do. *Saúde do Trabalhador no SUS - aprender com o passado, trabalhar o presente, construir o futuro*. São Paulo: Editora Hucitec, 2005.

MENDES, René; DIAS, Elizabeth Costa. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. *Revista de Saúde Pública*. São Paulo, v. 25, n. 5, 1991.

MINAYO-GOMEZ, Carlos; THENDIM-COSTA, Sonia Maria da Fonseca. A construção do campo da saúde do trabalhador: percursos e dilemas. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 13 (Suplemento 2), 1997.

PATEMAN, Carole. *Participação e Teoria Democrática*. RJ: Paz e Terra, 1992.

QUEIROZ, Antônio Augusto. Movimento Sindical: passado, presente e futuro. In: INÁCIO, José Reinaldo (org) *Sindicalismo no Brasil: os primeiros 100 anos?* Belo Horizonte: Crisálida, 2007.

SAMPAIO, Jáder dos Reis. Psicologia do trabalho em três faces. In: GOULART, Iris Barbosa; SAMPAIO, Jáder dos Reis (orgs.). *Psicologia do Trabalho e Gestão de Recursos Humanos: estudos contemporâneos*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1998.

STOTZ, Eduardo Navarro. Trajetória, Limites e Desafios do Controle Social no SUS. *Saúde em Debate*. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde. Rio de Janeiro, v. 30. n. 73/74. maio/dez, 2006.

VASCONCELLOS, Luiz Carlos Fadel de. *Saúde, trabalho e desenvolvimento sustentável: apontamentos para uma política de Estado*. Tese (Doutorado) Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2007.

Data de recebimento: 10/11/2015.

Data de aceite: 21/11/2015.