

**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA “JÚLIO DE MESQUITA FILHO”
FACULDADE DE HISTÓRIA, DIREITO E SERVIÇO SOCIAL**

EDVÂNIA ÂNGELA DE SOUZA LOURENÇO

**NA TRILHA DA SAÚDE DO TRABALHADOR:
a experiência de Franca/SP**

FRANCA

2009

EDVÂNIA ÂNGELA DE SOUZA LOURENÇO

**NA TRILHA DA SAÚDE DO TRABALHADOR:
a experiência de Franca/SP**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho, Faculdade de História, Direito e Serviço Social, para a obtenção do título de Doutor em Serviço Social. Área de Concentração: Serviço Social – Trabalho e Sociedade.

Orientadora: Prof.^a Dra. Iris Fenner Bertani

FRANCA

2009

Lourenço, Edvânia Ângela de Souza

Na trilha da saúde do trabalhador: a experiência de Franca/SP/
Edvânia Ângela de Souza Lourenço. –Franca: UNESP, 2009

Tese – Doutorado – Serviço Social – Faculdade de História,
Direito e Serviço Social – UNESP.

1.Trabalho e trabalhadores – Saúde – Franca (SP). 2.Sistema
Único de Saúde (SUS). 3.Política social.

CDD – 362.10981

EDVÂNIA ÂNGELA DE SOUZA LOURENÇO

**NA TRILHA DA SAÚDE DO TRABALHADOR:
a experiência de Franca/SP**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho, Faculdade de História, Direito e Serviço Social, para a obtenção do título de Doutor em Serviço Social. Área de Concentração: Serviço Social – Trabalho e Sociedade.

BANCA EXAMINADORA

Presidente: _____
Profa. Dra. Iris Fenner Bertani / FHDSS - Unesp

1º Examinador: _____
Prof. Dr. Francisco Antônio de Castro Lacaz / Unifesp

2º Examinador: _____
Prof. Dr. Herval Pina Ribeiro / Unifesp

3º Examinador: _____
Profa. Dra. Vera Lúcia Navarro / USP/Ribeirão Preto

4º Examinador: _____
Profa. Dra. Neide Aparecida de Souza Lehfeld / FHDSS - Unesp

Franca, 05 de março de 2009.

Dedico

Aos meus filhos, Beatriz e Rafael, que talvez ainda não entendam o significado das intermináveis horas que me viram de frente ao computador ou nas leituras dos livros, já amarelados e amassados do leva e traz, na esperança de um tempinho para a possível leitura... Espero que na trilha da vida de vocês a busca pelo conhecimento seja uma constante e saibam sempre que amo muito vocês...

Aos meus queridos sobrinhos e afilhados, Mariana, Walter, Lara, Ana Laura e Victor Hugo.

AGRADECIMENTOS

Na empreitada de construir esta tese foi necessário ter fé e garra para não desistir no meio do caminho, não foram poucas as razões para que isto acontecesse, porém a força espiritual e o apoio de algumas pessoas contaram mais pontos a favor da continuidade deste trabalho que para a sua interrupção. Assim, registro ainda que de modo incompleto os meus sinceros agradecimentos a aqueles que de um modo ou de outro participaram ou colaboraram para o desbravamento desta trilha.

Nesta travessia, gostaria de agradecer, primeiramente, à minha família, em especial, aos meus pais, pela confiança depositada nos filhos, pela esperança de vê-los formados. Meu pai, calmo, mas dono de um espírito aventureiro, nos passou a mensagem que a vida poderia ir além de Ribeirão Corrente. A minha mãe, pessoa meiga, cuidadosa, amorosa e extremamente religiosa, que apesar de achar que Ribeirão Corrente é o melhor lugar do mundo, sempre nos apoiou e estimulou o nosso crescimento ético, moral, pessoal e profissional. Também quero agradecer aos meus irmãos Edson e Anderson, que sempre me ensinam e as minhas irmãs Ângela e Elisângela, pelo apoio, carinho e dedicação a mim e aos meus filhos, Beatriz e Rafael. À Ângela que mesmo, sendo mãe de três filhos, ainda encontra tempo para ajudar os meus filhos, em especial, nas tardes de domingo, que sempre alegre e pronta, agrada (e agrada) os meus pequenos com lanches e claro, com os deliciosos brigadeiros para que assim eu pudesse estudar. Muito obrigada! À Elisângela que apesar da distância, se preocupa comigo, me manda e-mails de fé e esperança e nos feriados prolongados e férias se dedica aos sobrinhos.

Esta trilha exigiu muito mais que boa vontade e dedicação aos estudos, pois foi necessária também a compreensão daqueles com quem convivo. Por isso, quero agradecer sinceramente meu marido, pelo amor e apoio, mesmo que os meus objetivos lhe sejam estranhos e desnecessários, aceitou e muito colaborou para que esta tese pudesse se tornar realidade. Quero lhe agradecer pelo pai maravilhoso que você é e também por nos contagiar com esse espírito sábio e brincalhão. Alegrou nossa família nos momentos de minha ausência ou do meu estresse e me apoiou incondicionalmente...

As minhas tias Aparecida David e Maria José de Matos Alves por fazerem parte da minha história de busca de oportunidades de trabalho e estudo.

A tese foi uma trilha densa, de superação dos limites impostos pelo meu pouco tempo para os estudos, pelas minhas dificuldades de participar dos eventos científicos e, portanto, de acompanhar o debate atualizado. Aqui, está a grande contribuição da minha orientadora, Prof. Dra. Iris Fenner Bertani, e, hoje, grande amiga, por não apenas ter aceitado desbravar esta densa trilha, quando essa possibilidade era ainda um sonho rabiscado e em forma de pré-projeto, mas, sobretudo, pelas valiosas orientações sobre o mundo científico e também pessoal e afetivo.

Aos Professores: Vera Lúcia Navarro e Neide Lehfeld pela preciosa orientação no momento da qualificação; Herval Pina Ribeiro, que pude conhecer durante o V Seminário de Saúde do Trabalhador de Franca, em 2006, e a partir daí pude conviver um pouco com essa

pessoa maravilhosa, especialmente, durante o curso “Doenças e Adoecimentos do Trabalho Contemporâneo”, realizado na UNIFESP; Francisco Antônio de Castro Lacaz, pela presteza em me enviar materiais e referências bibliográficas para a construção desta tese e também pela convivência durante o curso “Doenças e Adoecimentos do Trabalho Contemporâneo”, no qual muito pude aprender; Raquel Sant’Ana, Ricardo Lara e Ana Maria Vasconcelos, em especial, por terem aceitado fazer parte da Banca de defesa desta tese, como suplente; Giovanni Alves por me ensinar sobre as relações sociais de trabalho e, sobretudo, humanas; Regina Maura, Edileusa Silva, Regina Célia, Meire Cristina e Rita de Cássia Mendes pela dedicação e companheirismo na construção do curso de Serviço Social do IMESB.

Aos funcionários da UNESP, Gigi, Maysa, Luzinete, Mauro, Renata (Rê, desculpa pela invasão na sua sala durante o Seminário de Saúde do Trabalhador), Laura, Márcio, Fátima, Claudio e Carlinhos, em nome dos quais me estendo aos demais, agradecendo pela cordialidade e atenção dispensada.

Aos Amigos do IMESB, em especial aos meus queridos alunos do curso de Serviço Social que fizeram parte das bases, ainda, em formação da minha construção enquanto Professora.

Aos amigos do CEREST, pela oportunidade de trabalho em conjunto e aprendizado. Em especial a Karina Benedini, pelo sonho em ver a política de saúde do trabalhador implantada... Koshiro Otani, do CEREST - São Paulo, primeira pessoa em me falar da política de saúde do trabalhador, em especial, pelo seu apoio aos CEREST regionais e pela luta em efetivar essa política no SUS, no Estado de São Paulo.

Aos amigos do Sindicato dos Sapateiros: querido amigo Biro, que muito lutou para que o CEREST fosse implantado em Franca e, também, ao Antônio e Leonel, por apoiar o Centro de Referência e incluir a saúde do trabalhador na sua pauta de luta.

Aos amigos do Pronto Socorro, em especial aos assistentes sociais, Itamar e Maria Inês, que me receberam com apoio e carinho e não mediram esforços para amenizar a imposição do meu horário de trabalho noturno, inclusive, fazendo revezamento comigo para que eu pudesse descansar e, enfim, fazer a tese. Não esquecerei o que fizeram por mim. Muito obrigada!

Aos Interlocutores em Saúde do Trabalhador da região de Franca, em especial, Flávio Rocha de Patrocínio Paulista, Flávio Manhani de São Joaquim da Barra, Fabiana Reis de Morro Agudo e Diléia Vieira de Buritizal em nome dos quais agradeço a todos os Interlocutores em Saúde do Trabalhador da região de Franca que se dispuseram a contribuir com a Política de Saúde do Trabalhador e também com a feitura dessa Tese.

Às assistentes sociais e amigas da Secretaria de Saúde de Franca, em especial, Aninha, Andréa, Andréia, Edileusa, Rosane, Rosemary e Fernanda.

Às minhas queridas amigas Sheila Guilherme Agassi de Oliveira, Cheiva Medina, Regina Maura Rezende, Edileusa Silva, Rosângela David, Paula de Oliveira, Raquel Junqueira e Raquel Pitta pela amizade e apoio.

À Prefeitura Municipal de Franca pelo afastamento de um ano do trabalho, sem remuneração, sem o qual certamente não poderia ter realizado esta pesquisa com a dedicação com que fiz.

Ao Departamento Regional de Saúde (DRS) e ao Grupo de Vigilância Sanitária do Estado (GVS) pelo apoio e preciosas informações oferecidas para a feitura dessa tese.

À CAPES pelo apoio financeiro.

Ao Renato Bruxelas, Marco Aurélio Piacesi, Neusa, Mônica, Regina Puppim, enfim, certamente, estou deixando muitos nomes de pessoas que estiveram comigo nessa travessia, mas em nome de todos os trabalhadores que encontrei durante essa trilha e que pude conversar e aprender com a sua história de vida e de trabalho, gostaria de incluí-los na minha lista de sinceros agradecimentos.

*A trilha é um caminho estreito, pedregoso, cheio de obstáculos,
mas é também um caminho de descobertas, de aventuras,
de ganhos e perdas...
É nesta travessia, na cansaça de desbravá-la, que é
possível perceber que entre as pedras e obstáculos há
também flores...
São raros os momentos, mas que enternecem o coração e
o seu perfume marca a alma...*

LOURENÇO, E. A. S. **Na trilha da saúde do trabalhador:** a experiência de Franca/SP. 2009. 426 p. Tese (Doutorado em Serviço Social) - Faculdade de História, Direito e Serviço Social, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Franca, 2009.

RESUMO

Este estudo tem como objetivo a análise da implantação da política de saúde do trabalhador no Sistema Único de Saúde (SUS) no município de Franca/SP. A partir do materialismo histórico-dialético como metodologia de pesquisa, buscou-se revelar a construção do campo - Saúde do Trabalhador – e analisar o processo de implantação do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) em Franca/SP, com destaque para a intersectorialidade, as dificuldades e as conquistas. Desse modo, utilizou-se de entrevistas semi-estruturadas com os principais personagens envolvidos. São sujeitos desta pesquisa: os profissionais do CEREST, o gestor da saúde municipal, os trabalhadores da saúde dos municípios abrangidos pelo Centro de Referência, os trabalhadores em geral, essencialmente, representantes do Conselho Gestor deste Centro e, ainda, representantes de serviços de ações correlatas como a Divisão de Vigilância em Saúde de Franca, o Grupo de Vigilância Sanitária Estadual-regional (GVS), Departamento Regional de Saúde (DRS VIII) e a Delegacia Regional do Trabalho (DRT). Além disso, destaca-se o papel do Sindicato dos Trabalhadores na Indústria de Calçados e Vestuários de Franca e Região (STICVF), com ênfase para os Seminários de Saúde do Trabalhador, realizados em parceria com a Universidade de São Paulo, USP/Ribeirão Preto e Universidade Estadual Paulista, UNESP/Franca. Estes Seminários envolveram a sociedade na discussão da questão trabalho/saúde e foram palco de importantes reivindicações para a incorporação da política de saúde do trabalhador na agenda da administração pública municipal. Como resultado, o estudo revela que o CEREST, implantado em 2004, ainda não se efetivou. Em Franca, apesar de o Centro de Referência congregar a Divisão de Vigilância em Saúde, não há ações integradas, nem nos serviços de ações correlatas (DRT, INSS, entre outros) e nem mesmo entre a rede SUS; a Equipe está constituída por cinco profissionais, com ênfase para MT/SO; o controle social é incipiente. Entretanto, apesar dos vários limites encontrados, é possível dizer que existem alguns avanços como o início das ações de saúde do trabalhador, organização da infra-estrutura e de recursos humanos necessários ao funcionamento do serviço, implantação do Relatório de Atendimento aos Acidentados do Trabalho (RAAT) e, entre outros, a criação do Conselho Gestor do CEREST. Contudo, urge o envolvimento da sociedade civil na construção de uma contra-hegemonia favorável a efetivação desta Política.

Palavras-chave: Trabalho. Questão Social. Agravos à Saúde do Trabalhador. Política Social. Saúde do Trabalhador. Sistema Único de Saúde.

LOURENÇO, E. A. S. **On the track of the health of the worker:** the experience of Franca/SP. 2009. 426 p. Thesis (Doctorate in Social Service) - Faculty of History, Law and Social Service, São Paulo State University - Franca, 2009.

ABSTRACT

This study aimed to analyze the implantation of the politics of worker's health in the Unique System of Health (USH) in the municipal district of Franca/SP. From the historical-dialectical materialism as research methodology was revealed the construction of the field - the worker's health - and to analyze the process of implantation of the Center of Reference of the Health of the Worker (CRHW) in Franca/SP, with emphasis on the intersections, the difficulties and the achievements of this area. Thereby, was used of semi-structured interviews with the main involved personages. The subjects of this research are: the professionals of CRHW, the manager of the municipal health, the workers of the health of the municipal districts included by the Center of Reference, the workers in general, essentially, representatives of Council Manager of this Center and, still, representatives of services of actions correlate as the Division of Surveillance in Health of Franca, the Group of the State-Regional Sanitary Surveillance (GSS), the Regional Department of Health (RDH VIII) and the Prefecture Regional Work (PRW). In addition, highlighting the role of the Union of Workers of the Industries of Footwear of Franca/SP (UWIFF), with emphasis for the Seminars of Health of the Worker, realized in association with the University of São Paulo, USP/Ribeirão Preto and São Paulo State University, UNESP/Franca. These Seminars involved the society in the discussion of the subject work/health and they were scene of important claims for the incorporation of the politics of the worker's health in the calendar of the municipal public administration. As result, the study reveals that CRHW, implanted since 2004, it was not executed yet. In Franca, in spite of the Center of Reference to congregate the Division of Surveillance in Health, there are no integrated actions, neither in the services of actions correlated (PRW, WELFARE DEPARTMENT, among others) and nor even among the network USH; the Team is constituted by five professionals, with emphasis for MT/SO; the social control is incipient. In spite of the various limits found, it is possible to say that there are some advances as the beginning of the actions of health of the worker, organization of infra-structure and human resources required for the functioning of the service, implantation of the Report of Care for the Victims of Work (RAAT) and, among others, the creation of the Manager Council of the CEREST. However, it is urgent the involvement of the civil society in the construction of a favorable counter-hegemony to the realization of this Politics.

Keywords: Work. Social question. Injuries to the Worker's Health. Social politics. Worker's health. Unique System of Health.

LOURENÇO, E. A. S. **En la pista de la salud del trabajador:** la experiencia de Franca/SP. 2009. 426 p. Tesis (Doctorado en Servicio Social) - Facultad de Historia, Derecho y Servicio Social, Universidad Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Franca, 2009.

RESUMEN

Este estudio destina se a analizar la implantación de la política sanitaria del trabajador en el Sistema Único de Salud (SUS) en el municipio de Franca/SP. Del materialismo histórico-dialéctica como metodología de la investigación, busca se desvelar la construcción del campo - salud del trabajador – y analizar el proceso de implantación del Centro de Referencia en Salud del Trabajador (CEREST) en Franca/SP, con énfasis en la intersectorialidad, las dificultades y las conquistas de esta área. Por eso, se usó de entrevistas semi-estructuradas con los personajes envueltos principales. Los sujetos de esta investigación son: los profesionales de CEREST, gerente municipal de salud, trabajadores de la salud de los municipios incluidos en el Centro de Referencia, los trabajadores en general, esencialmente, representantes del Consejo Administrador del Centro y, además, los representantes de los servicios de acciones relacionados como la División de Vigilancia de la Salud de Franca, el Grupo de Vigilancia de la Salud estadual-regional (GVS), Departamento Regional de Salud (DRS VIII) y la Prefectura del Trabajo Regional (PTR). Además, buscarse resaltar el papel del Sindicato de Trabajadores de la Industria del Calzado de Franca/SP (STICF), con énfasis a los seminarios de Salud del Trabajador, llevada a cabo en asociación con la Universidad de Sao Paulo, USP/Ribeirao Preto y Universidade Estadual Paulista, UNESP/Franca. Estos seminarios envolveram la sociedad en debatir la cuestión trabajo/salud y fue escenario de importantes exigencias para la incorporación de la política sanitaria del trabajador en la agenda de la administración pública municipal. Como resultado, el estudio revela que el CEREST, pese a estar implantado desde 2004, todavía no fue ejecutado. En Franca, a pesar de el Centro de Referencia reunir la División de Vigilancia de la Salud, no hay acciones integradas, ni en servicios (DRT, INSS, entre otros) e incluso entre la red SUS; el equipo está compuesto de cinco profesionales, con énfasis en MT/SO; el control social es incipiente. Sin embargo, a pesar de los diferentes límites, es posible decir que hay algunos avances como el comienzo de las acciones de salud del trabajador, organización de infra-estructura y de recursos humanos necesarios para el funcionamiento del servicio, la implantación del Informe de Atención a las Víctimas de Trabajo (RAAT) y, entre otros, la creación del Consejo Director del CEREST. No obstante, es urgente la participación de la sociedad civil en la construcción de un contra-hegemonía favorable la realización de esta política.

Palabras clave: Trabajo. Cuestión Social. Agravios a la salud del trabajador. Política Social. Salud del trabajador. Sistema Único de Salud.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Relação de bancas de pesponto, considerando a abertura anual	183
Quadro 3 – Constituição da Equipe do CEREST – Regional Franca até maio de 2008.....	271
Quadro 3 – Constituição da equipe do CEREST – Regional Franca de Maio a Julho de 2008	271
Quadro 5 – Recursos Humanos mínimos para a composição da Equipe do CEREST	275

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Número de indústrias de calçados em Franca/SP.....	182
Tabela 2 – Produção de calçados em Franca: 1984 a 2003.....	190
Tabela 3 - Produção de calçados em Franca: 2004 a 2008.....	194
Tabela 4 – Produção de cana de açúcar na região de Franca, em 2006.....	202
Tabela 5 – Ranking de produção das unidades da região Centro-Sul, safra 2007/2008	205
Tabela 6 – Produção de cana, açúcar e álcool	206
Tabela 6 – Registro dos acidentes e doenças relacionadas ao trabalho do INSS	230
Tabela 8 – Distribuição dos agravos por município	248
Tabela 9 – Agravos em relação às ocupações	262

LISTA DE SIGLAS

ABPA	Associação Brasileira de Prevenção de Acidentes
ABRASCO	Associação de Pós Graduação em Saúde Coletiva
CAP	Caixas de Aposentadorias e Pensões
CAT	Comunicação de Acidente de Trabalho
CBO	Classificação Brasileira de Ocupações
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CEREST	Centro de Referência Estadual em Saúde do Trabalhador
CESAT	Centro de Estudos do Trabalhador
CETESB	Companhia de Tecnologia de Saneamento Ambiental, ligada à Secretaria do Meio Ambiente do governo de São Paulo
CGT	Central Geral dos Trabalhadores
CID	Classificação Internacional de Doenças
CIPA	Comissões Internas de Prevenção de Acidentes
CIR	Comissão Intermunicipal Regional
CISAT	Comissão Intersindical da Saúde do Trabalhador
CIST	Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CMST	Conferência Municipal de Saúde do Trabalhador
CNAE	Classificação Nacional de Atividades Econômicas
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CNST	Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador
COB	Congresso Operário Brasileiro
CONCLAT	Congressos da Classe Trabalhadora
CONPAT	Congressos Nacionais de Prevenção de Acidentes de Trabalho
CONTAG	Confederação Nacional dos Trabalhadores da Agricultura
COST	Comissão de Saúde do Trabalhador
CRST	Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
CVS	Centro de Vigilância de São Paulo
CUT	Central Única dos Trabalhadores
DEVALE	Departamento Regional de Saúde do Vale do Ribeira
DIEESE	Departamento Intersindical de Estatísticas e Estudos Sócio-Econômicos

DIESAT	Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde e dos Ambientes de Trabalho
DORT	Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho
DRS	Departamento Regional de Saúde
DRT	Delegacia Regional de Saúde
EPC	Equipamento de Proteção Coletiva
EPI	Equipamento de Proteção Individual
ETR	Estatuto do Trabalhador Rural
FAT	Fator Acidentário Previdenciário
GVS	Grupo de Vigilância Sanitária
IAA	Instituto do Açúcar e do Alcool
IAP	Instituto de Aposentadorias e Pensões
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
INSS	Instituto Nacional de Seguro Social
INST	Instituto Nacional de Saúde no Trabalho
IST	Interlocutor em Saúde do Trabalhador
LER	Lesões por Esforço Repetitivo
LOAS	Lei Orgânica da Assistência Social
LOPS	Lei Orgânica da Previdência Social
LOS	Lei Orgânica da Saúde
LT	Limite de Tolerância
MPS	Ministério da Previdência Social
MS	Ministério da Saúde
MT	Medicina do Trabalho
TEM	Ministério do Trabalho e do Emprego
NGA	Núcleo de Gestão Assistencial
NOST	Norma Operacional de Saúde do Trabalhador
NR	Normas Regulamentadoras
NTEP	Nexo Técnico Epidemiológico Previdenciário
OCT	Organização Científica do Trabalho
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OMS	Organização Mundial da Saúde

OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
ONG	Organização Não-Governamental
OS	Organização Social
PASEP	Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público
PAT	Posto de Atendimento ao Trabalhador
PIS	Programa de Integração Social
PS	Pronto Socorro
PST	Programa de Saúde do Trabalhador
PT	Partido dos Trabalhadores
PCMSO	Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional
PDVISA	Plano Diretor de Vigilância Sanitária
PNVT	Plano Nacional de Valorização do Trabalhador
PNSST	Política Nacional de Saúde e Segurança no Trabalho
PPI	Programação Pactuada Integrada
PPRA	Programa de Proteção de Riscos Ambientais
PS	Pronto Socorro Municipal de Franca
PSF	Programa Saúde da Família
PST	Programa de Saúde do Trabalhador
RAAT	Relatório de Atendimento aos Acidentados do Trabalho
RENAST	Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador
SENAI	Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial
SESC	Serviço Social do Comércio
SESI	Serviço Social da Indústria
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SEMSAT	Semanas de Saúde do Trabalhador
SESMT	Serviços Especializados em Segurança e Medicina do Trabalho
SENAC	Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial
SES	Secretária de Estado da Saúde de São Paulo
SIST	Sistema de Informação em Saúde do Trabalhador
SO	Saúde Ocupacional
ST	Saúde do Trabalhador
STICVF	Sindicato dos Trabalhadores na Indústria de Calçados e Vestuários de Franca e Região
SUAS	Sistema Único de Assistência Social

SUS	Sistema Único de Saúde
SVO	Serviço de Verificação de Óbitos
TAC	Termo de Ajuste e Conduta
UAC	Unidade de Avaliação e Controle
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	21
Metodologia.....	33
CAPÍTULO 1 AS RELAÇÕES SOCIAIS DE TRABALHO E OS DETERMINANTES SOCIAIS PARA OS AGRAVOS À SAÚDE DOS TRABALHADORES.....	45
1.1 Trabalho e adoecimento.....	46
1.2 Trabalho: uma categoria ontológica.....	49
1.3 Primeira e segunda modernidade do Capital: divisão social, organização do trabalho e relações de trabalho	55
1.4 O trabalho e o novo paradigma da produção: a organização científica do trabalho	59
1.5 Terceira modernidade: reestruturação produtiva e neoliberalismo	66
1.6 As mudanças do mundo do trabalho e os agravos á saúde dos trabalhadores	74
CAPÍTULO 2 POLÍTICA SOCIAL, MEDICINA DO TRABALHO E SAÚDE OCUPACIONAL	82
2.1 Entendimento da saúde do trabalhador preocupação com a saúde dos trabalhadores: antecedentes históricos.....	83
2.2 Preocupação com a saúde dos trabalhadores: antecedentes históricos.....	89
2.3 Vão se os anéis e ficam os dedos	94
2.4 Política Social no contexto brasileiro	103
2.5 Saúde Ocupacional, o regime militar, os movimentos sociais e alguns degraus para o campo Saúde do Trabalhador	113
CAPÍTULO 3 POLÍTICA SOCIAL: NA TRILHA DO CAMPO SAÚDE DO TRABALHADOR.....	124
3.1 Entendimento da política de saúde do trabalhador – CEREST	125
3.2 A construção do campo saúde do trabalhador	128
3.3 A política de saúde do trabalhador no SUS: a fase dos PST	138
3.4 Saúde do trabalhador a partir da Constituição Federal de 1988.....	145
3.5 Maio de 1998 a abril de 2004 - Ambulatório de Saúde do Trabalhador as primeiras ações de saúde do trabalhador em Franca	151
3.6 Seminários de Saúde do Trabalhador e a criação do CEREST- Regional/Franca ..	156

CAPÍTULO 4 CEREST- FRANCA, REGIONAL?	168
4.1 CEREST- regional -Franca, de qual realidade se está falando?	179
4.2 A realidade econômica de Franca e o setor calçadista	180
4.3 O setor calçadista em Franca: da sua exegese ao seu apogeu à crise	185
4.4 A região de Franca	199
4.5 O boom da agroindústria canavieira	203
4.6 Regionalização da saúde	211
CAPÍTULO 5 A INVISIBILIDADE SOCIAL DAS DOENÇAS RELACIONADAS AO TRABALHO	217
5.1 Agravos à saúde do trabalhador, o que os dados dizem?	227
5.2 Invisibilidade social das doenças relacionadas ao trabalho, por quê?	232
5.3 De que adoecem e morrem os trabalhadores na região de Franca?	244
5.4 Agravos à saúde do trabalhador em Franca e região	254
CAPÍTULO 6 TRABALHO E EQUIPE DO CEREST FRANCA	267
6.1 A gestão do CEREST em Franca: o caráter interdisciplinar(?) da equipe	270
6.2 Trajetória da implantação do CEREST: abril de 2004 a outubro de 2006	279
6.2.1 <i>Ano de 2004</i>	280
6.2.2 <i>Ano de 2005</i>	284
6.2.3 <i>Ano de 2006</i>	289
6.3 Trajetória de implantação do CEREST: a partir de outubro de 2006	294
6.3.1 <i>Ano de 2007</i>	295
6.4 Trocando em miúdos	298
6.4.1 <i>Atendimento e/ou acompanhamento pela Equipe Técnica</i>	298
6.4.2 <i>Encerrar o atendimento médico do CEREST</i>	299
6.4.3 <i>Vigilância em saúde do trabalhador</i>	299
6.4.4 <i>Intersetorialidade</i>	302
CAPÍTULO 7 CONTROLE SOCIAL: UM CONVITE À CLASSE TRABALHADORA PARA A PARTICIPAÇÃO NO CONSELHO GESTOR DO CEREST ...	316
7.1 Sindicatos de trabalhadores na construção e efetivação dos direitos	326
7.2 Sindicato dos Sapateiros em Franca: qual contribuição para a Saúde do Trabalhador?	333

7.3 O controle social do SUS	339
7.4 Conselho Gestor do CEREST em Franca: a quantas anda?	345
7.4.1 <i>Formação</i>	345
7.4.2 <i>Atuação</i>	347
7.4.3 <i>Reuniões/Pautas</i>	348

CONSIDERAÇÕES FINAIS	361
-----------------------------------	-----

REFERÊNCIAS	378
--------------------------	-----

APÊNDICES

APÊNDICE A - Roteiro para Entrevista com os profissionais do CEREST - Franca	400
APÊNDICE B - Roteiro para Entrevista com os envolvidos da Regional	401
APÊNDICE C - Tabulação e distribuição em gráficos dos dados estudados nos documentos do CEREST	402
APÊNDICE D - Relatório do grupo focal	412
APÊNDICE E - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	418
APÊNDICE F – Quadro com os dados dos entrevistados	419

ANEXOS

ANEXO A - IV Seminário de Saúde do Trabalhador de Franca	422
ANEXO B - V Seminário de Saúde do Trabalhador de Franca	424
ANEXO C - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da FHDSS da UNESP	426

INTRODUÇÃO

Todas as palavras são portadoras de idéias, são plenas de significados. Estes, porém, alojados em seu interior, não se manifestam de pronto nem se revelam de modo imediato. É preciso procurá-los na dinâmica do processo histórico, descobri-los nas tramas constitutivas do real.

MARTINELLI, 1995, p. 27.

Na trilha da saúde do trabalhador: a experiência de Franca revela a trajetória da construção do campo Saúde do Trabalhador como uma política pública, condensada a partir de um amplo processo histórico de lutas sociais. Desse modo, o objetivo desse estudo é analisar a implantação da política de saúde do trabalhador em Franca/SP, em especial, por meio do CEREST – regional, buscando identificar as principais estratégias, avanços e limites, bem como discutir e analisar o papel da Equipe do CEREST, do respectivo Conselho Gestor, dos interlocutores regionais em saúde do trabalhador e do gestor frente à implantação e às ações deste Centro.

A “trilha” representa um caminho percorrido para se chegar a determinado objetivo. Não se trata de um caminho linear, pode ocorrer de precisar dar voltas, desvios (*detour*)¹, desbravar, enfim, é com essa idéia (de trilha) que pretende-se discutir a política de saúde do trabalhador.

Parte-se do princípio que os agravos à saúde dos trabalhadores são reflexos da Questão Social subjacente a acumulação capitalista e, portanto, da contradição capital/trabalho, marcada, essencialmente, pela contradição da riqueza social, a qual apesar de construída coletivamente, tem o seu controle e usufruto de modo individual. O conceito² remonta ao período da Revolução Industrial, quando a classe operária, organizada, passa a tensionar as relações sociais de produção, inseparáveis da forma de valor (IAMAMOTO, 2001a). Portanto, ao tratar os agravos à saúde como expressões da Questão Social, quer situá-los enquanto particularidades desse modo de produção, como parte do conjunto das desigualdades sociais, impensáveis sem a mediação do Estado, resultado das lutas de classes (IAMAMOTO, 2001a).

Assim, torna-se fundamental decifrar as mediações presentes na construção e efetivação da atenção aos agravos à saúde dos trabalhadores, em especial, da Política de Saúde do Trabalhador.

É importante ressaltar que a implementação de políticas sociais está embasada nas forças sociais em jogo que, no embate político, conseguem introduzir suas demandas na

¹ “Como as coisas não se mostram ao homem diretamente tal como são e como o homem não tem a faculdade de ver as coisas diretamente na sua essência, a humanidade faz um *detour* para conhecer as coisas e sua estrutura. Justamente porque tal *detour* é o único caminho acessível para chegar à verdade, periodicamente a humanidade tenta poupar-se o trabalho desse desvio e procura observar diretamente a essência das coisas (o misticismo é justamente a impaciência do homem em conhecer a verdade). Com isso corre o perigo de perder-se ou de ficar no meio do caminho, enquanto percorre tal desvio” (KOSIK, 2002, p. 27).

² “A expressão ‘questão social’ é estranha ao universo marxiano, tendo sido cunhada por volta de 1830 (STEIN, 2000). Historicamente foi tratada sob o ângulo do poder, vista como ameaça que a luta de classes – em especial, o protagonismo da classe operária – representava à ordem instituída. Entretanto, os processos sociais que ela traduz encontram-se no centro da análise de Marx sobre a sociedade capitalista” (IAMAMOTO, 2001a, p.11).

agenda pública. Esse esclarecimento se faz necessário para refutar a idéia de política social como bondade e benemerência do Estado/governo, idéia esta que desconsidera a luta de classes.

A política de saúde do trabalhador como uma política pública está, portanto, sujeita aos avanços e retrocessos amalgamada as relações entre sociedade e Estado a partir da perspectiva de classes. Ademais, quando se fala em política social, como bem explica Soares (2002), seja ela de cunho de prevenção (saneamento, saúde pública, trabalho etc.), compensatória (ações que devem ser desenvolvidas quando as ações de prevenção não funcionaram a contento, o sistema previdenciário é um exemplo) ou de redistribuição (transferência de renda como Programa de Integração Social (PIS)/ Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público (PASEP) e o Bolsa Família, podem ser bons exemplos) não deve pensá-las de forma desarticulada as demais políticas, especialmente a econômica. Ou, nas palavras de Demo (1999, p. 21), “[...] não se pode analisar a política social sem se remeter à questão do desenvolvimento econômico, ou seja, à transformação quantitativa e qualitativa das relações econômicas, decorrentes do processo de acumulação particular de capital.”

Embora a política social não seja apenas redistributiva (BEHRING, 2006) de reprodução da força de trabalho e, tampouco, capaz de sanar os problemas gerados no antagonismo da acumulação capitalista, não pode-se perder de vista que se configura em espaço de conquista de direitos e de luta para a sua manutenção e ampliação.

Dessa forma, há um esforço em retratar o quadro geral da forma como a sociedade capitalista está organizada e a sua relação com o Estado na implantação ou não das políticas sociais. A premissa é que a análise da política de saúde do trabalhador é indissociável da discussão do mundo do trabalho, ou seja, a compreensão perpassa pelo entendimento do modo de produção e pelas relações sociais de trabalho ora estabelecidas (NAVARRO, 2006; RIBEIRO, 2005).

Esclarece-se que o conceito dos agravos à saúde está sendo empregado aqui para se referir aos acidentes, doenças e adoecimentos relacionados ao trabalho e compreendidos como expressão da Questão Social porque são indissociáveis do processo e organização do trabalho.

A tese defendida é que os agravos à saúde dos trabalhadores antes de se submeterem, individualmente, a rigorosa racionalidade de determinadas disciplinas, que com o uso de sofisticadas tecnologias comprovam ou não a existência do dano no indivíduo ou os ricos no ambiente e nos instrumentos, devem ser vistos sob o prisma da coletividade e da historicidade do trabalho, como já enfatizado por Laurell e Noriega (1989).

Trata-se de um processo visto a partir da totalidade social que se produz por meio dos efeitos dos processos e organização do trabalho, por isso diz respeito ao coletivo de trabalhadores e não aos indivíduos de modo isolado. O entendimento é que os agravos à saúde expressam os conflitos e as contradições do trabalho no sistema capitalista. Obviamente que estes não são novidades desse sistema, pois a sua origem remonta a antiguidade, porém, na dinâmica dos tempos modernos, houve o seu agravamento. Sob o prisma dos acidentes de trabalho, pode ter ocorrido queda nas estatísticas, mas sob a ótica das doenças e adoecimentos o problema se alarga. Por isso, deve ser entendido como um problema social e de saúde pública e que só pode ser visto a partir das relações sociais e, portanto, confirma a exigência de uma política pública pertinente. Esta por sua vez deve ser, essencialmente, interdisciplinar e intersetorial.

Assim, é necessário ter o mundo do trabalho como *feedback* para a análise da política de saúde do trabalhador, uma vez que deriva daí tanto os agravos à saúde dos trabalhadores quanto as possibilidades de correlação de forças para que o Estado estabeleça ou não as garantias trabalhistas, previdenciárias e demais políticas públicas promotoras de cidadania.

Desse modo, inicia-se o estudo discutindo a mudanças do mundo do trabalho e a sua complexidade para vida social, econômica e cultural. A premissa passa pelo deciframento do quadro sócio-histórico que conforma a divisão sócio-técnica, as relações sociais de trabalho e o papel do Estado. Assim, o primeiro capítulo busca responder ao questionamento de fundo: Como o trabalho pode levar ao desenvolvimento de agravos à saúde?³

A relevância da discussão sócio-histórica decorre da necessidade de evidenciar aqueles fatores presentes nas relações sociais globalizadas de trabalho que apesar de afetarem a saúde de quem trabalha, muitas vezes, são desconsiderados. Então, o objetivo não é trazer respostas fechadas a pergunta em evidência, mas ampliar o leque das interpretações para a compreensão dos determinantes sociais dos agravos à saúde dos trabalhadores se contrapondo aquelas orientações centralizadas à dimensão biológica e subjetiva, tão comum e justificada, nos dias atuais, pelo viés da pré-disposição individual ou, ainda, pelas comprovações médicas e científicas sustentadas pelos exames laboratoriais e de imagem tão sofisticados e, sobretudo, de alto-custo, os quais são necessários, porém, não apreendem a historicidade do agravo na sua relação com a organização e processo de trabalho.

³ Deve-se dizer que esse questionamento é uma tentativa de adaptar a interpelação: “Como o trabalho leva ao adoecimento?”, proposta para discussão durante o curso de extensão universitária: “Doenças e Adoecimentos do Trabalho Contemporâneo”, coordenado pelos Professores Herval Pina Ribeiro e Francisco Antônio de Castro Lacaz, UNIFESP/SP, segundo semestre de 2007.

Compreende-se que o processo trabalho-saúde-doença está, muitas vezes, ocultado pela contradição própria do sistema capitalista e pela fragmentação dos serviços públicos frente à saúde dos trabalhadores. A partir das mudanças do mundo do trabalho desencadeadas no decorrer dos anos de 1970 e consubstanciadas nos anos 1990, verifica-se dois importantes movimentos que afetam à saúde dos trabalhadores e também o modo de se fazer o seu enfrentamento. De um lado, está a flexibilização da produção, marcada pela nova gestão e organização do trabalho, terceirização, subemprego, trabalho autônomo domiciliar e informal e, de outro lado, o afastamento do Estado no que tange a regulamentação das relações sociais de trabalho e financiamento e desenvolvimento das políticas públicas.

É evidente que o aprofundamento dessas questões foge aos limites deste estudo, mas é impossível avançar sem elucidar alguns aspectos cruciais para o entendimento das relações sociais globalizadas de trabalho e à saúde dos sujeitos. Este movimento – de tentar compreender o mundo do trabalho - auxilia na desmistificação da “regularidade” e “imediatismo” presentes na consciência humana e que dão a entender a realidade como natural, independente e assim o nível de consciência dos fenômenos fica na aparência ou nas palavras de Kosik (2002) na pseudoconcreticidade. Daí que se busca romper a aparente realidade a partir do processo histórico.

No segundo capítulo discute-se a construção da política social e, de modo particular, a ebulição dos modelos de atenção aos agravos à saúde dos trabalhadores, quais sejam: Medicina do Trabalho (MT) e Saúde Ocupacional (SO) e tenta-se responder como o Estado assume os agravos à saúde dos trabalhadores enquanto objeto de sua atenção? Quais os acontecimentos importantes que se inter-relacionam neste processo? Como se constituem os modelos de MT, SO?

Historicamente as respostas aos problemas de saúde oriundos do trabalho partiram da perspectiva da MT e SO, as quais se prendem as explicações parciais da relação do agravo com o trabalho e considera ora o trabalhador como culpado por ter adoecido ou se acidentado, ora o agravo como intrínseco a uma realidade intransponível, como se o mal fosse parte de determinadas atividades laborativas, obscurecendo as verdadeiras causas. Partem também do papel do Estado que se põe como regulador do modo de produção e de circulação das mercadorias para que a força de trabalho, força produtiva, possa ser poupada, minimamente, criando, assim, regras e normas a serem seguidas nos ambientes de trabalho e no meio ambiente.

Deve-se dizer que a MT e a SO constituem-se em serviços de saúde e de segurança no trabalho de empresas, mas não se trata de uma ideologia particular a estas, mas

sim de uma cultura construída ao longo dos tempos e articulada aos serviços públicos e, sobretudo, as Instituições de Ensino (cursos técnicos e profissionalizantes) e de Ensino Superior, cursos de graduação e especialização *stricto* e *lato sensu*. Então é comum o profissional, concursado para desenvolver ações de Saúde do Trabalhador nos serviços públicos, ser formado em MT ou SO, quando ratifica na sua prática a orientação desses modelos. Ademais, no cotidiano dos serviços de saúde é comum a confusão entre MT, SO e Saúde do Trabalhador (ST), sendo que observou-se, muitas vezes, o uso desses conceitos como se fossem sinônimos pelos trabalhadores da saúde, tanto em Franca como na região. O fato é que essa linguagem está articulada a ação, portanto, acredita-se que é necessário ter claro as orientações de cada modelo para que se tenha clareza da perspectiva de ação.

Lacaz (1996) explica que a MT e também a SO são modelos que têm como matizes o atendimento individualizado, forte presença do médico e a relação do agravo aos fatores de risco (físico, químico, mecânico, biológico). A abordagem clássica da MT se baseia na análise da ocorrência a partir do ato inseguro, por isso que no caso de acidentes ou doenças relacionadas ao trabalho, há uma ênfase para o comportamento do trabalhador, com apontamentos para a culpa e ignorância deste, bem como a idéia de fatalidade ou má sorte. Neste modelo, o relevo não é para o conhecimento dos trabalhadores, mas para o saber médico, o qual, geralmente, mantém uma relação verticalizada com o trabalhador.

A MT nasce intimamente ligada aos interesses do capital, ainda durante a Revolução Industrial, como se discute no segundo capítulo, portanto o mote orientador é a doença já instalada, o acidente já ocorrido e a realidade particular da ocorrência, ideologizado pela necessidade de manter ou retornar o trabalhador à linha de produção, bem como descartá-lo, quando adoecido ou limitado para os níveis de produtividade exigidos (LACAZ, 1996).

Observa-se aqui características genéricas deste modelo e não se trata de generalizar que todos os profissionais envolvidos não tenham compromisso em transformar a realidade que os trabalhadores estão inseridos, no sentido de prevenir danos à saúde. Mas, de um modo geral, isso se torna muito difícil porque está se referindo a organização do trabalho, dos modos de exploração expressados em baixos salários, extensas jornadas de trabalho, controle dos trabalhadores, entre outras. Ou seja, prevenir danos à saúde dos trabalhadores requer propostas que visem a redução da exploração e isso acaba sendo inviável a partir da orientação da MT ou SO, uma vez que trata-se de serviços de empresas, ou seja, os empreendimentos sobrevivem e se expandem pela produção do excedente, da mais valia e qualquer alteração que venha colocar em risco este sistema de acumulação (privado) se torna

praticamente irrealizável, mesmo que para isso a saúde e vida de quem trabalha seja lentamente ou fatalmente sucumbida.

O modelo de SO, segundo Lacaz (1996), é originário do período pós-Segunda Guerra Mundial, nos anos 1950 e do contexto americano. Este modelo amplia um pouco mais a abordagem em relação a MT e tenta responder as lacunas não preenchidas. A SO avança na análise de risco ao considerar grupos de trabalhadores expostos ou não aos agentes causadores, ou seja, a presença de profissionais, inclusive sanitaristas faz vínculo com a epidemiologia, o que permite a teorização acerca dos problemas verificados, contudo ainda se mantém limitado aos ambientes de trabalho (LACAZ, 1996). Embora, este modelo (SO) já elabore preocupações com a prevenção dos agravos à saúde, desenvolvendo meios e instrumentos para que esta seja possível, a sua atuação ainda é parcial e limitada. Daí que a realidade é parcialmente modificada, geralmente, apenas no sentido de conter a propagação dos males que podem afetar a saúde daqueles que estão inseridos em determinados ambientes de trabalho e realizam-se algumas ações incipientes de prevenção dentro da idéia de causalidade.

O terceiro capítulo aborda a construção do campo Saúde do Trabalhador e da Política correspondente no Sistema Único de Saúde (SUS). Trata-se de percorrer uma verdadeira trilha na busca daqueles fatores essenciais para o entendimento da saúde do trabalhador como uma configuração assumida pelo Estado, a partir da correlação de forças presentes nas relações sócio-históricas estabelecidas ao longo dos tempos. O questionamento de fundo que embasa a discussão é como foi implantada a política de saúde do trabalhador, qual a sua sustentação, como está organizada, quais as suas diretrizes e como isso aconteceu em Franca?

Lacaz (1996) discute o campo Saúde do Trabalhador a partir da análise de três importantes protagonistas quais sejam: a universidade, o movimento sindical e os serviços de saúde. O autor explica que trata-se de um campo de conhecimento desenvolvido na América Latina a partir da década de 1970, oriundo dos movimentos sociais e faz importante diálogo com várias disciplinas das Ciências Sociais e das Ciências e Saúde Coletiva. Assim, o modelo ST é intersetorial, interdisciplinar e incorpora o conhecimento, a vivência e a experiência dos trabalhadores, uma vez que não se restringe ao saber técnico dos profissionais que historicamente determinaram o pensar-fazer relativo aos agravos à saúde dos trabalhadores. Além disso, baseia-se na relação do agravo com o processo e organização do trabalho e deixa de ser uma questão meramente do setor trabalho, da perícia médica previdenciária ou dos

serviços médicos das empresas, para se situar no âmbito do SUS como uma política pública (LACAZ, 1996; MINAYO-GOMEZ; THEDIM-COSTA, 1997; MAENO; CARMO, 2005).

É importante dizer ainda que a contribuição para a constituição do campo Saúde do Trabalhador foi o desenvolvimento de um método de pesquisa acerca da relação trabalho e saúde, que não se restringisse apenas ao saber técnico da medicina e/ou da engenharia do trabalho, mas que bebesse na fonte de quem, realmente, vive a problemática das contradições capital/trabalho, os próprios trabalhadores, (LACAZ, 1996). Trata-se do Modelo Operário, um método inovador de pesquisa dos agravos à saúde dos trabalhadores, o qual ocorreu em fins de 1960, na Itália, quando os próprios trabalhadores participaram de investigações pertinentes ao que afetavam a sua saúde no ambiente de trabalho.

O Modelo Operário previa a realização de inquéritos com a expressiva participação dos trabalhadores. Buscava formar grupos homogêneos do mesmo ambiente de trabalho para pesquisar a partir das experiências e subjetividade operária, as situações que pudessem afetar à saúde. Na seqüência, os dados colhidos pelos próprios trabalhadores eram confrontados com as estatísticas oficiais de acidentes de trabalho e também era elaborado o mapa de risco (físico, químico, biológicos e de organização do trabalho), apontando os lugares e os momentos mais críticos (SIVIERI, 1995). Ressalta-se que a ação era dos trabalhadores e não dos profissionais (médico, engenheiros) de ação tradicional na área, e o objetivo dos trabalhadores com esse método era conhecer a sua realidade de trabalho para transformá-la.⁴

Deve ser dito que o campo Saúde do Trabalhador não se limita apenas aqueles agravos considerados clássicos, por exemplo, as intoxicações por chumbo ou outros problemas que tem uma causalidade objetiva. Este reconhece que muitas doenças e adoecimentos contemporâneos como hipertensão arterial, diabetes, problemas cardiovasculares estão relacionados ao trabalho, bem como o sofrimento psíquico e as Lesões por Esforço Repetitivo (LER). Desse modo, se alicerça na análise de realidade a partir de categorias marxistas como processos de trabalho, determinantes sociais e processo de saúde/doença, transcende, em muito, aquelas análises presas ao agente causador de acidentes ou doenças clássicas ou, ainda, a concepção de risco iminente e ato inseguro.

Em relação a certa confusão que pode ocorrer entre campo o Saúde do Trabalhador e a política de saúde do trabalhador, concorda-se com Dias (1994), que há uma confluência de acontecimentos que nortearam a construção do campo – Saúde do Trabalhador

⁴ “Os filósofos se limitaram a interpretar o mundo de diferentes maneiras; o que importa é transformá-lo” (MARX; ENGELS, 1987, p. 14).

– e ao mesmo tempo da política de saúde do trabalhador, assim apesar de não ser a mesma coisa, deve ser dito que a política bebe no campo, ou nas palavras de Dias (1994, p. 147) “[...] é importante ter claro que, uma contém a outra e referencia sua prática, e que esta, ao se desenvolver, influencia a construção daquela que a contém.”

No quarto capítulo procurou-se destacar as principais características dos municípios que compõem a região de Franca, em especial, as de ordem socioeconômica. O questionamento de fundo, quais os principais aspectos da realidade socioeconômica de Franca e região? Busca evidenciar o desafio do CEREST-Franca na sua condição regional.

A caracterização socioeconômica da região de Franca demonstra dois movimentos substantivamente diferentes. Nesta cidade, observou-se que a partir do processo de reestruturação produtiva do setor calçadista houve o predomínio de pequenas empresas e do aumento do trabalho informal e domiciliar; na região a ênfase é para a agroindústria canavieira, quando sobressaem empresas ligadas a grandes grupos econômicos.

No contexto de esgotamento dos “30 anos gloriosos” da expansão capitalista, observa-se substancial mudança no mundo do trabalho. Se no período denominado de fordismo, a ênfase era para a rigidez da produção, a partir de meados da década de 1970 frente ao contexto de crise de superprodução destaca-se a “desregulamentação” como o *slogan* político do novo regime – acumulação flexível, Harvey (2007). Neste, grande parte das atividades realizadas no interior das grandes empresas é entregue às firmas terceiras, o que transformou a estrutura do mercado de trabalho e ocupacional e fragilizou, senão eliminou muitas garantias e seguranças trabalhistas.

O aumento da terceirização é verificado na realidade socioeconômica de Franca, especialmente por meio da expansão das Bancas de Pespontas e Cortes em Calçados. Em outras palavras, o processo de passar parte da produção de calçados para pequenas fábricas ou para os domicílios de ex-trabalhadores, agora empreendedores, faz parte de um movimento mundial ditado por regras globais do mundo da produção e acumulação. Ou seja, não é uma realidade singular da capital do calçado, mas faz parte da lógica global de produção. Com a mundialização da economia (CHESNAIS, 1996) houve a dispersão geográfica da produção para novos mercados, geralmente, em países, nações, estados distantes da empresa mãe, e que se tornam atrativos devido a oferta de força de trabalho barata e despolitizada, além de abundantes recursos naturais e incentivos fiscais. Há uma verdadeira realocação das empresas, que em Franca foi visualizado na migração de fábricas de calçados para os municípios da região ou para outros Estados. Mas pouco se sabe acerca dos impactos dos riscos e tecnologias empregadas para a saúde dos trabalhadores e meio ambiente, apesar de já

se observar os efeitos do desemprego e da falta de garantias e segurança do trabalho e previdenciária na vida e saúde dos trabalhadores.

Na região, verificou-se o avanço da cultura da cana-de-açúcar e também da respectiva agroindústria. Essa região conta com seis importantes usinas sucroalcooleiras, mas mesmo os municípios que não têm usinas têm o cultivo da cana, dessa forma, essa é uma das principais características da economia local. A agroindústria sucroalcooleira apesar de estar relacionada a grandes grupos, também se vale da terceirização, tanto no âmbito rural, onde ainda predomina o sistema de contratação de trabalhadores via agenciador, quanto nas indústrias, onde muitos trabalhadores desenvolvem suas funções, normalmente, mas com vínculo trabalhista e garantias correspondentes resguardadas por outra empresa, geralmente inferior àquela em que ele, realmente, atua.

Ademais, no capítulo 4 evidenciam-se as dificuldades do CEREST enquanto serviço regional, que abrange vinte e dois municípios, mas que está localizado em Franca e gerido pela Secretaria de Saúde correspondente⁵.

De um modo geral, os trabalhadores passaram no início deste século a conviver com novas inseguranças que agridem à sua saúde. As mudanças em voga no mundo da produção - o complexo de reestruturação produtiva⁶ - se estendem para todas as dimensões da vida humana, uma vez que dizem respeito a inovações tecnológicas, nova gestão e organização do trabalho, novos mecanismos de estímulos a elevação da produtividade e dos ganhos, incluindo a precarização das relações sociais de trabalho e em consequência a fragilização da organização dos trabalhadores enquanto classe política e, por outro lado, a fusão de grandes empresas e o fortalecimento do capital, especialmente na vértice financeira. Por isso é de fundamental importância situar os males à saúde a partir da totalidade das relações sociais estabelecidas, reconhecê-los apenas na sua origem biológica é conservá-los mistificados e presos as análises individuais. Trata-se, então, do reconhecimento dos determinantes sociais que geram e reproduzem não apenas as doenças, mas também os

⁵ Ver relatório do Grupo Focal realizado com os representantes dos municípios de área de abrangência do CEREST (Interlocutores em Saúde do Trabalhador –IST), em anexo (APÊNDICE D).

⁶ “O que denominamos de ‘complexo de reestruturação produtiva’ envolve um sistema de inovações tecnológico-organizacionais no campo da produção social capitalista – por exemplo, a robótica e a automação microeletrônica aplicada à produção; as novas modalidades de gestão da produção tais como: os CCQs e Programas de Qualidade Total; a série de racionalizações da produção, tais como os ‘downsizing’ e a reengenharia (muitas das racionalizações produtivas decorreram de novos patamares de centralização e concentração do capital, por meio de fusões, aquisições e diversificações corporativas, que implicaram (e ainda implicam – demissões em massa). Além disso, é um importante componente do complexo de reestruturação produtiva, dos vários tipos de descentralização produtiva, tais como a terceirização ou as realocações industriais, que implicam o fechamento da fábrica num local e a abertura em outro, ou ainda a instauração de novas legislações trabalhistas de cariz flexível, que criam nova regulação institucional do trabalho assalariado, adaptando-o às exigências imperiosas do capital em processo” (ALVES, 2000, p. 11, destaque do autor).

mecanismos insuficientes para o seu atendimento. As condições materiais de produção são também condições materiais de produção e reprodução da vida humana (MARX; ENGELS, 1987).

Assim, no quinto capítulo faz-se a discussão dos agravos à saúde dos trabalhadores. Facchini et al. (2005) destacam que o Brasil ainda é o recordista mundial de acidentes de trabalho, entre os dados citados pelos autores, sublinha-se que ocorrem no país três mortes a cada duas horas e três acidentes não fatais a cada um minuto. Desse modo, neste capítulo, por meio de entrevistas e de estudos dos registros de acidentes e doenças relacionados ao trabalho feitos pelo CEREST, nos anos de 2005 e 2006, nestes municípios, busca-se responder a questão: De que adoecem e morrem os trabalhadores?

A decisão em realizar tal levantamento de dados decorreu também da lacuna enfrentada pelas políticas públicas, em especial, pelo Centro de Referência, devido ao desconhecimento do que mais afeta a saúde da população trabalhadora. Por esse motivo se procedeu ao estudo das notificações referentes a 2005 e 2006, num total de 7.116 registros referentes a dezenove municípios, sendo que 53,29% provêm de Franca. Esclarece-se que em decorrência do CEREST não contar com um digitador no seu quadro de funcionários, este órgão não tem privilegiado a adequada alimentação do sistema de informática criado, especificamente para constituir o seu “banco de dados”.

Dessa maneira, o sistema de informação do Centro de Referência vem sendo alimentado pela sua equipe, a qual intercala a digitação com outras atividades, sendo a digitação parcial, uma vez que não tem considerado as notificações advindas da região ou dos Hospitais Casa de Misericórdia de Franca e UNIMED. Diante da falta de um profissional específico para essa função, o CEREST restringiu-se mais a digitalização das ocorrências subjacentes ao Pronto Socorro Municipal de Franca, contando apenas com 2.443 registros, sendo 389 ocorridos no ano de 2005 e 2.054 em 2006. Assim, neste estudo somam-se às 2.443 notificações já digitadas pelo Centro de Referência os 4.673 registros ainda não digitados. Frisa-se que o referido órgão forneceu o relatório das 2.443 notificações, sendo as demais estudadas manualmente pela autora.

O objetivo deste capítulo (quinto) é fazer uma discussão mais geral dos agravos e não propriamente a análise detalhada das ocorrências. Portanto, a perspectiva é que os agravos à saúde dos trabalhadores têm além da explicação orgânica e patológica a história social, pois são fenômenos sociais, produzidos socialmente a partir do uso e apropriação de determinadas tecnologias e gestão do trabalho (RIBEIRO, 2005). Como se vê é importante conhecer a organização econômica da região abrangida pelo CEREST, a sua desmistificação contribui

para romper com aquelas explicações dos agravos, visto de modo individual e subjacentes a negligência, má fé, má sorte ou destino dos trabalhadores.

Entende-se que as explicações que centralizam nos trabalhadores a responsabilidade e a culpa pelos eventos agressivos à sua saúde derivam da necessidade de se justificar os “porquês” do trabalho, o qual deveria ser o norteador do desenvolvimento humano genérico acaba, no sistema capitalista, a partir das relações de exploração, espoliação e dominação (ALVES, 2008), sendo o responsável pela aniquilação da qualidade e da própria vida de quem trabalha.

No sexto capítulo percorre-se a trajetória do CEREST, com o objetivo de analisar o seu processo de implantação e efetivação. A discussão está dividida cronologicamente a partir de abril de 2004 até o atual momento, recuperando aquelas ações ou acontecimentos mais relevantes, em cada ano.

A Saúde do Trabalhador nasce a partir de um paradigma diferente daquele desenvolvido pela MT e SO, os quais são restritos às empresas. Ao contrário destes, o campo – Saúde do Trabalhador – se efetiva a partir de uma política pública e suas ações vão além do teor fiscalizatório nos ambientes de trabalho. Ela também não se restringe ao aspecto curativo de assistência aos agravos. A política de saúde do trabalhador foi projetada para alcançar a perspectiva de uma política de Estado interdisciplinar e intersetorial, com vistas a romper com a visãoação fragmentária e desconexa que, ao longo dos tempos, norteou o enfrentamento das questões trabalho/saúde/doença. Então, neste capítulo serve-se mais profundamente da observação empírica, dos depoimentos e também da análise do livro ata de registro das reuniões da Equipe do CEREST.

Trata-se de evidenciar o processo de implantação, as principais ações e as dificuldades vivenciadas pela Equipe do Centro de Referência e pelos personagens envolvidos na questão. A discussão dos dados foi embasada por cinco eixos fundamentais quais sejam: Equipe interdisciplinar(?), Atendimento e/ou Acompanhamento pela Equipe Técnica; Encerrar o atendimento médico do CEREST, Vigilância em Saúde e Intersetorialidade. Nessa discussão, busca-se também evidenciar a estrutura, gestão, organização e funcionamento da política de saúde do trabalhador, bem como a relação do CEREST com a rede SUS, em especial para as ações de vigilância e também para a notificação dos agravos à saúde relacionados ao trabalho.

A participação é uma importante categoria de análise da política de saúde pública em geral e, em particular, da saúde do trabalhador. Ela é também uma ferramenta histórica da construção do SUS e importante mecanismo para o seu sucesso e das políticas dele

decorrentes. Assim, no sétimo capítulo enfatiza-se o papel do controle social na política de saúde do trabalhador. Faz-se um destaca especial para a atuação do Sindicato dos Trabalhadores da Indústria e Vestuários de Franca (STICVF) na implantação do CEREST, questionando qual a contribuição deste Sindicato para a política de saúde do trabalhador?

Por fim, realiza-se uma análise geral do estudo e das informações obtidas, trata-se desse modo, das “considerações não finais”, uma vez que esta é apenas o início de outras pesquisas que se pretende realizar.

Acredita-se que os vários questionamentos feitos no decorrer desse estudo não têm respostas fechadas, daí que optou-se por não apresentar hipóteses, uma vez que estas podem induzir a uma falsa interpretação da realidade. Assim, parte-se da busca de apreender o movimento da realidade social e a sua inter-relação nos agravos à saúde dos trabalhadores, bem como da atenção a eles desenvolvidas. A análise da política de saúde do trabalhador em Franca não é uma abstração fora da história real, trata-se de um estudo de uma política construída no processo da vida real e da ação de indivíduos de cada período histórico (MARX; ENGELS, 1987).

Metodologia

Para Marx só uma coisa importa: descobrir a lei dos fenômenos que ele pesquisa. Importa-lhe não apenas a lei que os rege, enquanto têm forma definida e os liga relação observada em dado período histórico. O mais importante de tudo para ele, é a lei de sua transformação, de seu desenvolvimento, isto é, a sua transição de uma forma para outra, de uma ordem de relações para outra. Descoberta esta lei, investiga ele, em pormenor, os efeitos pelos quais ela se manifesta na vida social [...] Em conseqüência, todo o esforço de Marx visa demonstrar, através de escrupulosa investigação científica, a necessidade de determinadas ordens de relações sociais e, tanto quanto possível, verificar de maneira irrepreensível, os fatos que lhes servem de base e de ponto de partida

Periódico de São Petersburgo Mensageiro europeu, maio de 1972, p. 427-436 apud MARX, 2006, p. 26-27.

Parece que um importante legado deixado pela teoria marxista em relação ao método de pesquisa é a busca incessante pela “lei dos fenômenos” da realidade estudada. Prado Junior (2007) aponta que Marx teria se preocupado mais em aplicar o método dialético e não teria oferecido uma definição precisa, mas afirma que a sua análise do sistema capitalista oferece elementos suficientes para os procedimentos metodológicos.

Ao destacar os comentários dos teóricos e críticos de suas obras, Marx (2006) sublinha que o seu método deve privilegiar a realidade e a sua conexão com o modo de produção e as relações sociais de trabalho decorrentes.

A elevação da realidade ao plano do pensamento é a própria base dos fenômenos. A realidade se faz e se constitui pelas relações concretas definidas pelas formas de propriedade, pela divisão social do trabalho, pelo grau de desenvolvimento que a sociedade se encontra e esses são os determinantes das relações sociais. Portanto, a investigação científica deve partir da realidade concreta⁷. “Para mim, ao contrário, o ideal não é mais do que o material transposto para a cabeça do ser humano e por ela interpretado” (MARX, 2006, p. 28).

Marx e Engels (1987) destacam a relação entre as idéias e a base material. Esses autores criticam os filósofos de seu tempo, que se pautavam pelas interpretações idealistas, produzidas e reproduzidas pela consciência isenta de realidade, que seriam as “falsas representações”. Pois, para Marx e Engels (1987), a consciência está determinada pelo modo de produção, o qual também determina a vida material e espiritual, é reproduzida e condicionada em determinada sociedade.⁸

Então, neste estudo, privilegia-se o papel da realidade material e social nos agravos à saúde e nas respostas ofertadas a esses, considerando o Ser Social como um ser que dá respostas e que se desenvolve socialmente, um ser histórico.

Ao optar pelo materialismo histórico lembra-se que a história não se compõe de uma linearidade, ao contrário, são múltiplos acontecimentos conectados, interligados e, essencialmente dinâmicos, que fazem parte da história dos homens⁹. Dessa forma, é de extrema importância recorrer ao processo histórico para que se possa conhecer e qualificar o presente, desvendar alguns daqueles elementos que atravessam os séculos e acompanham a humanidade. Nesse sentido, não se trata de fazer uma narração dos acontecimentos, mas de compreendê-los a luz da sua historicidade, também não se trata de opor ou negar,

⁷ “A economia marxiana está penetrada por um espírito científico que jamais renuncia a essa consciência e visão crítica em sentido ontológico; ao contrário, na verificação de todo fato, de toda conexão, emprega-a como metro crítico permanentemente operante. Falando em termos ultragerais, trata-se aqui, portanto, de uma cientificidade que não perde jamais a ligação com a atitude ontologicamente espontânea da vida cotidiana; ao contrário, o que faz é depurá-la e desenvolvê-la continuamente a nível crítico, elaborando conscientemente as determinações ontológicas que estão necessariamente na base de qualquer ciência [...]” (LUKÁCS, 1978, p. 24).

⁸ “O fato, portanto, é o seguinte: indivíduos determinados, que, como produtores atuam de um modo também determinado, estabelecem entre si relações sociais e políticas determinadas. É preciso que, em cada caso particular, a observação empírica coloque necessariamente em relevo – empiricamente e sem qualquer especulação ou mistificação – a conexão entre a estrutura social e política e a produção” (MARX; ENGELS, 1987, p. 35).

⁹ “Marx reconhece uma só ciência, a ciência da história, que engloba tanto a natureza quanto o mundo dos homens” (LUKÁCS, 1979, p. 15).

simplesmente, mas de buscar a sua essência. Assim, pensar os acontecimentos sociais é um movimento necessário a compreensão da realidade de trabalho do ser social, o trabalhador, bem como os reflexos da realidade material de trabalho para a sua vida e para a organização das políticas públicas geridas pelo Estado, síntese das relações sociais estabelecidas.¹⁰

Em Marx a abstração da realidade é uma condição para a construção do conhecimento para além da aparência, por isso que é preciso negar aparência inicial, ou seja, a forma fenomênica, o modo como as coisas se apresentam, pois só pela negação que se pode investigar. Trata-se da decomposição do todo, desconstruir a concreticidade posta para desvendar o que não está a mostra.

O objeto deste estudo, implantação da política de saúde do trabalhador em Franca, evidencia um fenômeno concreto, um processo singular, mas não isolado. É antes um processo interligado com as contradições capital/trabalho. Está, assim, interligado aos movimentos de luta de classes e, por conseguinte, ao papel do Estado. É um estudo singular, mas em determinados momentos pode se universalizar e a universalidade pode se singularizar, (LUKÁCS, 1978).

Não se trata de reducionismo, de ora reduzir a universalidade ao singular ou vice-versa. Não é isso, é antes de tudo um processo de mediação, de busca de compreensão e de relação causal entre as “representações fixadas” na consciência acerca de determinada realidade e as condições em que essas representações foram construídas, ou seja, a realidade material reificada.

Kosik (2002) trabalha os conceitos de aparência e essência, desenvolvidos por Marx e Engels. Para este autor a aparência, o fenômeno, ou o modo como a coisa se apresenta é a pseudoconcreticidade, ele explicita que este conceito não se refere a cisão do mundo entre real e irreal, mas trata-se da redução do mundo da práxis humana ao imediato e a práxis utilitária. Na realidade, “a coisa em si” se apresenta como se tivesse uma existência autônoma, como se os produtos humanos (objeto) fossem separados dos sujeitos (homens). Por isso que Kosik (2002, p. 23) expõe que para chegar a essência, ou seja, romper com a

¹⁰ “Cabe reafirmar que a reprodução das relações sociais não se restringe à reprodução da força viva de trabalho e dos meios objetivos de produção (instrumentos de produção e matérias primas). A noção de reprodução engloba-os, enquanto elementos substanciais do processo de trabalho, mas também os ultrapassa. Não se trata apenas de reprodução material no seu sentido amplo, englobando produção, consumo, distribuição e trocas de mercadorias. Refere-se a reprodução das forças produtivas e das relações de produção na sua globalidade, envolvendo também, a reprodução da produção espiritual, isto é, das formas de consciência social: jurídicas, religiosas, artísticas ou filosóficas, através das quais se toma consciência das mudanças ocorridas nas condições materiais de produção. Neste processo são gestadas e recriadas as lutas sociais entre os agentes envolvidos na produção, que expressam a luta pelo poder, pela hegemonia das diferentes classes sociais sobre o conjunto da sociedade” (IAMAMOTO; CARVALHO, 1990, p. 72).

pseudoconcreticidade é necessário compreender o mundo humano-social como “[...] unidade de produção e produto, de sujeito e objeto, de gênese e estrutura.” Mas essa compreensão não é um processo automático, é um processo complexo de busca do conhecimento, de interpelações, de antíteses, para isso é necessário desvios (*detour*) para explicitar as fases de determinada realidade, do seu movimento e do seu momento histórico.

Desse modo, a análise proposta parte da mediação do contexto mais amplo da organização do trabalho, do desenvolvimento das políticas públicas, em especial da política de saúde do trabalhador com a realidade singular, CEREST- Franca, já que a totalidade se faz presente na singularidade. Entende-se que a universalidade está posta na organização da sociedade em geral, a particularidade se faz representada, por exemplo, pelas instituições e ideologias e essas estão imbricadas na caracterização das singularidades, ou seja, o singular não é algo isolado, separado e estagnado, mas é fruto do universal, o qual se manifesta por meio das várias particularidades que compõem o todo e a sua apreensão se dá por meio de sucessivas aproximações na busca do desvendamento da realidade aparente.

Nesse contexto, a categoria “totalidade” também deve ser sublinhada. Para Kosik (2002) no século XX houve uma tendência ao uso da categoria “totalidade” como uma exigência metodológica e isso teria reduzido-a a uma regra e se abdicado da investigação da realidade o que, portanto resultou em “[...] duas banalidades: que tudo está em conexão com tudo, e que o todo é mais que as partes” (KOSIK, 2002, p. 42), esta redução teria anulado o princípio epistemológico de conhecimento da realidade e conduzido a interpretação idealista.

Desse modo, a partir da dialética materialista, Kosik (2002, p. 44, destaque do autor), afirma que a totalidade não é a somatória de fatos e nem todos os fatos. Ele afirma que a “Totalidade significa: realidade como um todo estruturado, dialético, no qual ou do qual um fato *qualquer* (classe de fatos, conjunto de fatos) pode vir a ser racionalmente compreendido”. A tentativa de se aproximar da realidade concreta total não é uma mística ou algo impossível a medida que não se “[...] pretenda ingenuamente conhecer todos os aspectos da realidade, sem exceções, e oferecer um quadro ‘total’ da realidade na infinidade dos seus aspectos e propriedades, é uma teoria da realidade e do conhecimento que dela se tem como realidade” (KOSIK, 2002, p. 44, destaque do autor).

A dialética da totalidade¹¹ entende a realidade como uma complexa estrutura que

¹¹ “A reflexão gramsciana sobre o social e o político é, portanto, atravessada pelo princípio da totalidade, evidenciando que essas duas esferas não são tratadas desvinculadas do fator econômico, ou seja, da relação entre infra-estrutura e superestrutura. Desde já é importante lembrar que, embora não haja em Gramsci uma densa tematização das determinações econômicas do capital, ele não entende a política como simples reflexo da economia, mas como esfera mediadora entre a produção material e a reprodução da vida humana. Não é,

se movimenta em suas íntimas determinações, mas essa estrutura interna não se revela de imediato à superfície, antes se faz necessário um esforço cognitivo para se aproximar da essência do fenômeno. Assim, a perspectiva é a apreensão da política de saúde do trabalhador não como uma política pronta, acabada e imutável, mas sim como uma particularidade em conexão com o todo. “Princípio metodológico da investigação dialética da realidade social é o ponto de vista da totalidade concreta, que antes de tudo significa que cada fenômeno pode ser compreendido como momento do todo” (KOSIK, 2002, p. 49).

A força motriz desse movimento é a contradição e a incompletude, ou seja, o conhecimento da realidade está em permanente construção, não está acabado. Daí a utilização do conceito de trilha para entender a complexidade de fatores que se inter-relacionam na caminhada da política de saúde do trabalhador. É preciso desvendar o processo social de sua implantação, que se relaciona às mudanças do mundo do trabalho, ao desenvolvimento da consciência de classe e das forças políticas em prol da melhoria das condições de vida e trabalho materializadas no papel do Estado.

A mediação enquanto categoria dinâmica é a chave para compreensão da realidade, articulando a universalidade à singularidade (ou vice-versa). Assim, a mediação¹² torna-se necessária para o desvendamento da essência da realidade objetiva, a qual não se manifesta a primeira vista.

Para que isso seja possível optou-se por generalizar a discussão fazendo um amplo percurso para estabelecer a mediação entre a singularidade e a universalidade escancarando as particularidades presentes no objeto de estudo.

O objeto de estudo - política de saúde do trabalhador no SUS – em Franca, discute uma realidade singular por meio de entrevistas abertas com os personagens que de um modo ou de outro estão ou estiveram envolvidos com o objeto desta pesquisa. A escolha dos personagens ora entrevistados relaciona-se à sua vivência profissional, (MINAYO, 2004)¹³. Acredita-se que a apreensão da realidade é constituída de sentido objetivo e subjetivo, “[...] um todo indivisível de entidades e significados” (KOSIK, 2002, p. 30).

assim, o predomínio das questões políticas, econômicas ou culturais que explica a realidade social, mas antes o princípio da totalidade, que leva em conta as especificidades e determinações desses momentos parciais e seus encadeamentos recíprocos” (SIMIONATTO, 1997).

¹² “Esta recíproca conexão e mediação da parte e do todo significa a um só tempo: os fatos isolados são abstrações, são momentos artificialmente separados do todo, os quais só quando inseridos no todo correspondente adquirem verdade e concreticidade. Do mesmo modo, o todo de que não foram diferenciados e determinados os momentos é um todo abstrato e vazio” (KOSIK, 2002, p. 49).

¹³ “Metodologias de Pesquisa Qualitativa (são) entendidas como aquelas capazes de incorporar a questão do SIGNIFICADO e da INTENCIONALIDADE como inerentes aos atos, às relações, e às estruturas sociais, sendo essas últimas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas” (MINAYO, 2004, p. 10, grifo do autor).

Nesse caso, ao enfatizar a realidade de trabalho vivida pelos sujeitos privilegiados neste estudo, não se trata de história de vida, mas de considerar as falas singulares, porém eivadas da realidade total, observando a experiência de vida, de trabalho e os significados da realidade material nas percepções trazidas por cada sujeito. “Da minha audição e da minha vida participam, portanto, de algum modo, *todo* o meu saber e minha cultura, todas as minhas experiências – sejam vivas, sejam ocultas na memória e se manifestando em determinadas situações – [...]” (KOSIK, 2002, p. 30, destaque do autor).

A intenção para operacionalizar o estudo ora proposto é a abordagem qualitativa, no sentido empregado por Minayo (2004), cuja orientação apóia-se no materialismo histórico, para o qual, como já enfatizado, a realidade material e o trabalho são categorias fundamentais na compreensão do ser e realidade social. Sendo essa metodologia essencial para explicitar os significados a serem buscados na análise da implantação da política de saúde do trabalhador em Franca.

Kosik (2002) ao fazer a crítica à concepção de mundo “positivista” diz que esta ao suprimir a subjetividade da análise da realidade empobreceu muito o entendimento do mundo humano-social e, por vezes, reduziu-o à dimensão quantitativa e “fiscalista”. Essa visão de mundo teria provocado uma cisão entre o que é quantificável, mensurável e o cotidiano dos homens manifestado historicamente na práxis objetiva da humanidade (KOSIK, 2002).

A escolha pela abordagem qualitativa se deu em razão da necessidade em aprofundar o conhecimento do campo Saúde do Trabalhador, a institucionalização da política correspondente, sua gestão e relações sociais e políticas frente à mesma.

Por isso, buscou-se entrevistar aqueles que mantêm uma relação direta com a política de saúde do trabalhador, mais especificamente, com o CEREST- Regional/Franca/SP. A escolha dos sujeitos privilegiou os profissionais que compõem a Equipe Técnica do CEREST, o Diretor de Vigilância em Saúde, órgão o qual o CEREST está subordinado, o gestor da Secretaria Municipal de Saúde de Franca no período de implantação do Centro de Referência e, ainda, quatro representantes do Conselho Gestor, sendo um ex- sindicalista e ex-Presidente do Conselho Gestor do CEREST, dois representantes do sindicato dos sapateiros e um dos bancários. Isso no âmbito municipal.

É importante salientar que para compreender como está sendo feita a implantação da política de saúde do trabalhador na região, uma vez que o CEREST é regional, procedeu-se a entrevista com o Engenheiro do Trabalho e também com o Diretor do Grupo de Vigilância Sanitária do Estado de São Paulo (GVS) regional e, ainda, com o interlocutor em Saúde do Trabalhador do Departamento Regional de Saúde (DRS VIII), de Franca. Além disso,

realizou-se o grupo focal com os Interlocutores em saúde do trabalhador (IST)¹⁴.

Desse modo, a investigação do processo de implantação da política de saúde do trabalhador na região de abrangência do CEREST- Franca/SP contemplou entrevistas (semi-estruturadas) (Apêndices A e B), estudo estatístico das notificações dos agravos à saúde dos trabalhadores de Franca e região, dos anos de 2005 e 2006 (Apêndice C) e o grupo focal, especialmente com os IST (Apêndice D).

Quanto às particularidades do grupo focal, Minayo et al. (2005, p. 92) esclarecem que esta é uma técnica muito utilizada em avaliação de temas específicos e a sua operacionalização deve constituir-se de um roteiro de perguntas que “[...] vão do geral ao específico, em ambiente não diretivo, sob a coordenação de um moderador capaz de conseguir a participação e o ponto coletivo e individual.” Assim, diferente da entrevista individual, é possível captar a opinião coletiva e também a particular. No que diz respeito ao seu desenvolvimento Souza et al. (2005) lembram que a entrevista em grupo focal deve ter ao menos dois condicionantes imprescindíveis para o seu sucesso, tais como: ter um roteiro provocativo que permita o debate participativo e permitir o aprofundamento da questão. O pesquisador deve estar atento para, a partir dos objetivos da pesquisa e das falas dos participantes do grupo, ir formulando novas perguntas. Desse modo, num primeiro momento, a discussão é livre, mas no decorrer da reunião é direcionada.

Observa-se que quanto à composição do grupo focal esta deve privilegiar pessoas que “[...] têm características identitárias homogêneas, como por exemplo, trabalhar juntos em uma mesma instituição, estudar juntos, participar de um mesmo projeto ou ter vivência, em comum, de algum fato específico” (KRUEGER, 1998 apud DESLANDES, 2005, p. 172). Apesar de pontos em comum, lembra a autora, que em um grupo nunca há uma homogeneidade completa, o que requer atenção e sensibilidade do pesquisador, sendo interessante a participação de outro pesquisador para auxiliar na problematização dos aspectos levantados pelo grupo, com vista a alcançar o aprofundamento das questões, bem como o seu registro fiel. Neste aspecto, Minayo et al. (2005) situam que no grupo focal é importante que o

¹⁴ Conceito usado para denominar os trabalhadores da saúde dos municípios de área de abrangência do CEREST, responsáveis em implantar e acompanhar a política de saúde do trabalhador no seu município. Registra-se que, inicialmente, estes foram denominados de Articuladores de Saúde do Trabalhador. Porém em dezembro de 2006, por sugestão do Prof. Herval Pina Ribeiro, durante Oficinas de Trabalho, nas quais analisou-se a política de saúde do trabalhador em Franca e região houve a troca na nomenclatura de Articulador para Interlocutor. Dessa maneira, não se trata de uma simples troca de conceito, uma vez que foi considerado as ações e o tempo que os representantes dos municípios destinam as ações de saúde do trabalhador. Por isso diante da escassez de tempo e do acúmulo de tarefas, houve um consenso entre os participantes que o termo interlocutor cabia melhor as ações desenvolvidas, já que pouco-se fazia em termos de articulação.

animador ou pesquisador não induza consciente ou inconscientemente a discussão a partir das suas próprias relevâncias.

Acredita-se que por já se ter trabalhado, por mais de dois anos, com os interlocutores em saúde do trabalhador, estabeleceu-se a possibilidade de formar um grupo, apesar de cada um ser de um município e de realidades igualmente diferentes, essa participação anterior favoreceu o aparecimento de características comuns, tornando viável o grupo focal.

Para compreender a regionalização da política de saúde do trabalhador, é necessário entender que a descentralização e hierarquização dos serviços de saúde públicos estabelecem uma divisão administrativa de área (regional) pela Secretaria de Saúde do Estado, na qual a região de Franca congrega 21 municípios (com Franca, 22). No âmbito municipal foi feita também a divisão em três micro-regiões¹⁵, conforme a capacidade técnico-operativa dos municípios em resolver os problemas de saúde da sua população.

Esta configuração administrativa justifica a utilização do grupo focal com aqueles que representam os municípios que congregam a região de Franca. No que diz respeito a política de saúde do trabalhador como uma possibilidade de abarcar a totalidade dos envolvidos com a mesma. Portanto, optou-se pela realização do grupo focal com os representantes das três micro-regiões: Franca (Três Colinas), Ituverava (Alta Mogiana) e São Joaquim da Barra (Alta Anhangüera).

A reunião do grupo focal foi agendada pelo Diretor do GVS – Regional, a qual foi gravada e depois transcrita e analisada. Deve-se dizer que estavam presentes na reunião do grupo focal os representantes dos municípios: Buritizal e Igarapava (Alta Mogiana), Morro Agudo e São Joaquim da Barra (Alta Anhangüera) e Patrocínio Paulista (Três Colinas), num total de dez pessoas, considerando que houve municípios com mais de um representante.

Deve ser dito que diante da dependência do agendamento da reunião de tal grupo pelo Diretor do GVS, houve demora na sua realização, a qual ocorreu em 19 de agosto de 2008, no período da manhã, especificamente, das dez às doze horas. Cabe mencionar também que no dia em questão, das oito às dez horas, havia sido realizada uma reunião técnica entre o responsável pelo GVS e os IST e nem todos os municípios haviam sido convidados. Além disso, como o grupo focal ocorreu no período posterior a reunião técnica, nem todos que

¹⁵ Estas micro-regiões têm a seguinte divisão:

- Três Colinas: Cristais Paulista, Franca, Itirapuã, Jariquera, Patrocínio Paulista, Pedregulho, Restinga, Ribeirão Corrente, Rifaina e São José da Bela Vista;
- Alta Mogiana: Aramina, Buritizal, Guará, Igarapava, Ituverava e Miguelópolis;
- Alta Anhangüera: Ipuã, Morro Agudo, Nuporanga, Orlândia, Sales Oliveira e São Joaquim da Barra (UAC/ SMS, 2007).

estavam presentes permaneceram para a entrevista, devido a outros compromissos. Os nomes dos Interlocutores não foram revelados e optou-se por usar a sigla IST, referente a Interlocutor em Saúde do Trabalhador seguida do município pertencente. O relatório da reunião com os principais tópicos discutidos e analisados neste estudo está no Apêndice D.

Para dar visibilidade ao processo de efetivação da política de saúde do trabalhador e as ações intersetoriais buscou-se entrevistar também os representantes do Instituto Nacional de Seguro Social (INSS) e da Delegacia Regional do Trabalho (DRT) de Franca. Entretanto, não foi possível entrevistar representantes do INSS, posto dessa cidade, sendo justificado, verbalmente, pelo Diretor daquele órgão que tal pesquisa deveria ser direcionada a técnicos do Posto de Ribeirão Preto, devido a falta de funcionários no Posto de Franca. Num primeiro momento, agendou-se tal entrevista, mas depois foi avaliado que fugia aos objetivos de sondar as ações intersetoriais entre o CEREST e o INSS (de Franca). Assim, não foi possível contar com a participação e colaboração de técnicos do INSS neste estudo.

Em relação ao gerente regional da DRT também houve dificuldades, pois o mesmo precisou obter autorização dos superiores para a participação neste estudo e após alguns agendamentos para entrevista este preferiu responder as questões por e-mail. Desse modo, essa entrevista não foi gravada como as demais e as repostas foram demasiadamente sucintas.

Outras dificuldades na realização das entrevistas se referem a indisponibilidade de se entrevistar o Coordenador do CEREST, o qual após agendar a entrevista e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice E), concordando em participar como sujeito de pesquisa deste estudo, resolveu adiar a entrevista, alegando que era necessário estudar o roteiro para depois proceder a mesma. A partir daí outras inúmeras vezes foi agendada a entrevista, por exemplo, uma vez no horário de trabalho deste em uma empresa particular, mas após a espera da autora por mais de uma hora na porta da fábrica, este pediu que o trabalhador da guarita avisasse que estava com indisponibilidade de horário para a entrevista. As demais vezes foram agendadas no CEREST, em dias de não atendimento ao público deste profissional, mas foi justificado indisponibilidade de horário, até que por fim o Coordenador do CEREST pediu que a Auxiliar de Enfermagem do Trabalho daquele serviço informasse a sua indisponibilidade em participar de tal estudo.

Desse modo, esta pesquisa não pôde contar com a visão do Coordenador do CEREST, sendo considerada uma perda inestimável, mas tentou-se entrevistar o maior número possível de pessoas envolvidas com a política de saúde do trabalhador.

Então, na Equipe do CEREST, só não foram entrevistados o médico do trabalho e coordenador do serviço, e a fonoaudióloga, devido a indisponibilidade de horários e também a assistente social, uma vez que esta última é a autora deste estudo¹⁶. Assim, as idéias e a possível contribuição do Serviço Social na política de saúde do trabalhador estão entremeadas durante toda discussão e, em especial, ao final de cada capítulo, quando procurou-se, brevemente, indicar a possível contribuição dos assistentes sociais na referida Política. Emerge da experiência profissional da autora e também da sua formação (assistente social) o gosto de alongar a discussão e sempre que possível apresenta-se relatos de casos, uma particularidade do Serviço Social, como meio de aprofundar a discussão. Registra-se que poucos CEREST contam com assistentes sociais no seu quadro funcional¹⁷. Desse modo, procurou-se, na medida do possível, expressar a visão do Serviço Social, uma vez que se acredita que os respectivos profissionais têm muito a contribuir com o campo Saúde do Trabalhador.

Os sujeitos entrevistados relativos a esta equipe são: auxiliar de enfermagem do trabalho, engenheiro do trabalho, fiscal sanitário¹⁸, fisioterapeuta, médico do trabalho e psicóloga.

Para que fique claro as informações acerca dos personagens entrevistados, elaborou-se um quadro com os principais dados dos sujeitos, o qual se encontra no Apêndice F. Procurou-se denominar os entrevistados pela profissão ou pelo cargo que ocupam, com exceção do ex-gestor da Secretaria Municipal de Saúde, Marco Aurélio Piacesi (Piacesi) e Eugênio Antônio Alves (Biro), os quais autorizaram tal exposição. As entrevistas foram gravadas e depois de transcritas, analisadas com exceção da entrevista com o gerente regional da DRT-Franca. Os depoimentos foram revistos para eliminar os vícios de linguagem e se fez uso apenas das partes mais significativas das falas. As entrevistas foram realizadas no período de janeiro à julho de 2008, com exceção do grupo focal, o qual foi realizado em agosto de 2008.

Em relação à quantidade de sujeitos, Minayo (1994) explica que no caso qualitativo o critério não é o número de pessoas e de entrevistas, mas sim a possibilidade de reflexão da totalidade nas suas múltiplas dimensões. Dessa maneira, a fase exploratória não

¹⁶ Atuou no CEREST no período de abril de 2004 e maio de 2008.

¹⁷ Em contato com outros CEREST do Estado de São Paulo e mais precisamente aqueles próximos a Franca como: Ribeirão Preto, Araraquara, Batatais e Bebedouro, não se verificou a presença de assistentes sociais na Equipe Técnica destes serviços.

¹⁸ O qual tem formação em Técnico em Segurança do Trabalho e consta a sua atuação como tal na relação dos membros da Equipe do CEREST.

precisa se limitar a uma única fonte de elementos informativos sendo, inclusive, indicada pela autora a possibilidade da triangulação de dados que implica em multiplicar as tentativas de abordagem.¹⁹

Assim, além das entrevistas utilizou-se do estudo dos documentos do CEREST (legislações, atas de reuniões da equipe e plano de ação regional) e das notificações dos agravos à saúde ocorridos nos anos de 2005 e 2006, constituídas pelas Comunicações de Acidentes de Trabalho (CAT) e pelos Relatórios de Atendimentos aos Acidentados do Trabalho (RAAT). Não é o objetivo fazer uma análise dos dados dos agravos, mas sim destacar os que mais acontecem, em especial, no quinto capítulo, quando se discute a invisibilidade social das doenças relacionadas ao trabalho em Franca e região. Acredita que esses dados enriquecem a pesquisa, que somados as entrevistas semi-estruturadas possibilitam "[...] enumerar de forma mais abrangente possível as questões que o pesquisador quer abordar no campo, a partir de suas hipóteses ou pressupostos, advindos, obviamente, da definição do objeto de investigação" (MINAYO, 2004, p. 121).

Também se fez uso de documentos pessoais de registros das ações – observação participante²⁰ – reveladas, sobretudo, por meio da experiência profissional, enquanto assistente social no CEREST, por um período de quatro anos, como já dito. Além disso, dados relativos aos Seminários de Saúde do Trabalhador realizados pelo Sindicato dos Sapateiros em conjunto com a USP-Ribeirão Preto e UNESP-Franca, como fitas de vídeo em VHS e também DVD foram considerados importantes instrumentos para o processo de implantação da política de Saúde do Trabalhador. O estudo do material relativo aos Seminários de Saúde do Trabalhador restringiu-se ao IV e V Seminários realizados em 2003 e 2005, respectivamente, em anexo encontram-se os folders desses Seminários (Anexos A e B, respectivamente).

Outras fontes de dados referem-se ao Sindicato das Indústrias de Franca, que forneceu informações acerca da organização da produção calçadista francana, à Prefeitura Municipal de Franca que forneceu, via pagamento antecipado, a relação do número de Bancas

¹⁹ “Triangulação é um termo usado nas abordagens qualitativas para indicar o uso concomitante de várias técnicas de abordagens e de várias modalidades de análise, de vários informantes e pontos de vista de observação, visando verificação e validação de pesquisa” (MINAYO, 2004, p. 102).

²⁰ Minayo (2004) explicita que a Observação Participante é um momento da pesquisa, conduzido segundo critérios científicos rigorosos. Em sua análise, a observação participante é abordada a partir de três correntes filosóficas, quais sejam: funcionalismo, marxismo e fenomenologia. A autora destaca que a Observação Participante pode ser vista como técnica complementar a captação de dados empíricos, em especial, os de ordem mais subjetiva, que dificilmente podem ser contemplados nas entrevistas, questionários etc. Mas deve ser dito que neste estudo, o uso deste conceito não se refere a abordagem metodológica, com planejamento de entrada e saída no cenário da pesquisa ou ainda de um roteiro do que observar, previamente estabelecido, mas sim da experiência profissional da autora na realidade ora pesquisada.

de Calçados registrados por aquele município, ao site da União da Indústria da Cana-de-açúcar (UNICA), entre outras, informações divulgadas na mídia (impresas e eletrônicas) julgadas importantes para explicitar e ou ilustrar as idéias.

Discutir a política social pode ser um pouco cansativo, à medida que se torna necessária a apresentação de dados do surgimento das medidas mais importantes. Por isso optou-se por iniciar cada capítulo com as falas dos entrevistados, pois acredita-se que esse conteúdo auxilie na compreensão dos fenômenos e suaviza as extensas citações de datas e referências.

Busca-se também sistematizar as idéias dos entrevistados e contextualizá-las, na perspectiva de ao discutir essa experiência local possa estar contribuindo para que novas pesquisas sejam feitas, com maior teor de aprofundamento e quem sabe estimular de algum modo, para que as dificuldades ou limites relatados neste estudo um dia sejam melhorados, pois acredita-se que ao socializar a problemática ou ao coletivizá-la pode-se criar condições para um debate profícuo acompanhados de práticas transformadoras.

Espera-se que ao discutir o papel do Estado e dos movimentos sociais, que a partir da correlação de forças estabeleceu políticas sociais de redistribuição de renda, de seguridade social, de proteção social, de educação e de saúde, que, enfim, minimizou os efeitos (degradantes) da exploração do trabalho ou da sua ausência (desemprego), possam auxiliar no desbravamento dessa densa trilha e na continuidade na busca por efetivação das políticas públicas.

Por fim, reforça-se, mais uma vez, que não se está discutindo a política de saúde do trabalhador apenas no plano ideal, mas antes parte-se do modo como esta foi sendo construída a partir da realidade social e presente na singularidade da realidade de Franca/SP. Enfim sublinha-se que: “Não há estrada real para a ciência, e só têm probabilidade de chegar a seus cimos luminosos aqueles que enfrentam a canseira para galgá-lo por veredas abruptas” (MARX, 2006, p. 31).

CAPÍTULO 1

AS RELAÇÕES SOCIAIS DE TRABALHO E OS DETERMINANTES SOCIAIS PARA OS AGRAVOS À SAÚDE DOS TRABALHADORES

[...] o trabalho é antes de mais nada, em termos genéticos, o ponto de partida da humanização do homem, do refinamento das suas faculdades, processo do qual não se deve esquecer o domínio sobre si mesmo [...].

LUKÁCS, 1979, p. 87.

1.1 Trabalho e adoecimento

Trabalho... todos somos trabalhadores, o médico, eu e você, independente da função. Mas, as pessoas estão adoecendo mais e a tendência é aumentar a cada dia, porque as formas de produção, o desemprego, vários fatores estão afetando a saúde do trabalhador. É o stress, a depressão, o assédio moral. Por exemplo, há poucos dias eu vi um caso que me chocou, não quero citar nomes, mas são coisas que não poderiam acontecer, mas acontecem. Foi uma situação que o chefe chutou a perna de uma funcionária. Isso porque ele deve estar sofrendo cobrança muito alta, então, ele repassa essa cobrança aos subalternos. Agora, esse caso saiu no jornal, e os outros? Eu atuava muito dentro das empresas e posso te dizer que o trabalho está precário, há uma pressão muito alta, as pessoas têm que fazer vários serviços ao mesmo tempo, os trabalhadores hoje vivem para o trabalho. Quando chegam em casa não têm ânimo para sair e dar um passeio. As pessoas estão trabalhando horas a mais, é a eterna discussão da hora extra e a saúde. Outra coisa, o salário está baixo, os trabalhadores têm uma vida mais difícil em relação a tudo, a alimentação, transporte, por exemplo, no transporte, inclusive está acontecendo vários acidentes que afetam o trabalhador... (Biro, ex-sindicalista e ex- Presidente do Conselho Gestor do CEREST)¹.

O trabalho é o resultado da necessidade de você se manter vivo com algumas coisas mínimas para a sua sobrevivência. Na medida que você exige mais das coisas que você quer ter, você tem que melhorar esse seu trabalho, tem que criar particularidades mais agradáveis, inclusive num fator financeiro mais adequado para que se possa usufruir disso. Eu não advogo essa causa que diz que o trabalho dignifica o homem. Eu não acho que a pessoa para ser digna tenha que ter um trabalho. Parece-me, que essa dignidade foi estabelecida por causa da necessidade de se ter mais coisas, de se conhecer mais, isso cria o trabalho como um elo universal entre as nações, cria também algumas comodidades, mas também faz com que a gente vá cada vez trabalhando mais e cada vez vivendo menos. São poucas as pessoas que realmente aproveitam os benefícios do trabalho... Pelo trabalho eu tenho dedicado o meu conhecimento a serviço de outras pessoas, mas não é maior motivo da minha vida, o meu maior motivo é conhecer mais as pessoas, andar um pouco mais... (por que o trabalho adoecer?). São vários os fatores, por exemplo, os baixos salários, mas é preciso entender o que se passa com a vida dessa pessoa que adoeceu. Veja, uma pessoa que trabalha oito horas, diariamente, dentro de uma fábrica, o horário é muito rígido, o transporte não ajuda e isso a obriga a se levantar muito cedo e a chegar muito tarde em casa, e se ela mora na periferia, onde, geralmente, as situações de lazer são praticamente zero, no caso um homem casado, às vezes, ainda consegue jogar uma bola, mas a mulher dele não tem atrativo nenhum, essas crianças... a escola provavelmente não é perto, o máximo que vai ter lá será um campinho. Então, talvez o problema não seja abrir serviços de saúde, essas pessoas inclusive os trabalhadores procuram o que não vão encontrar lá. O que elas estão procurando é uma qualidade de vida melhor, é uma condição de trabalho melhor e quando elas não encontram esse suporte vão adoecer. (Piacesi², médico e ex-gestor da Secretaria Municipal de Saúde de Franca).

Trabalho... acho que é uma atividade que requer força física ou capacidade mental em busca de uma recompensa, um salário...Eu me identifico, gosto do que faço... Agora quando te falta ferramenta para fazer melhor ou falta de estrutura, falta de apoio... Isso aí realmente é muito ruim. (Fiscal Sanitário da Vigilância Sanitária de Franca e Técnico de Segurança do Trabalho do CEREST).

¹ O entrevistado autorizou a devida exposição do seu nome.

² Idem.

Eu comecei a trabalhar depois que eu me formei e eu sempre gostei do que faço... Só que meu trabalho é desgastante e muitas vezes não é reconhecido, hoje, o maior reconhecimento é quando as pessoas que nos procuram conseguem melhorar sua vida e voltar a ter relações com as outras pessoas... As pessoas estão com muito medo, inseguras pela própria situação de vida social e econômica. Mas o trabalho é uma fonte de vida, eu não me vejo não trabalhando. Agora ele pode adoecer também, por exemplo, quando a pessoa se sente desmotivada, sucateada. Aqui no CEREST é um trabalho muito difícil, porque nós não temos contato direto com as empresas, nós não conhecemos como elas funcionam e como são as suas relações. Então é muito complicado, você escuta segundo a informação do seu cliente e você faz as orientações devidas dentro do que é possível. Mas o trabalho nosso aqui, é bem limitado. Eu estou muito preocupada, porque em Franca as pessoas estão adoecendo muito, o pessoal do sapato que tem chegado estão muito debilitados, muito debilitados mesmo. Têm pessoas que eu vejo que se parecem com uma laranja chupada, um “bagaço”, totalmente desvitalizadas, sem energia e condições psíquicas. A parte física também, o corpo já está lesionado. Têm muitas coisas que adoecem: a pressão, a falta de motivação, de reconhecimento etc. Aqui no CEREST, nós também podemos adoecer, principalmente quando você não consegue dar respostas, isso vai angustiando muito... Acolhemos as pessoas, elas ficam tranqüilas na sala de espera aguardando a consulta, elas falam, desabafam e dentro da minha sala quem é o profissional de referência que elas vão ter? Eu. As pessoas me falam dos problemas, são denúncias sérias, mas quando vou dar encaminhamento, às vezes, aqui dentro, não tem retorno, não reverbera. Então a pessoa fica comigo como referência e eu não consigo transpor isso aqui. Mas não pode ser uma ação individualizada, isso tem que ser uma ação interdisciplinar. Você vê que o serviço não está funcionando como deveria, o Conselho Gestor não está se reunindo é uma série de situações. Então, tudo isso, lógico que vai colaborando para desmotivação e para um ambiente de trabalho que não motiva e eu me sinto como um profissional que tem capacidade, mas me sinto sucateada, o nosso trabalho aqui não está sendo olhado. (Psicóloga do CEREST).

O trabalho é muito importante na vida das pessoas. Acho que é impossível viver sem trabalhar, é uma coisa que socialmente existe e que temos de estar engajado nela, mas eu acho que você tem que sentir prazer em trabalhar, não pode ser por obrigação. Então eu acho que o trabalho tem essa importância, em qualquer profissão, em qualquer coisa que se vá fazer tem que ter esse foco de satisfação e prazer em trabalhar. O trabalho adoce, mas os acidentes ainda são os que mais ocorrem, principalmente em mãos e membros inferiores. Em relação as doenças, as LER/DORT, devido ao esforço repetitivo, são as que mais ocorrem. Eu acho que essa característica é devido a indústria de calçados... (Médico do Trabalho do CEREST e ex-coordenador do CEREST).

O trabalho representa muita coisa, é parte da realização, quer dizer que se você fica sem trabalhar, nossa é uma coisa é inexplicável... a falta de trabalho é uma coisa muito desgastante. Para mim o trabalho representa dignidade, respeito, sustento, integração... Quer dizer tudo aquilo que o homem pode conseguir, só se consegue por meio do trabalho... Acho que a pessoa precisa procurar se realizar no trabalho. Eu vejo assim, aqui no CEREST eu acabo fazendo mais é gerência e não engenharia do trabalho porque eu sou sozinho, não tem outro na rede, você não tem com quem discutir e você se sente sozinho, então eu trabalho mais como gerente... (Engenheiro do Trabalho do CEREST).

O trabalho é a venda da força de trabalho aonde o trabalhador vai faz um serviço e recebe aquele valor pelo que ele fez, mas infelizmente não recebe o quanto teria que receber, o trabalhador é explorado e, por isso, ele adoce. (Diretor I - Sindicato dos Sapateiros - e conselheiro do Conselho Gestor do CEREST – Franca.

O trabalho é muito importante, mas a classe de sapateiro está sofrendo com a carga horária. Dentro da fábrica, o trabalhador é aquele camarada que não tem tempo nem para beber água, é controlado o tempo até de ir ao banheiro. Então a tendência disso é cada vez provocar mais doença relacionada ao trabalho e isso nós temos muito claro, inclusive fizemos denúncia ao Ministério do Trabalho, mas ainda não tivemos resposta. A situação está cada vez mais crítica, a quantidade de trabalhador diminuiu e a produção aumentou, então, a tendência é adoecer cada vez mais. (Diretor II - Sindicato dos Sapateiros - e ex-conselheiro do Conselho Gestor do CEREST).

O trabalho é muito importante na vida das pessoas, além de garantir o sustento é pelo trabalho que se sente mais humano. Você contribui e aprende, então não é só para comer e dormir, faz parte da vida em sociedade, mas tem muita gente ficando doente. Pelos RAAT e também pelas pessoas que eu atendo na fisioterapia a maior incidência é Lesão Por Esforço Repetitivo (LER) e problemas de coluna. A causa, talvez seja em decorrência do modo como o trabalho está organizado, hoje as empresas têm uma cobrança maior e uma carga horária mais alta. O trabalhador por sua vez quer trabalhar mais para melhorar um pouco o seu salário e, por isso, faz horas extras o que gera doenças e também acidentes porque um trabalhador cansado tem muito mais chance de se machucar que outro, então eu acho que o excesso de horas extras e de trabalho é que adoeece. (Fisioterapeuta do CEREST).

É pelo trabalho que a gente se sente útil, mas você tem que ter o perfil para aquilo que você desenvolve. Por exemplo, uma pessoa muito tímida que trabalha com informação ao público, que tem que falar a mesma coisa de quatro a cinco vezes para a mesma pessoa e ela ainda sai com dúvida volta e te faz a mesma pergunta, então tem que ter muita paciência e identificação. Aqui em Franca, nós temos o setor calçadista, e tem muito problema de LER/DORT, a pessoa começa a perder os seus movimentos e se sente inútil, incapaz e desenvolve depressão por causa da angústia de se sentir inútil, entende? Ele, o trabalhador, se sente impotente frente a sua profissão, ele fica afastado, vai para o INSS e tem toda aquela parte burocrática que o trabalhador fica até sem receber até passar na perícia. Ele precisa de alimentação, aluguel e tudo isso angustia muito o trabalhador, é tudo muito demorado e ele nem sempre tem a resposta que ele precisa. (Auxiliar de Enfermagem do Trabalho do CEREST).

Os depoimentos traduzem a riqueza da categoria trabalho para vida humana, e por outro lado, a realidade material em que o trabalho é desenvolvido, no caso, os personagens destacam alguns dos elementos presentes no dia-a-dia da classe trabalhadora³, inclusive do trabalhador público que tem contribuído para os agravos à saúde.

Então, neste capítulo foca-se a análise para a categoria trabalho e as mudanças decorrentes da sua organização no sistema capitalista que, de algum modo, já foram introduzidas pelas falas, cabe, portanto, contextualizar as mudanças do mundo do trabalho e as suas implicações para as condições de vida e saúde da classe trabalhadora.

Marx e Engels (1987) explicam que ao se analisar um fato particular deve-se empiricamente dar relevo a conexão orgânica entre a estrutura social e política e o modo de

³ “Ao referir-se a classe trabalhadora, engloba-se aí tanto a parcela dessa classe diretamente inserida no mercado de trabalho, como aquela excedente para as necessidades médias de exploração do capital: o exército industrial de reserva” (IAMAMOTO; CARVALHO, 1990, p. 78).

produção. Assim, pode-se entender que os agravos à saúde dos trabalhadores não são problemas particulares desta ou daquela pessoa, obviamente que são vividos singularmente, mas são problemas sociais frutos da organização e relações sociais de trabalho mais gerais, mediado por várias partes que compõem a totalidade do mundo do trabalho e das relações estabelecidas.

Este é um aspecto essencial deste capítulo, captar e compreender as possibilidades de morbidade decorrentes das relações sociais de trabalho a partir do quadro geral da organização social do trabalho na sua relação com as situações específicas apontadas pelos depoimentos.

Se por um lado, os entrevistados destacam que o trabalho é importante para a vida social e para a realização individual das pessoas. Por outro lado, apontam também que o excesso de trabalho, os baixos salários, a pressão, a organização do trabalho e, ainda, a falta de políticas públicas para o transporte, lazer e cultura, e seguridade social também influenciam, fortemente, a saúde dos trabalhadores. Assim, convém encaminhar a discussão a partir do entendimento da categoria trabalho, seguida do processo histórico da organização do trabalho no sistema capitalista, com destaque para os fatores que podem levar ao adoecimento.

Trata-se de pensar a categoria trabalho na sua condição sócio-histórica, ou seja, em cada período histórico o trabalho assume contornos determinados pelas forças políticas, econômicas, científicas e culturais do período. Deve ser dito que, sob o capitalismo o trabalho está estritamente voltado para a produção e renovação do dinheiro, revestido em mercadorias. Por isso sofre profundas incrementações, com vistas a servir a valorização do capital.

1.2 Trabalho: uma categoria ontológica

O trabalho não se restringe ao ato de praticar um esforço ou tarefa e gastar com ele energia calórica, pois as relações sociais que ele constrói não se limitam ao local do trabalho e ao momento de sua execução, mas o precedem, acompanham e vinculam inexoravelmente o trabalhador a um grupo e a uma classe social.

RIBEIRO, 2005, p. 123.

O trabalho é anterior a sociedade capitalista e teve formas distintas nos diferentes períodos históricos (RIBEIRO, 2005), ou seja, o trabalho é indispensável à sobrevivência e

organização social⁴. Na perspectiva dialética histórica, pode-se dizer que é por meio do trabalho que o homem desempenha o papel de criador e numa relação em espiral ao criar também é criado, ou seja, ao transformar a natureza transforma a si próprio. Para Marx e Engels (1987), o trabalho põe os homens e não o homem em relação com a natureza, por meio da qual cabe aos seres humanos produzirem e reproduzirem a sua vida material. Essa dimensão do ser humano produtor, criador e histórico é a própria essência humana, que é prática e se manifesta socialmente.

O trabalho é fundamental para a reprodução social, “[...] é [a] mediação entre o homem e natureza⁵, e dessa interação deriva todo o processo de formação humana” (MARX, 2004, p. 14). É pelo trabalho que os indivíduos sociais tecem o aprendizado e desenvolvimento da capacidade criadora, da produção coletiva e da generacidade humana. Assim, concorda-se que o trabalho é o elemento fundante do Ser social e é “exclusivamente humano”.

Foi este trabalho consciente que lhe permitiu deixar as cavernas e morar em casas; fabricar e usar móveis, sentar-se à mesa e comer; produzir camas e deitar-se com o companheiro ou companheira e amar, ao invés de só instintivamente sobreviver, comer e possuir. Conquanto mantendo seus instinto básicos de matar para comer e fazer sexo para procriar ele fez deles, através do trabalho, atos sociais, sociabilizando as suas necessidades. Ao transformar conscientemente a natureza pelo trabalho, se apropriou dela como nenhuma outra espécie viva pôde fazê-lo, (RIBEIRO, 1987 apud DIESAT, 1989, p. 31).

Marx e Engels (1987) já haviam afirmado a base terrena para a História e destacado o papel do trabalho e do modo de produção de determinado período histórico para a vida dos homens. Para eles, o primeiro ato histórico, é a vida e para que esta seja possível é preciso satisfazer algumas necessidades voltadas para a existência como a alimentação, moradia e vestimenta, uma vez satisfeitas essas necessidades outras são criadas, mas afirmam: “O primeiro ato histórico é, portanto, a produção dos meios que permitam a satisfação destas

⁴ “O trabalho como criador de valores-de-uso, como trabalho útil, é indispensável à existência do homem – quaisquer que sejam as formas de sociedade – é necessidade natural e eterna de efetivar o intercambio material entre o homem e a natureza e, portanto, de manter a vida humana” (MARX, 2006, p. 64-65).

⁵ “Antes de tudo, o trabalho é um processo de que participam o homem e a natureza, processo em que o ser humano, com a sua própria ação, impulsiona, regula e controla o seu intercambio material com a natureza. Defronta-se com a natureza como uma de suas forças. Põe em movimento as forças naturais de seu corpo – braços, pernas, cabeça e mãos –, a fim de apropriar-se dos recursos da natureza, imprimindo-lhe forma útil a vida humana. Atuando assim sobre a natureza externa e modificando-a, ao mesmo tempo modifica a sua própria natureza. Desenvolve as potencialidades nela adormecidas e submete ao seu domínio o jogo das forças naturais. Não se trata aqui das formas instintivas, animais, de trabalho. Quando o trabalhador chega ao mercado para vender a sua força de trabalho, é imensa a distância histórica que medeia entre a sua condição e a do homem primitivo com a sua forma ainda instintiva de trabalho. Pressupomos o trabalho sob forma exclusivamente humana” (MARX, 2006, p. 211).

necessidades, a produção da própria vida material, e de fato este é um ato histórico, uma condição fundamental de toda a história” (MARX; ENGELS, 1987, p. 39).

A família, o aumento populacional, a cooperação e o modo de produção engendram novas relações e necessidades sociais e isto também intervém no desenvolvimento da história dos homens. Ou seja, o desenvolvimento dos instrumentos para satisfazer as necessidades desde as mais elementares até as mais sofisticadas e a própria criação das necessidades relacionam-se com o desenvolvimento da indústria e das trocas.

Para Lukács (1979, p. 16), ao situar a produção e reprodução da vida humana Marx reconheceu também as relações e vínculos presentes entre o homem e os objetos por ele criados “[...] a dupla determinação de uma insuperável base natural e uma ininterrupta transformação social dessa base.” O trabalho ocupa uma centralidade na vida humana. A natureza ontológica está posta, existe independentemente do homem, mas é a partir dela que o homem satisfaz as suas necessidades e, ao mesmo tempo, cria outras. Desse modo, a ação do homem põe a natureza em movimento e estabelece um intercâmbio orgânico entre homem e natureza (ALVES, 2007a).

Portanto, o trabalho tem importância fundamental na história da humanidade e para o seu desenvolvimento material e social. Para Lukács (1979), é o salto teleológico do homem em relação com a natureza, pois é a partir do movimento da dupla transformação: homem e natureza e, por conseguinte, da conformação da práxis social, que se desenvolve o ser social.

O trabalho implica em um movimento indissociável entre a subjetividade daquele que opera a ação no plano subjetivo, idealiza o produto e o processo; e a objetividade que corresponde ao produto da ação ou a natureza modificada. O trabalho orienta a reprodução social e é pelo processo de trabalho que o homem traduz as objetivações dos produtos idealizados e de si mesmo, a relação é orgânica.

Entretanto, Marx (2004) esclarece que a liberdade humana, os valores e as crenças embutidos no trabalho sob os auspícios do capitalismo cedem lugar para a produção de valor, ou seja, há uma subalternização daqueles valores aos da lógica da produção e do sistema financeiro. Daí o estranhamento do ser genérico ao se subordinar ao capital.

A alienação deriva da apropriação do excedente (produzido pelos trabalhadores) por aqueles que detêm os meios de produção, pela divisão social do trabalho e separação do produto dos seus produtores, mas, sobretudo, das relações sociais, político-institucionais e culturais, estabelecidas pelo sistema capitalista.

Marx (2004) demonstrou que o trabalho, mediador orgânico do homem com a natureza, na sociedade capitalista, é marcado pela alienação e estranhamento. O homem é reduzido a sua condição de força de trabalho, ou seja, mercadoria permutável na sociedade salarial. Portanto, subordinada aos interesses de quem a compra, assim, o trabalho acaba conformando um grau de extrema negatividade para a realização humano-genérica. Essa negatividade reverbera em alienação e estranhamento, conforme interpretação de Marx (2004).

Nesse sentido, deve ser frisado que a alienação e estranhamento no trabalho não é uma característica apenas do trabalho fabril, mas própria ao sistema capitalista. Os valores do mundo da produção e empresarial envolvem a sociedade como um todo, inclusive as relações sociais de cunho afetivo.

Alves (2007b) explica que as características do sistema capitalista invadem a vida social, ou seja, as relações capitalistas se fazem presentes nas relações sócio-afetivas e estas, por sua vez, tendem a ser transportadas para o mundo dos negócios. Presencia-se a inversão dos valores puramente humanos pelo das coisas, especialmente pela valorização das marcas (das mercadorias), dos objetos, do consumismo, do ter em sobreposição à liberdade, à realização pessoal e às relações sociais. A rede midiática e as propagandas amarraram a felicidade ao consumo, é como se a realização do ser só pudesse ser alcançada na fugacidade do consumo, por exemplo, a aquisição de mercadoria como promessa para ser feliz, neste caso cita-se o *slogan* de uma grande loja brasileira: “Vem ser feliz!”. A linguagem traz o vínculo da felicidade com o consumo e, portanto aquele que não pode consumir também não pode ser feliz. Trata-se inclusive de uma temática já debatida que é questão do Ter sobre o Ser, a sobreposição do mundo das coisas em relação ao que é especificamente humano.

Nessa sociedade, as forças produtivas coletivizadas em trabalho abstrato, genericamente, dão ao trabalhador o estatuto de força produtiva por excelência. Mas, o trabalho aparece subordinado real e formalmente ao capital e toda riqueza social tecida pelo trabalho coletivo aparece como fruto das revoluções industriais, de informática, comunicação e do Capital e não do trabalho.

Ora a sociedade de classes aparece maquiada sob a estética de avanços técnico-científicos postos pela modernidade, sendo que o capitalismo é posto como único horizonte possível. Ora, os avanços e as possíveis conquistas aparecem como negação do trabalho, uma contradição! Antunes (1999) enfatiza o duplo sentido do trabalho, a partir da teoria marxiana expõe que o trabalho concreto, reconhecido como criador de coisas úteis é o motor do desenvolvimento do ser (de biológico para social) e o trabalho abstrato, que produz

mercadorias submetido ao valor de troca, vem sendo sublinhado enquanto crise da sociedade do capital.

Essa discussão remete ao debate que questiona a centralidade do trabalho como estruturador da sociedade atual, já enfatizado por Gorz (1982), Habermas (1987), Kurz (1992), cujas teses são problematizadas e rebatidas por Antunes (1999). Em seu estudo, Antunes (1999) interroga o “adeus ao trabalho” e defende que não há perda da centralidade da categoria trabalho como elemento estruturador do ser social. Em resumo, para ele, as mudanças na economia e na gestão da força de trabalho implicaram na sua complexificação e fragmentação. Por um lado, o autor destaca a maior intelectualização do trabalho e, de outro, o processo de precarização comumente verificadas nas condições de desemprego estrutural, subemprego, trabalho informal e doméstico, entre outras, mas ainda assim, o trabalho abstrato cumpre o seu papel no processo de valorização do capital. Além disso, Antunes (1999) destaca que a sociedade livre do trabalho abstrato, da exploração e da subordinação ao capital implica reconhecer o papel central desenvolvido pela classe-que-vive-do-trabalho. Reforça-se. Então, que o trabalho é o medidor para desenvolvimento de uma sociedade emancipada.

Desse modo, Antunes (1999) refuta a idéia de crise da sociedade do trabalho e argumenta que o trabalho concreto mantém o estatuto ontológico na práxis humana, sem o qual não se realiza a emancipação do ser genérico. O autor destaca também que o trabalho abstrato sofreu profundos impactos na atualidade, em especial, pela perda quantitativa do trabalho vivo e aumento do trabalho morto no processo produtivo, o que sugere crise, mas não o seu fim, o que há é a sua complexificação, haja vista que não foram eliminadas as formas de trabalho estranhado e social. Portanto, é um equívoco as teses que apregoam o fim da sociedade do trabalho.

A contradição do trabalho pode ser visualizada também nos problemas particulares vividos pela sociedade em geral como, por exemplo, o desemprego estrutural e, em particular, na manifestação singular desse problema nas condições de vida e saúde da classe trabalhadora. Isto é, vivenciam-se os problemas causados pela organização e processo de trabalho e, ainda, a decadência provocada pela ausência deste. Trata-se, então de reconhecer que o usufruto dos referidos avanços está restrito a uma reduzida parcela da sociedade e as suas mazelas se fazem sentir por um número de pessoas cada vez maior.

As contradições desta sociedade podem ser verificadas nos holofotes da violência, desemprego, moradores de rua e, entre outros, por aqueles problemas caros à política de saúde pública como desnutrição infantil, tuberculose, hipertensão arterial, diabete,

problemas cardiovasculares, drogadição, violência social e no trânsito, e numa lista (imaginária) que não pára de crescer frisa-se os agravos à saúde dos trabalhadores.

O eterno conflito posto pela desigualdade desse sistema que nasce e se desenvolve a partir da contradição capital \times trabalho (MARX, 2003a), mas que aparece como uma questão natural e até mesmo imutável. Os dramas coletivos são vistos e tratados como problemas individuais e isso serve a questão do desemprego, que apesar de estrutural, ainda é visto como um fracasso individual ou falta de dignidade, como bem lembrou o gestor da saúde em Franca, no seu depoimento que abre este capítulo. Ele afirma que não entende porque para ser digno a pessoa tem que trabalhar e que isto foi estabelecido pela necessidade da acumulação, a qual tem feito com que se vá trabalhando, cada vez mais. Assim, os problemas decorrentes da contradição capital e trabalho são, cada vez mais, coletivos, mas comumente vistos como individuais. Nesse sentido, os agravos à saúde também aparecem como causas naturais, individuais e distantes da sua relação com a organização e processo de trabalho.

O trabalho potencializador do desenvolvimento do ser genérico passa a ser instrumento da aquisição de mais valia por parte daquele que compra a força de trabalho e fonte de sofrimento dos sujeitos que têm que se subordinar às relações assimétricas, autoritárias e, por vezes, forçadas de trabalho. A fala do ex-diretor sindical e ex- presidente do Conselho Gestor do CEREST retrata bem o efeito da organização do trabalho sobre a vida do trabalhador, ele diz: *“É o stress, a depressão, o assédio moral... o chefe chutou a perna de uma funcionária⁶. Isso porque ele deve estar sofrendo cobrança muito alta, então, ele repassa essa cobrança aos subalternos.”*

Trata-se de pensar na relação da organização e processos de trabalho com os problemas de saúde que atingem a vida humana. O esforço empregado aqui é para que se possa visualizar os fenômenos dos agravos à saúde dos trabalhadores como decorrentes da contradição capital \times trabalho, ou seja, de encaminhar a discussão no viés coletivo da questão.

Acredita-se que para compreender qualquer situação, em especial aquelas que afetam à saúde dos trabalhadores é preciso contextualizar, fazer a mediação entre o imediato, o que está posto e o contexto mais geral, universal. Desse modo, busca-se resgatar a construção histórica da sociedade do trabalho destacando alguns elementos que possam auxiliar na historicidade de como o trabalho leva ao adoecimento.

⁶ MRD, que trabalha na empresa há mais de 3 anos, disse que o chefe é nervoso, descontrolado e é comum ele gritar com os funcionários. “Ele sempre ofendia e pedia perdão, mas agora passou dos limites. Receber chute não dá” (SAPATEIRA, 2008, p. 7).

1.3 Primeira e Segunda Modernidade do Capital: divisão social, organização do trabalho e relações de trabalho

Por organização do trabalho designamos a divisão do trabalho, o conteúdo da tarefa (na medida em que ele dela deriva), o sistema hierárquico, as modalidades de comando, as relações de poder, as questões de responsabilidade etc.

DEJOURS, 1992, p. 25.

Acredita-se que o entendimento da questão enunciada: “Como o trabalho pode levar ao desenvolvimento de agravos à saúde?” está dependente da apreensão histórica das mediações que compõem as complexas categorias: modo de produção, relações de trabalho, exploração e desigualdade de classe. Trata-se de observar os nexos causais, não apenas entre a situação geradora de um agravo e o próprio, mas, sobretudo, entre as relações sociais de trabalho, para compreender a historicidade dos agravos (LAURELL; NORIEGA, 1989; RIBEIRO, 2005). Então, por isso, é importante buscar a formação histórica do trabalho no sistema capitalista.

Ao analisar as idéias predominantes no século XIX, Marx e Engels (1987) subsidiam-se na realidade material e desenvolvem a crítica aguçada aos que partem de modelos idealizados. Para os autores era uma ilusão os pensamentos, que se sustentavam na supremacia do “Espírito” em relação à História. Eles criticavam a forma simplista, idealizada e reduzida às vontades individuais e reforçam, então que as condições de vida e a consciência são determinadas pela classe a que os indivíduos pertencem e pela cooperação social que estabelecem entre si. Nesse sentido, interessa apontar o destaque para a divisão social do trabalho⁷.

Marx e Engels (1987) sublinham a divisão social do trabalho nas diversas formas de propriedade. Primeiro, a partir da organização familiar, no seio da qual ocorre a distribuição das funções. Essa incipiente divisão do trabalho é posta como natural e social, à medida que, de modo singular, no interior das famílias as mulheres e crianças são consideradas propriedades do marido, e há a distribuição, quantitativa e qualitativa, das atividades e dos produtos. Essa divisão se estende para a sociedade como um todo, quando algumas famílias se sobrepõem às demais, daí que a divisão do trabalho é social.

Os autores desenvolvem o raciocínio considerando a periodização histórica, para além do registro do progresso, visto que explicitam as bases materiais das relações sociais estabelecidas historicamente.

⁷ “[...] a divisão do trabalho são expressões idênticas: a primeira enuncia em relação à atividade, aquilo que se enuncia na segunda em relação ao produto da atividade” (MARX; ENGELS, 1987, p. 46).

Marx e Engels (1987) destacam que foi a partir do mercado mundial que foram implantadas as raízes para o capitalismo. É a partir do sistema de manufaturas que se expande o comércio, provocando metamorfoses na política, economia e vida social⁸. Por exemplo, as mudanças de relações de trabalho, as lutas pelos direitos alfandegários protecionistas, proibições entre as nações e também a busca por novos mercados. No caso, os autores citam a descoberta da América e da rota marítima das Índias Orientais, o que teria favorecido a importação de produtos além mar, especialmente o ouro e a prata. E também a luta comercial entre as nações por meio da colonização foram as principais condições de tornar o mercado mundial, abrindo uma nova fase para o desenvolvimento histórico.

O desenvolvimento da manufatura e concomitantemente do mercado mundial com forte concentração na Inglaterra, século XVII, foi a força motriz para a criação da grande indústria, maquinaria e forte divisão do trabalho, que perde qualquer característica de natural. O desenvolvimento da ciência, a livre concorrência e o mercado mundial são as principais características dessa fase.

Trata-se então de uma nova relação social de trabalho, este momento pode ser caracterizado como Primeira Modernidade, como desenvolvido por Alves (2007b), o qual faz a divisão cronológica do desenvolvimento do capital, definida por ele em três fases: primeira, segunda e terceira modernidade, extremamente articuladas entre si.

A primeira modernidade compreende o período do capitalismo comercial e manufatureiro presentes no século XVI até fins do século XVIII. As relações sociais de trabalho presentes nas sociedades européias ocidentais estavam imersas à dominação da classe aristocrática feudal e passaram a ser ancoradas na divisão sexual do trabalho, materialmente vinculada ao modo de produção e ao desenvolvimento econômico do período.

A partir do final do século XVIII é edificada a economia política burguesa, na qual o cerne é o antagonismo entre capital e trabalho⁹.

Alves (2007b) destaca que a segunda modernidade tem início com a 1ª Revolução Industrial a partir do século XIX e prosseguiu até a última metade do século XX. Neste

⁸ Marx e Engels (1987) apontam que o comércio entre as nações estrangeiras foi o pressuposto histórico para o desenvolvimento das manufaturas iniciadas em Flandres, na Itália, mas que se expandem para outros países numa verdadeira guerra comercial e amplia a divisão social do trabalho.

⁹ “Em um amplo caráter, os modos de produção asiáticos, antigo, feudal e burguês moderno podem ser qualificados como épocas progressivas da formação econômica da sociedade. As relações de produção burguesas são a última forma contraditória do processo de produção social, contraditória não no sentido de uma contradição individual, mas de uma contradição que nasce das condições de existência social dos indivíduos. No entanto, as forças produtivas que se desenvolvem no seio da sociedade burguesa criam ao mesmo tempo as condições materiais para resolver esta contradição. Com esta organização social termina, assim, a Pré-História da sociedade humana” (MARX, 2003a, p. 6, grifo nosso).

período, se constituiu o mercado mundial e o capital se consolidou como sistema de “controle sócio metabólico global”, período denominado pelo referido autor de terceira modernidade.

Mattoso (1995) discute o ciclo de crescimento industrial que potencializou a expansão do sistema capitalista a partir da centralização do capital e inovações tecnológicas na reorganização do trabalho, em que o trabalhador passou a ser mero repetidor de tarefas, como 2ª Revolução Industrial¹⁰.

Alves (2007b) aborda este período como a modernidade da máquina, na qual se desenvolveu a grande indústria e a base técnica do capital, cuja tendência foi substituir o trabalho vivo pelo trabalho morto. Isto é, o sistema capitalista para alcançar o seu objetivo central (o lucro) criou novas exigências para aumentar qualitativamente e quantitativamente a produtividade. Dessa forma, o trabalho foi submetido à regência do capital e o seu produto a mercadoria ganhou estatuto de coisa¹¹. Para Alves (2007b) enquanto na Primeira Modernidade o trabalhador ainda mantinha algum controle sobre a produção, bem como o seu conhecimento e habilidade no desenvolvimento do seu trabalho. Na Segunda Modernidade com a inauguração da sociedade produtora de mercadorias e também do trabalho abstrato, a tendência é a eliminação da subjetividade do trabalho. Assim, “[...] o homem é deslocado do processo de trabalho, deixando de ser elemento ativo e torna-se meramente elemento passivo, mero suporte do sistema de máquinas [...]” (ALVES, 2007b, p. 34), especialmente porque o trabalhador “[...] é expropriado do controle sobre o processo, incluindo o controle sobre o ritmo, a forma de produzir e sobre o produto” (LACAZ; PIRES, 2007, p. 2) e isso leva ao adoecimento dos trabalhadores pelo “[...] trabalho e porque retiram do seu trabalho, o que efetivamente o diferencia e o eleva à condição humana – a consciência de concebê-lo, a forma de organizá-lo e realizá-lo segundo as suas necessidades próprias e sociais” (DIESAT, 1989, p. 32).

Nesta relação contraditória o sujeito fica subsumido no mundo das coisas, “É o que Marx irá denominar de passagem sócio-ontológica da subsunção formal à subsunção real do trabalho ao capital” (ALVES, 2007b, p. 34), ou seja, as relações sociais de trabalho são estranhadas, à medida que o trabalhador não se reconhece no produto final e também

¹⁰ Baseando-se em Landes (1969), Mattoso (1995, p. 17) esclarece que “A segunda grande onda de transformações capitalistas foi identificada com o nascimento da eletricidade, do motor a explosão, da química, dos materiais sintéticos, da manufatura de precisão e, marcando o segundo grande ciclo de crescimento industrial, foi considerada como a Segunda Revolução Industrial.”

¹¹ Nesse sentido cabe destacar a passagem: “O trabalho criador de valor de troca caracteriza-se, finalmente, pelo fato de as relações sociais entre as pessoas por assim dizer como que invertidas, como uma relação social entre as coisas. É comparando um valor de uso com um outro na sua qualidade de valor de troca, que o trabalho das diversas pessoas é comparado no seu aspecto de trabalho igual e geral. Se é pois verdade dizer que o valor de troca é uma relação entre as pessoas, é necessário acrescentar: uma relação que se esconde sob a aparência das coisas” (MARX, 2003a, p. 19-20).

alienadas (estranhamento de si) no interior do processo produtivo, já que o trabalho produtivo se distancia da capacidade criadora e emancipadora do homem e, por vezes, torna-se desumanizante. A separação entre homem e meios de produção “Como diria Marx, de um lado, a concha e de outro o caracol” (ALVES, 2007b, p. 37) cria uma relação estranhada.

A partir da centralidade do modo de produção na mercadoria houve uma valoração das relações sociais de produção por meio das coisas num processo de intransparência e fetiche (ALVES, 2007b), “[...] a expropriação social e do trabalho gerou o regime de propriedade e a divisão de classes” (RIBEIRO; COELHO 2007, p. 2). Estabeleceu-se a divisão entre os que têm posse de propriedade, caracterizados como donos dos meios de produção e os que não têm, considerados proletários¹², e é a partir da troca de mercadoria que estes desprovidos dos meios de produção vendem a sua força de trabalho¹³.

À medida que o processo de trabalho é alienado, aumenta-se a exploração e subordinação dos trabalhadores e ainda anulam-se as condições para a autonomia e emancipação humana iminentes ao sentido do trabalho, uma vez que a ausência de controle sobre os meios de produção, processos e organização do trabalho e os seus produtos pode se constituir nos fatores integrantes da totalidade social que inscreve os agravos à saúde do trabalhador. Além disso, o desenvolvimento do mercado mundial e da grande indústria gerou também as cidades industriais, a maioria, sem planejamento e, num período, em que as políticas públicas tardavam em se afirmar. Assim, os ambientes de trabalho e os ambientes domésticos (geralmente aglomeramentos humanos em cortiços) se tornaram propícios à propagação de doenças infecto-contagiosa que somadas a fome e a desnutrição geraram altas taxas de mortalidade.

O estudo de Engels (1985), conforme se explicita no segundo capítulo, é uma denúncia da exploração que os trabalhadores estavam submetidos nesse período, podendo ser expresso no grande número de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho, nas péssimas condições de moradia e de vida a que os trabalhadores estavam submetidos, inclusive mulheres e crianças.

Situa-se que a organização da produção vai cada vez mais adotando padrões científicos estabelecidos sob uma tecnologia baseada, sobretudo, na submissão, na disciplina,

¹² “Na verdade, todos os que estão imersos em algum tipo de relação de subalternidade diante das mediações estranhadas do capital (salariato/propriedade privada/divisão hierárquica do trabalho/troca mercantil) podem ser considerados trabalhadores assalariados (ou, segundo a acepção clássica, proletários, onde etimologicamente, ‘proletariado’ significa ‘aqueles que possuem apenas a sua prole’)” (ALVES, 2007b, p. 38).

¹³ “Por força de trabalho ou capacidade de trabalho compreendemos o conjunto das faculdades físicas e mentais existentes no corpo e na personalidade viva de um ser humano, as quais ele põe em ação toda vez que produz valores-de-uso de qualquer espécie” (MARX, 2006, p. 197).

nas exigências do ritmo da produção que ao introduzir o relógio introduziu também o tempo cronometrado. Tudo isso, acirrou ainda mais as condições de trabalho e tirou a liberdade do ser humano em criar, pensar e refletir sobre a sua ação (produção) assim, ao mecanizar a atividade laborativa, tentou, também, mecanizar o próprio homem. “São mais escravos que os negros da América, porque são vigiados mais severamente, e ainda impedem de viver, pensar e sentir como homens” (ENGELS, 1985, p. 201).

Ribeiro (2007a) reforça que o rápido processo de acumulação capitalista tanto na versão comercial, representada pelas invasões e colonizações quanto pela industrialização carregou também os acidentes e doenças típicas do trabalho.

1.4 O trabalho e o novo paradigma da produção: a organização científica do trabalho

A valorização do mundo das coisas correspondeu a desvalorização do mundo do homem. A força da vida, criadora de valores humanos, foi tragada pela mercadoria, símbolo do capital. O próprio movimento da vida humana foi substituído pelo movimento da mercadoria no mercado: à medida que esta se tornava valor, o homem se tornava mercadoria; as relações entre as pessoas já não eram mais humanas, mas relações entre coisas.

MARTINELLI, 1995, p. 42.

A Organização Científica do Trabalho (OCT), que despontou nas primeiras décadas do século XX, é representada pela ideologia taylorista-fordista de produção. Frederick Winslow Taylor, engenheiro norte-americano, buscou aumentar a produtividade por meio da execução de tarefas individualizadas e fragmentadas. Ele estabeleceu o pagamento-produtividade como estratégia de desmobilização à reivindicação de melhores salários, também realizou estudos acerca do tempo-movimento com vistas a reduzir o tempo morto. Weinstein (2000) mostra que o conjunto de princípios tayloristas restringia-se ao ambiente da fábrica ou ao ambiente de trabalho; Já o fordismo, desenvolvido por Henry Ford, além de incorporar muitos aspectos do taylorismo, introduziu inovações técnicas que pudessem facilitar o aumento do ritmo da produção pelo sistema de linha de montagem e acreditava que a vida social tinha forte influência no trabalho daí a busca pelo maior controle dos trabalhadores.

Harvey (2007) alerta que o “controle do trabalho” não se resume nas condições de trabalho¹⁴ no ambiente fabril, antes se ramifica pela sociedade como um todo e não se trata apenas do controle do corpo – físico – do trabalhador, mas sobretudo da mente:

A educação, o treinamento, a persuasão, a mobilização de certos sentimentos sociais (a ética do trabalho, a lealdade dos companheiros, o orgulho local ou nacional) e propensões psicológicas (a busca da identidade através do trabalho, a iniciativa individual ou a solidariedade social) desempenham um papel e estão claramente presentes na formação de ideologias dominantes cultivadas pelo meio de comunicação em massa, pelas instituições religiosas e educacionais, pelos vários setores do aparelho do Estado, e afirmadas pela simples articulação de sua experiência por parte dos que fazem o trabalho (HARVEY, 2007, p. 119).

Para Harvey (2007), em fins do século XIX e início do século XX a economia capitalista já estava se organizando por meio de trustes e cartéis e até contava com certas inovações tecnológicas e organizacionais, portanto, Ford teria racionalizado estas estruturas existentes para obter maiores ganhos de produtividade.

Então a OCT significou a recusa aos métodos empíricos baseados na prática e na tradição para se apoiar em princípios desenvolvidos por especialistas, sustentados pela ciência e pela técnica materializados na nova organização da produção, cujo ideal de aumentar a produtividade atrelava-se ao ideal de um “novo tipo de trabalhador” (GRAMSCI, 1978).

Os métodos de gerenciamento desenvolvidos por Taylor possibilitaram a transição para o fordismo. Altvater (1995, p. 83) mostra que o aumento da produtividade não se deu em razão da eficiência fabril ou do controle social da força de trabalho. A estratégia dominante no século XX foi a descoberta de Ford “[...] produção de massa necessita demanda de massa.” Assim, no reordenamento político e econômico sistematizou estratégias para converter os rendimentos/salários em potencial de consumo de massa e, ao mesmo tempo, meios de controle social para evitar gastos desnecessários. A definição das necessidades humanas por meio de um sistema de publicidade passou a ser ditada não pelo que as pessoas precisavam para sobreviver e sim pelas “[...] mercadorias que precisavam ser vendidas em mercados de produtores e adquiridas por consumidores por meio de dinheiro” (ALTVATER, 1995, p. 87), daí o elemento central para a relação orgânica entre trabalho e salário.

Harvey (2007) destaca que a carga horária de 8 horas de trabalho diário não só previa a maior concentração do operário na linha de montagem e à velocidade previamente

¹⁴ Por condições de trabalho é preciso entender, antes de tudo, ambiente físico (temperatura, pressão barulho, vibração, irradiação, altitude etc.), ambiente químico (produtos manipulados, vapores e gases tóxicos, poeiras, fumaças etc.), o ambiente biológico (vírus, bactérias, parasitas, fungos), as condições de higiene, de segurança e as características antropométricas do posto de trabalho (DEJOURS, 1992, p. 25).

estabelecida, mas também foi um meio de oferecer tempo livre ao trabalhador para que esse tivesse tempo para o consumo “em massa”.

Importa deixar claro que as existências de padrões sistemáticos da produção fordista foram amalgamadas à vida social do trabalhador. Gramsci (1978) ao discutir o fordismo, representado pela indústria de Henry Ford nos Estados Unidos da América, aponta que o novo método de produção significou sujeição do ser humano aos novos hábitos, normas e culturas impostas pelo desenvolvimento industrial, e buscou ainda reprimir os instintos animais e sexuais e instaurar uma nova ética sexual. Harvey (2007, p. 122, destaques do autor) explicita que os trabalhadores precisavam saber gastar o seu salário cita que, em 1916, Ford teria enviado um exército de assistente sociais nas residências dos seus trabalhadores “[...] ‘privilegiados’ (em larga medida imigrantes) para ter certeza de que o ‘novo homem’ da produção de massa tinha o tipo certo de probidade moral (isto é, não alcoólico) e ‘racional’ para corresponder às necessidades e expectativas da corporação.” Ao que parece foi uma experiência curta, mas que representa as estratégias de controle dos trabalhadores num período de avanço das tensões sociais e de reivindicações dos trabalhadores. No caso da prática do Serviço Social, mostra que deixava de ser eminentemente caritativo-filantrópica para se profissionalizar a partir dos ditames da ideologia do capital.

Assim, os novos métodos de trabalho baseados no fordismo apontam para a disciplina para além do ambiente da fábrica, ao mesmo tempo em que reprime os instintos sexuais reforçam a família, como estabilizadora das relações sociais e sexuais. Ademais, interessa destacar a questão da função econômica da reprodução social cristalizada na família, célula molecular, imprescindível à vida social e de reprodução e manutenção da força de trabalho. Nesse sentido, Altvater (1995) cita o caso da França que com baixa natalidade levou ao aumento de imigrantes estrangeiros na constituição da massa trabalhadora. Apenas a título de exemplo, verifica-se que na atualidade alguns países que tendo sentido alguma ameaça pela ausência de força de trabalho nacional vem implantando políticas de incentivo à natalidade como é o caso de Portugal¹⁵ e Rússia¹⁶.

¹⁵ O primeiro-ministro português, José Sócrates, anunciou ontem durante o debate do Estado da Nação um novo incentivo financeiro às famílias que tiverem filhos, na tentativa de elevar a taxa de natalidade do país – uma das mais baixas da Europa e do mundo (PORTUGAL, 2007, p. A18).

¹⁶ A Rússia já perde 1 milhão de pessoas ao ano e até criou um feriado para as pessoas se reproduzirem. O governo russo tem criado programas sociais para estimular o aumento da taxa de natalidade, entre eles está a oferta de prêmios as mulheres que tiverem filhos no dia nacional da Rússia, 12 de junho, como, por exemplo, casas. “A iniciativa faz parte da campanha do Kremlin para aumentar a taxa da natalidade russa [...] que registra atualmente 700 mil pessoas a menos por ano” (PROVÍNCIA, 2007, p. A14).

O sistema Taylor-Ford, apropriou-se do saber coletivo, *know-how* dos trabalhadores e deu ao trabalho um caráter individual e anônimo e estabeleceu sobre o corpo social formas de “controle”. Essas se modificaram ao longo da história, mas ao tentar eliminar as “atitudes psicofísicas”, tentou-se adestrar o trabalhador. Frisa-se que a nova organização do trabalho não se restringiu ao ambiente da fábrica, mas atingiu especialmente o modo de vida, representado não apenas pela repressão aos instintos sexuais, mas também nas formas gerais de dominação de um grupo social sobre as forças produtivas. Altvater (1995) situa o plano de carreira vinculado ao código de conduta criado por Ford, assim os vários critérios baseados na dedicação familiar e comunitária, comportamento econômico e caráter excluía 40% dos trabalhadores da Ford desse benefício.

A questão do alto salário tão difundida pelo fordismo não foi padronizada a todos os trabalhadores, mas a um pequeno número, “aristocracia operária” (GRAMSCI, 1978). O autor aponta também a instabilidade dos funcionários da Ford. Ele questiona se esta instabilidade seria determinada pela degeneração da força de trabalho, e se não seria o caso do sistema fordista ser combatido pelo Estado e pelo sindicato ou o contrário se não degenera, seria o caso de sua expansão e generalização em toda a sociedade. Gramsci conclui que pelas determinações históricas essa racionalização do trabalho deveria avançar por meio de um processo lento e que envolvesse não apenas a coação, mas também a persuasão alimentada pelas promessas de alto salário e melhoria da qualidade de vida, isso gerou o consentimento dos próprios trabalhadores ao sistema hegemônico.

Altvater (1995) chama a atenção para o caráter contraditório do fordismo, pois, ao mesmo tempo, em que se mantinha a centralidade do trabalho, inclusive pela lei da produção e consumo em massa, tratou de substituir a energia do trabalho humano pelas máquinas e pela energia fossilizada, o que demandou uma quantidade enorme de recursos naturais. A produção fordista da esteira (elétrica) não poderia ser pensada sem a eletricidade. O autor destaca o conjunto de fatores que favoreceram a sistematização do fordismo nos Estados Unidos “[...] mais do que nos tradicionais países industrializados da Europa [...]” estão as “[...] ilhas de sintropia de ricas reservas de recursos naturais” (ALTVATER, 1995, p 93). Além disso, o autor destaca também a qualificação da força de trabalho para a transformação desses recursos em tecnologia, o desenvolvimento do transporte ferroviário, rodoviário e marítimo e a adesão e consentimento à moderna organização da administração das empresas.

Dessa forma, o novo paradigma de produção introduziu a perspectiva do tempo (social, intergeracional e individual), a disciplina e a produção sob a vigilância da gerência. Conjugaram a rigidez da divisão do trabalho (fracionamento das funções) com o cronômetro e

supervisão (vigilância) e separou-se a concepção da execução (LACAZ; PIRES, 2007). A participação do trabalhador na produção foi reduzida a exercícios mecânicos, visando “[...] romper o velho nexos psicofísico do trabalho profissional qualificado [...]”, assim a exigência cognitiva foi reduzida “ao aspecto físico maquinal” (GRAMSCI, 1978, p. 397).

Alves (2007b) destaca que o surgimento da base técnica e com ela o sistema de máquinas não significou possibilidade de desenvolvimento do gênero humano porque negou a subjetividade e intensificou a exploração e as formas estranhadas do capital e do fetichismo social.

O “metabolismo social” orientado pela promessa de pleno emprego e direitos sociais daí provenientes, não foi capaz de “[...] humanizar o trabalho ou pelo menos, a vida social por meio da constituição da sociedade de consumo de massa” (ALVES, 2007b, p. 118). O autor ilustra a exclusão dos trabalhadores “incapazes de lidar com a lógica do trabalho taylorizado-fordista e com a modernidade da máquina”, a partir do personagem de Chales Chaplin, que representou o “vagabundo”, no filme *Tempos Modernos*¹⁷ (ALVES, 2007b, p. 119).

O que se verifica é que o movimento que materializou a modernidade da produção diante de uma relação de subordinação do homem ao capital e ao sistema de máquinas foi expresso nos princípios econômicos associados a um conjunto de regras de ordem técnica, política, social, cultural e ética que invadiram não apenas o trabalho, mas, sobretudo a vida social. Seja na família na condição de apoio, de formação, de segurança, de cuidado e de manutenção e reprodução da força de trabalho, ou seja, na escola responsável pelo “ensino objetivado” e pela formação técnica e especializada dos trabalhadores. Foi a partir da racionalização da produção que a educação assumiu as demandas da produção¹⁸.

Mészáros (2005) destaca que o sistema educacional, seguindo a lógica do sistema que o instituiu, teria o papel preponderante de provocar a internacionalização do modo de produção na vida dos educandos. No entanto, a educação formal não alcança a possibilidade

¹⁷ *Tempos Modernos* (Modern Times, EUA 1936) Direção: Charles Chaplin. Alves (2007c) ao analisar este filme a partir da apreensão do mundo do trabalho expõe que Chaplin, o *factory Worker*, é um personagem submerso nas contingências do sistema capitalista. O contexto histórico é a vida urbana nos Estados Unidos nos anos 30, imediatamente após a crise de 1929, quando a depressão atingiu toda sociedade norte-americana, levando grande parte da população ao desemprego e à fome. Assim, Charles Chaplin é o personagem clássico, *the tramp*, que representa o proletário pré-industrial que tenta resistir o avanço da modernização capitalista.

¹⁸ As instituições de educação certamente são uma parte importante do sistema global de internacionalização. Mas apenas uma parte. Quer os indivíduos participem ou não – por mais ou menos tempo, mas sempre em números de anos bastante limitado – das instituições formais de educação, eles devem ser induzidos a uma aceitação ativa (ou mais ou menos resignada) dos princípios reprodutivos orientadores dominantes na própria sociedade, adequados na sua posição na ordem social, e de acordo com as suas tarefas reprodutivas que lhes foram atribuídas (MÉSZÁROS, 2005, p. 44).

da emancipação ou questionamento radical deste sistema, é antes um meio de reproduzi-lo ou de consensuá-lo socialmente. Em outras palavras, a educação no sistema capitalista está subordinada a esse sistema e, por vezes, o método e o conteúdo (com os riscos de toda generalização) acabam por induzir certa “resignação” do sujeito na ordem estabelecida. Daí que Mészáros (2005) desenvolve a tese de que a educação emancipadora deve quebrar com os princípios da internacionalização do sistema.

Importante observar que no Brasil, no início do século XX, a OCT demandou a organização do ensino profissional, sendo que industriários se articularam para construir um sistema educacional compatível com os novos métodos de produção racionalizada. Segundo Weinstein (2000), em 1911 foi criada a rede nacional de “escolas profissionais” a partir dos princípios americanos e europeus. Ela aponta que Escolas como o Liceu de Artes que tradicionalmente vinculada ao ensino artístico, passou a conduzir o treinamento profissional. O ensino de determinado ofício aos adolescentes era feito até então sem o uso de métodos científicos o que foi modificado com a educação profissional que a partir do modelo fordista deveria também “[...] moldar um bom caráter moral fazendo com que o trabalhador se identificasse com o progresso industrial” (WEINSTEIN, 2000, p. 48).

A mudança no sistema de produção necessitou de valores políticos, sociais e éticos para o consentimento de classe. Assim, a educação, instrumento de conhecimento, cristalizou-se na disciplina do trabalho apoiada na psicologia aplicada, difundida por meio da psicotécnica usada tanto na seleção/admissão dos trabalhadores quanto “[...] para determinar se o aspirante a aprendiz tinha a predisposição mental e psicológica para desempenhar determinada função” (WEINSTEIN, 2000, p. 51).

Neste sentido, a seleção¹⁹ também passou a se configurar como importante momento do processo de produção taylorista-fordista que comparando o trabalhador a um animal promoveu o assujeitamento do homem à máquina e aos ritmos de trabalho. Os testes psicotécnicos também foram defendidos pelos higienistas. Neste sentido, Lacaz (1996) mostra que os agravos à saúde do trabalhador subvertiam a ordem da OCT sendo necessário refinar o controle social do trabalhador, o que passou a ser feito a partir do momento da admissão. Além dos aspectos físicos analisava-se também as características psicológicas (Psicotécnica) do candidato em adaptar-se “melhor” às condições de trabalho “[...] e, de forma não dita, da seleção dos mais hígidos e capazes” (LACAZ, 1996, p. 17).

¹⁹ “A psicologia industrial aplicada ou a psicotécnica, como ficou conhecida no Brasil. Psicólogos, pedagogos e outros profissionais da Europa e dos Estados Unidos começaram a defender vários ‘métodos’ científicos de seleção e orientação para o trabalho no começo do século XX, mas a repercussão pública foi bastante desacreditada até a Primeira Guerra Mundial” (WEINSTEIN, 2000, p. 23, destaque do autor).

Compondo o cenário social, a educação foi revestida das necessidades do mundo da produção e dos seus valores como se verifica no discurso de um dos diretores da Escola Profissional que decompunha o processo de trabalho com vistas a elevar a produtividade, o que favorecia a simplificação das tarefas, gerando então as condições favoráveis ao trabalho infantil, que apesar de não defendê-lo na indústria em larga escala referiu que: “[...] para ganhar dinheiro, devemos adotar o plano das partes técnicas em absoluto: um aluno fará pernas de mesa; outro, gavetas; outro, tampos; outro, lixará e envernizará [...]” (WEINSTEIN, 2000, p. 54). Por conseguinte, conclui-se que a escola poderia obter maior renda com a fragmentação do trabalho e por meio da exploração das crianças. A questão do trabalho infantil foi utilizada como estratégia para a exploração sob o consenso social de que pelo trabalho a criança (pobre) era educada.

Nesse sentido, Weinstein (2000) destaca que a principal tarefa da educação profissional foi construir competências técnicas para o modo de produção brasileiro que se racionalizaria de fato a partir da década de 1930. Cabe lembrar que a escola, na tradição brasileira, foi reservada às elites econômicas e somente a partir de 1930 houve forte impulso para a sua universalização uma vez que, precisava responder à demanda do trabalho especializado, contudo, a sua universalização foi retardada até a década de 1980.

No início do século XX foram dadas as condições para o avanço da produção mais homogênea e de base tecnológica, não sem oposição dos trabalhadores, resultando inclusive, em algumas medidas de proteção social.

Deriva deste período a crise econômica internacional do sistema capitalista, na sua conformação monopolista, e diante da falta de alternativas dos trabalhadores e da social democracia (MATTOSO, 1995) o Estado passou a intervir nas relações sociais de trabalho a partir do padrão defendido por Jhon Manaydes Keynes, necessário à indústria fordista.

Teixeira (1996) destaca que o liberalismo, programa político que não previa ação externa no processo de acumulação, deixa de ser o “credo” político do capitalismo com a grande crise de 1929²⁰ para dar espaço a intervenção estatal tanto para acudir os excluídos do mercado quanto para salvar a economia. Então, a partir da crise do sistema de acumulação capitalista- fordista – o Estado passa a ter um papel mais incisivo no funcionamento do sistema, com desdobramentos para medidas sociais. São estabelecidos vários mecanismos de proteção e reprodução da força de trabalho e de relação do Estado com as classes sociais em

²⁰ “A Grande Depressão joga nas ruas milhares de trabalhadores no mundo todo. Falências de empresas se seguem em uma cadeia sucessiva, arrastando na sua esteira grandes blocos de capitais. As prateleiras abarrotadas de mercadorias faziam os preços despencarem em uma velocidade aterrorizante para os seus proprietários, que viam da noite para o dia o seu capital virar fumaça” (TEIXEIRA, 1996, p. 212).

conflito. Se a sociedade é de natureza capitalista o Estado sendo sua expressão também o é e as medidas adotadas servem para manter o sistema, mas com mais possibilidades de qualidade de vida para a classe trabalhadora.

No ambiente brasileiro a política social e trabalhista, bem como o desenvolvimento dos serviços públicos brasileiros da área da educação, saúde e habitação foram implantados a partir da década de 1930 até meados de 1940 quando foi estruturada toda a legislação trabalhista, com vistas a regular os conflitos na linha do consenso entre classes, como abordado adiante.

A racionalização exigiu novos conhecimentos e a escola também passou a servir a indústria. Exemplos práticos, podem ser representado pelo sistema “S” (serviços sociais como SESC, SESI, SENAI), em nome da suposta “paz social” promoveu a qualificação profissional, a disciplina, o controle social e incluiu o trabalhador num programa social regulamentado pelo Estado e a serviço da indústria. No âmbito econômico, a política pautava-se pela substituição de importações, pela criação da indústria de base nacional, o que significou apoio à pesquisa científica e às conseqüentes Instituições.

1.5 Terceira Modernidade: reestruturação produtiva e neoliberalismo

Como “contradição viva”, o capital é, ao mesmo tempo, exploração e civilização, no sentido de criar os pressupostos materiais para o desenvolvimento social do ser genérico do homem. Entretanto, em seu movimento perpetuo de valorização, sob a terceira modernidade onde se explicita o sócio metabolismo da barbárie social, o desenvolvimento das forças produtivas do capital tende, cada vez mais, a se interverter em produção destrutiva da civilização humana, dessocialização e estranhamento e fetichismo social em sua forma exacerbada.

ALVES, 2007b, p. 49.

A terceira modernidade, conforme tese defendida por Alves (2007b, p. 176), desenvolveu-se no interior da segunda modernidade, mais especificamente, a partir da crise estrutural do sistema capitalista, vivenciada nos últimos 30 anos. O autor expõe que este período é a modernidade tardia, ou modernidade sem modernismo (valores, idéias, utopias etc.) “ou a modernidade pós-modernista” e relaciona-se à precarização do trabalho e ao sócio-metabolismo da barbárie, abordado como “[...] múltiplas formas de irracionalidades societárias e dessocialização do mundo do trabalho através do processo de precarização e da nova precariedade.”

A terceira modernidade vincula-se ao novo modo de gerir o trabalho, em especial, a partir do modelo toyotista, desenvolvido no Japão, na década de 1950²¹. Entretanto, é necessário se atentar para o fato de que o toyotismo não se limita as suas origens e que também não rompe com a racionalização pretérita do trabalho. Alves (2007b) explica que o toyotismo, como momento predominante do sistema capitalista, se integrou na organização e nos processos de trabalho no sistema como um todo e que pode ser visto como continuidade/descontinuidade ou uma fase de transição do taylorismo/fordismo para o toyotismo. Ademais, trata-se de readequar a produção capitalista para enfrentar a crise do sistema que emergiu na década de 1970.

Apesar dos trinta anos gloriosos do período pós-guerra (1945 a 1973), caracterizado pela implantação do *Welfare State* e da contratação coletiva, maior sindicalização, consolidação do padrão de desenvolvimento norte-americano e difusão da produção e consumo de bens duráveis e rápido progresso da técnica (MATTOSO, 1995), este modelo sinalizou a sua fragilidade marcada pela recessão que se acentuaria nas crises das décadas de 1980/1990 (ALVES, 2007b).

Mattoso (1995) aponta ainda que com o fortalecimento do Japão e da Alemanha, os Estados Unidos perderam o caráter de exclusividade na condição de potência econômica do ocidente. Assim, o esgotamento do padrão de produção fordista contou com o acirramento da competição internacional, que acompanhada da queda dos lucros repercutiu nas bases da acumulação capitalista, tecendo fortes questionamentos acerca do custo da mão de obra e atingiu também o Estado de Bem Estar Social.

Alves (2007b) relativizando Harvey (1992) aborda a mundialização do capital com seu novo regime de acumulação flexível, o qual contrapõe-se a rigidez do sistema fordista. Trata-se de profundas mudanças no sistema capitalista mundial que impulsionadas pelas novas tecnologias (de base, microeletrônica, informática, robótica e as redes comunicacionais, informativas e interativas) provocaram uma reestruturação dos mercados, que sob a égide financeira e transnacional requereu inovações comerciais e de produção.

Verifica-se que a reorganização da produção, baseada no modelo japonês (toyotismo) apresenta várias mudanças no modo de gerir o trabalho como a produção orientada pelo consumo; maior reaproveitamento do tempo *just in time* e do trabalhador

²¹ “[...] o toyotismo não é meramente ‘modelo japonês’ ou ‘japonismo’. Apesar da sua gênese histórica no Japão, nos anos de 1950, é a partir da mundialização do capital, isto é, no decorrer da década de 1980, que o toyotismo adquiriu dimensão universal [...] que articula, em si, um complexo de particularidades regionais, nacionais (e locais), seja de setores e empresas” (ALVES, 2007b, p. 158, destaques do autor).

polivalente²², fim dos estoques subjacentes à produção em massa, produção flexível - uma vez que concentra no interior da empresa os esforços para concluir o produto final transferindo para “terceiros” etapas anteriores da produção - e, entre outros. A empresa sustenta-se na modernização o que significa maiores investimentos em tecnologia e redução do número de funcionários, bem como no discurso de qualidade total, elevando os trabalhadores à condição de participantes do processo produtivo, com vistas a melhorar o empenho/envolvimento, a competitividade e a otimização da produção.

Apesar da importância em aprofundar a discussão acerca das mudanças propostas pelo toyotismo, enfatiza-se que foram priorizados apenas alguns dos elementos constituintes para a discussão neste capítulo.

Enquanto o modelo taylorista-fordista buscava anular as capacidades cognitivas e psicológicas o toyotismo, ofensiva ideológica, busca envolver o trabalhador não só com a produção, mas também convoca os sujeitos a participarem da missão/objetivos da empresa, insinuando o espírito de uma grande família, quando objetiva o maior engajamento possível dos trabalhadores no cumprimento das metas. A “[...] aparência de maior liberdade no espaço produtivo tem como contrapartida o fato de que as personificações do trabalho devem se converter em personificações do capital [...]”, estabelece-se assim um perfil, ou seja, os trabalhadores que “[...] não demonstrarem essas ‘aptidões’ (‘vontade’, ‘disposição’ e ‘desejo’) [...] serão substituídos por outros que demonstrarem ‘perfil’ e ‘atributos’ para aceitar esses ‘novos desafios’” (ANTUNES, 2005, p. 130, destaques do autor).

As relações sociais e as equipes de trabalho acabam criando cobranças e um sistema social de controle do trabalhador, isto se faz por meio da “captura” da subjetividade do trabalhador, conforme tese defendida por Alves (2007b, p. 235, destaques do autor) que diz respeito à capacidade subjetiva de “cooperação” dos trabalhadores, “[...] implica um ‘engajamento’ integral aos valores fetiches da empresa. Para fazê-los funcionar a contento, o trabalho vivo precisa não apenas vestir a camisa da empresa, mas dar a alma (corpo e mente) aos interesses do capital [...]”. Fatores como o desemprego e a precarização do trabalho “[...]”

²² “Sob a subsunção real do trabalho ao capital, com a máquina e o sistema de máquina, não é apenas a produtividade do trabalho social que aparece como produtividade do capital, ou das forças produtivas do trabalho social como forças produtivas do capital, mas é a própria especificação readquirida do trabalho vivo, ou ainda, as qualificações, inclusive polivalentes, da força de trabalho que aparecem como especificações feitas em função de uma coisa, da máquina, ou ainda, qualificações que não são mais provenientes da subjetividade do trabalho, mas sim da natureza da máquina. O que significa que a máquina tende a inverter a politécnica em polivalência, que aparece como uma forma de qualificação estranhada que se põe agora no processo produtivo, ou seja, apesar da máquina conter a promessa da politecnia, as relações de produção capitalista obstaculizam o desenvolvimento concreto da *potentia* técnica, invertendo-a em polivalência (o que significa a intensificação da exploração do capital, com o trabalhador assalariado sendo obrigado a vigiar múltiplas máquinas alheias a si)” (ALVES, 2007b, p. 49-50).

constituem o ambiente psicossocial capaz de estimular o engajamento estranhado” (ALVES, 2007b, p. 235).

É neste ambiente, da Terceira Modernidade, que Alves (2007b) destaca a capacidade do novo modelo de gestão do trabalho (toyotismo), mesclado com as determinações taylorista-fordista e vinculado ao neoliberalismo, em mobilizar os trabalhadores (objetivamente e subjetivamente) para assumirem a cultura de integração do trabalhador à empresa e à lógica do capital. A “captura da subjetividade” se faz por meio da subordinação consentida dos trabalhadores e expressa a subsunção do trabalho ao capital. Em outras palavras, delega-se a responsabilidade do trabalhador não apenas no cumprimento de metas, mas também na melhoria e inovação da produtividade. Simula-se uma autonomia profissional que não se restringe ao interior das fábricas, mas se estende por toda a sociedade. Convém ressaltar que esta autonomia no interior das empresas não elimina as condições de subordinação e dependência hierárquica, bem como as situações de estranhamento/alienação. Fora das empresas essa autonomia, estimulada pelo discurso do empreendedorismo, representa o fetichismo da sociedade produtora de mercadorias num esforço em ocultar as contradições do sistema capitalista, dos baixos salários, do desemprego e da crise estrutural, buscando mascarar as contradições, por meio da ideologia do esforço individual ou do indivíduo empresa “Você S.A.”, conforme abordado por Alves (2007b).

Lacaz e Pires (2007, p.17) ao discutirem o trabalho imaterial, representado pelos Operadores de Telemarketing, apontam que as inovações tecnológicas trazidas pela informática e telemática, acrescidas do discurso de participação e envolvimento do trabalhador constituem uma falsa realidade que “[...] está fundamentalmente sustentada e baseada, na forma alienada, não participativa e autoritária de tomada de decisão que é originária, acompanha e será sempre inerente à hierarquia capitalista.”

Além disso, o discurso participativo atualmente adotado pela moderna gestão empresarial simula um processo de envolvimento que acaba por criar uma barreira para a oposição do trabalhador frente às situações degradantes e exploratórias. Próximo a questão da participação está o discurso de qualidade total, o qual trata-se de estratégias, como por exemplo, os CCQs²³, voltadas especificamente para melhorar o desempenho do trabalhador no que diz respeito à sua produtividade, como demonstra Antunes (2005). Na realidade, o discurso da qualidade é referente à produção e aos seus produtos e não, necessariamente, aos

²³ Círculos de Controle de Qualidade (CCQs) são constituídos por “[...] grupos de trabalhadores que são instigados pelo capital a discutir o seu trabalho e desempenho, com vistas a melhorar a produtividade das empresas, convertendo-se num importante instrumento para o capital apropriar-se do *savoir faire* intelectual e cognitivo do trabalho, que o fordismo despreza” (ANTUNES, 2005, p. 55).

seus produtores. Trata-se dos quesitos do mercado globalizado que a partir da hegemonia do capital financeiro e da acumulação flexível impõem novos padrões de gerir o trabalho e a produção.

Verifica-se que as mudanças na gestão da produção propiciam maior intensificação do trabalho, na atualidade exigem-se profissionais cada vez mais qualificados para que possam aumentar o grau de competitividade com reflexos para a qualidade da produção. Contraditoriamente, há o rebaixamento dos salários uma vez que o trabalhador torna-se polivalente, e embora não seja especializado, é qualificado para trabalhar em mais de uma função. A esse respeito, o estudo de Antunes (1999, p. 26) mostra que “[...] para atender às exigências mais individualizadas de mercado, no melhor tempo e com melhor 'qualidade', é preciso que a produção se sustente num processo produtivo flexível, que permita a um operário operar com várias máquinas (em média cinco máquinas, na Toyota).”

Para Antunes (1999), houve uma processualidade contraditória no mundo do trabalho a partir das inovações tecnológicas baseadas, sobretudo, na microeletrônica, informática e robótica, pois esse processo criou exigências de maior qualificação e intelectualidade do trabalho. Mas isso resultou, por um lado, na redução do operariado industrial e fabril e, por outro, na subproletarização do trabalho expressados nas formas de trabalho parcial, precário, temporário, informal, entre tantas modalidades existentes. Não se prende ao processo produtivo industrial, se estende para a área de serviços, agroindústria e para as relações sociais, cuja centralidade do trabalho permanece, mas a crise do trabalho abstrato se manifesta nas novas condições de trabalho.

A precarização do trabalho e o desemprego e, em conseqüência, o refluxo dos movimentos do coletivo de trabalhadores geram um conjunto de condições objetivas e subjetivas que dimensionam a pobreza, materializada pelas necessidades concretas de sobrevivência e também por aquelas de difícil mensuração, tais como: a fragilidade das relações sociais, o rebaixamento da auto-estima e a falta de alternativas coletivas. Essas lançam as bases para um ambiente favorável ao trabalho sem condições adequadas, com baixos salários e sem garantias sociais.

Observa-se que há um consentimento social para a precarização do trabalho, pois é comum ouvir, acerca de algum questionamento das relações sociais de trabalho precarizadas: “mas estão trabalhando e isso é que é importante”, quando se trata de migrantes comemoram “mas lá (lugar de origem) eles não tinham nem isso.” Assim, a “captura da subjetividade” como abordou Alves (2007b) não se dá apenas pelo maior assujeitamento do

trabalhador no interior das empresas, mas também extrapola-se para todo o convívio social “a sociedade torna-se uma imensa fábrica”, no que condiz a sua ideologia.

Nesse sentido, ilustra-se o caso da costura manual e das Bancas de Pespontos em Calçados e de Corte, em Franca, que implicam em levar para as comunidades e para as residências parte da produção que anteriormente era feita dentro das fábricas. Navarro (2006) mostra que, no caso das Bancas, o trabalhador além de arcar com custos relativos à aquisição de máquinas (como balancins) ainda enfrenta sérios problemas para a sua instalação, uma vez que, as residências nem sempre contam com infra-estrutura. E, assim, não só o trabalhador, mas toda a família passa a conviver com o ruído e com problemas na estrutura da casa como, por exemplo, rachaduras e esses se estendem também aos vizinhos causando sérios problemas de convivência. Além disso, são locais improvisados com iluminação inadequada e pouca ventilação e há também o contato permanente com o pó do couro e com os produtos tóxicos como a cola (de sapateiro) e solventes. Acrescenta-se a esses o fato de trabalharem por produção, buscando desse modo, compensar os períodos de escassez. Assim, quando tem serviço os trabalhadores dobram o turno e, às vezes, contam com a ajuda da família toda.

Além disso, deve-se dizer que a migração dos trabalhadores para as firmas de menor porte, muitas vezes, constituídas por eles mesmos, representa maiores riscos para a saúde, à medida que a falta de recurso é um limite para investimentos em máquinas de melhor conservação e de menores condições de agressão à saúde. Esses trabalhadores ao fazerem uso de maquinários obsoletos ficam expostos a ruídos e aos riscos de acidentes, bem como a inexistência de políticas de saúde e segurança no trabalho, qualificação profissional, e ainda excluídos das garantias previdenciárias e trabalhistas.

A terceirização é ocultada pelo mito do discurso do trabalhador empreendedor, como discute Alves (2007b, p. 170): “É a ideologia extrema da abolição do regime salarial, cujo sonho toyotista é um mundo da produção constituído apenas por empresas individuais de prestação de serviços individuais.”

Lacaz e Pires (2007, p. 14, destaque do autor) ilustram com o trabalho dos moto-fretes, que a partir do avanço da informação faz-se necessário também o fluxo mais rápido de mercadorias. Verifica-se que diante do desemprego, esta atividade vem assumindo um importante “veículo” de sobrevivência, mas como apontam os autores, trata-se de uma atividade perigosa, com alto índice de acidentes e, além disso, os pretensos donos do seu instrumento de trabalho “[...] os *motoboys* são ‘vítimas’ de forma precária de serviço que exige sempre muita rapidez, na medida em que recebem pelo número de entregas que realizam.”

Então, o discurso que permeia as relações sociais de trabalho é a tecnologia. Alves (2007b) destaca que o atual momento caracteriza-se como a IV Revolução Tecnológica²⁴, enfatiza as redes informacionais que disseminam “[...] o ciberespaço²⁵, seja como *rede interativa*, seja como *rede controlativa*, através das instâncias de produção e reprodução social. Além disso, com ela surge uma nova forma de ser da mercadoria: *a mercadoria informação*” (ALVES, 2007b, p. 57, grifo do autor).

É interessante observar que o novo ambiente (tecnológico) constitui-se em espaço para as novas mediações intercapitalistas, nas quais a comunicação adquire um novo valor, como salienta Alves (2007b). É por meio do complexo informacional que as mercadorias agregam valor para serem reconhecidas no mercado (mundial e globalizado) e assim competir. Portanto, a informação-mercadoria está impregnada de fetiche e manipulação, o que torna a relação de dominação (e controle) de classe mais difícil de ser reconhecida. Além disso, várias outras questões se impõem como a constituição da idéia do “ciberespaço”, como espaço de interação social e as novas condições de trabalho efetivadas por meio dos recursos tecnológicos que, num contexto de globalização da produção e dos mercados, cria novas relações de trabalho que num parêntese aproxima da explicação feita por Toffler (DORIA, 2007, p. L12)²⁶ quando diz que ao usar um caixa automático não há uma relação com um empregado do banco e cita que “[...] quem mede a pressão com um aparelhinho em casa não paga a visita do médico. *Software livre*, fotos digitais que não carecem de revelação, há uma miríade de funções que não geram mais pagamento. No entanto, geram valor: o dinheiro na mão [...]”.

Alves (2007b) destaca o trabalho imaterial²⁷ como uma forma de manifestação da crise do trabalho abstrato que paira em um ambiente diferente, pois, se nos outros períodos buscou-se eliminar a atitude criativa do trabalhador agora, exige-se novos saberes e, portanto, a informática passa a ser uma necessidade da formação (dos trabalhadores)²⁸ e ao mesmo

²⁴ Alves (2007b, p. 57) referindo-se a periodização das revoluções tecnológicas aponta a IV Revolução Tecnológica ou IV Idade da Máquina a partir dos anos de 1980 e com o desenvolvimento da microeletrônica e sua integração em redes interativas ou controlativa (ciberespaço), “Cria-se as novas formas de ser da mercadoria: a mercadoria da informação.”

²⁵ “O ciberespaço constitui as infovias hipervirtuais permeadas de ‘pedágios’ do capital que impõe sua lógica à nova forma material” (ALVES, 2007b, p. 57).

²⁶ Em entrevista para Pedro Doria, para o Jornal O Estado de São Paulo de 13 de agosto de 2007.

²⁷ “Por ‘trabalho imaterial’ queremos designar o trabalho que produz produto-mercadorias imateriais, vinculados às atividades de marketing/propaganda, desenvolvimento e pesquisa, comunicação e cultura etc” (ALVES, 2007b, p. 65, destaque do autor).

²⁸ “A internet está entrando na fase da popularização. A queda no preço dos PCs já consolidou o aumento de usuários com menor poder aquisitivo na rede mundial. Agora, começa a cair o preço da conexão. Na sexta, o

tempo, constitui-se uma nova relação do homem com a máquina e social que exige o conhecimento humano, mas nega a materialidade da força de trabalho.

As mudanças do mundo do trabalho, tão cogitadas em nome da modernidade, estão assentadas na invasão do trabalho na esfera privada, em especial, para os que são realizados no domicílio, o que tem significado em pioras das condições de vida.

Precarizam-se as relações de produção que, marcadas pelo trabalho temporário²⁹, pela informalidade e pela atividade domiciliar têm abrupta redução dos direitos trabalhistas e previdenciários e, além disso, representam um conjunto de fatores favoráveis aos agravos à saúde dos trabalhadores. Por outro lado, o maior envolvimento dos trabalhadores na produção ou nos ideais da empresa não tem resultado em maiores possibilidades de qualidade de vida, ao contrário, esse processo tem resultado em determinações quantitativas e qualitativas para a saúde dos trabalhadores. Isso porque esse “envolvimento” se dá sob pressão no cumprimento de metas, na intensificação do trabalho, no pagamento por produção, na avaliação por desempenho, na invasão do trabalho na vida afetiva, comunitária e familiar, determinantes do estresse³⁰, do sofrimento psíquico e até dos casos extremos de sofrimento no trabalho, representado pelo suicídio³¹ ou pela violência física, como o caso ilustrado pelo ex-sindicalista e ex-presidente do Conselho Gestor do CEREST, no início deste capítulo.

Neste sentido, Ribeiro (2007a, p. 7) chama a atenção para dois fenômenos característicos da modernidade, mas que antecedem o próprio capitalismo: a exploração onipresente do trabalho e a morte antes do tempo. “O novo é que as doenças do trabalho são menos visíveis e suas relações com o trabalho menos identificáveis. Ao invés de atingir as partes expostas do corpo, o consomem a partir de dentro e comprometem bem mais a mente do que fisicamente aparece do corpo.”

A divisão internacional do trabalho, a reestruturação produtiva, os novos modos de produzir e as novas relações sociais de trabalho relacionam-se as novas características dos

governo federal anunciou um plano 84% mais barato para usuários de acesso discado. A meta é plugar 10 milhões de pessoas” (MARTINS, 2007, p. L3).

²⁹ “[...] O toyotismo estrutura-se a partir de um número mínimo de trabalhadores, ampliando-os, através de horas extras, trabalhadores temporários ou subcontratação, dependendo das condições de mercado” (ANTUNES, 1999, p. 28).

³⁰ Alves (2007b, p. 235) expõe que “O estresse é a doença universal da ‘sociedade toyotista’.” O toyotismo é considerado como “*management by stress*”. O autor aponta que segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) o estresse é uma das maiores ameaças à saúde no século XXI.

³¹ “A Promotoria de Versalhes abre uma investigação depois de três suicídios consecutivos na Renault. O terceiro morto deixou cartas em que denuncia a dureza das condições de trabalho. Para a empresa o suicídio tem relações subjetivas, mas uma das viúvas diz: ‘Meu marido sofria uma pressão enorme, levava os assuntos para casa e se levantava à noite para trabalhar; ultimamente já não conseguia dormir’. O Sindicato (CGT) denunciou as pressões da empresa para obter resultados, o forte ritmo de trabalho, as ameaças de deslocalização, a concorrência entre técnicos [...]” (URIA, 2007).

agravos à saúde dos trabalhadores, que “[...] se externa sob formas mais sutis, revelando-se através de distúrbios orgânicos, psico-orgânicos ou psíquicos que podem evoluir para doenças caracterizadas e diagnosticadas por exames médicos e biológicos sem que se possa individualizar as suas causas” (DIESAT, 1989, p. 30). Por isso, talvez não seja tão simples apresentar dados epidemiológicos acerca do que morrem e adoecem os trabalhadores, porque há uma dificuldade de reconhecer os problemas como provenientes do trabalho e, portanto, de notificá-los enquanto tal.

1.6 As mudanças do mundo do trabalho e os agravos à saúde dos trabalhadores

Mas, de que morrem, na idade do trabalho, a população brasileira? De doenças infecto-contagiosas, do aparelho respiratório, de doenças cardíco-circulatórias e neoplasias, dizem as nossas estatísticas. Mas essas doenças e mortes são sempre mais freqüentes na idade no trabalho no Brasil, que nos países desenvolvidos, sobretudo as do aparelho respiratório e cardíco-circulatório.

DIESAT, 1989, p. 28.

Importante estudo realizado no final da década de 1980 pelo Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde e dos Ambientes do Trabalho (DIESAT) destaca a redução dos índices do perfil de morbimortalidade da população brasileira, no início dos anos de 1980, em decorrência do acesso aos serviços urbanos básicos como a água tratada e aos serviços de esgoto, porém os processos, organização e relações sociais de trabalho continuaram a dizimar a vida da classe trabalhadora, embora de modo mais insidioso, lento e, às vezes, invisível.

A referida pesquisa destaca que os trabalhadores brasileiros, com idade considerada economicamente produtiva, dos 15 aos 54 anos, estavam morrendo mais que os de outros países (Inglaterra, França, Estados Unidos, Espanha e Argentina), especialmente de doenças respiratórias e cardiocirculatórias. A pesquisa destaca também que, com o avanço do capitalismo monopolista, a divisão internacional do trabalho, inclusive nos países mais avançados, tem reservado aos migrantes aqueles serviços que se fazem em piores condições e de maiores riscos. Assim, os países menos desenvolvidos seguiriam a mesma lógica, como no Brasil, o trabalho mais pesado e insalubre está reservado ao migrante. Como exemplo, os autores citam que, em São Paulo, os serviços de menor remuneração estavam reservados aos baianos. Parece que este estudo é muito atual, pois essa divisão social do trabalho permanece, como ilustração pode-se citar que o trabalho no corte de cana, no interior de São Paulo, onde

têm ocorrido as mortes por exaustão, tem sido reservado a mão de obra advinda da Bahia, sul de Minas Gerais e mais recentemente do Maranhão. Trata-se de um trabalho pesado, extenuante feito pelos trabalhadores “de fora”. Esse tipo de trabalho também tem sido denunciado pelo uso de trabalho escravo.

Observe que a epigrafe aponta para as mortes do trato respiratório e cardiológico, ou seja, historicamente o trabalho foi sendo, gradativamente, reconhecido como “agente causador” dos acidentes e das doenças clássicas e ao se aproximar do século XXI, parece que começa-se a perceber que ele seria responsável também por outras doenças que teriam o trabalho não como causa direta, mas relacionado, o que nos dias atuais apesar de ser cada vez mais comum, tem demonstrado sérias dificuldades para o reconhecimento das ditas doenças relacionadas ao trabalho, ou atípicas. A exemplo, retoma-se o caso do corte manual da cana-de-açúcar. Ora, as mortes³², apesar de sua visibilidade concreta têm sido contestadas pelas usinas de açúcar e álcool que negam a sua ocorrência devido ao esforço excessivo, os atestados de óbitos apontam causas naturais e distanciam o trabalho como fonte geradora. Além disso, pouco se sabe das doenças desenvolvidas pelos trabalhadores, que por durante longos anos transitam dos seus Estados ao interior do Estado de São Paulo, quando fazem a safra e seguem o seu “destino”, mas o que realmente levam deste trabalho? Muito se fala que esses trabalhadores animam o comércio local e que eles adquirem eletrodomésticos, motos, enfim levam mercadorias como recompensa da longa viagem e do esforço e dedicação ao trabalho na safra canavieira³³, mas pouco se vê acerca dos problemas de saúde que os cortadores de cana desenvolvem ou ainda desenvolverão e das duras condições de vida que esses levam. Seria necessário pesquisas nos estados de origem com aqueles que foram cortadores de cana para que se pudesse avaliar realmente as heranças desse trabalho, em todos os sentidos do desenvolvimento do ser social.

Cabe dizer, que no cotidiano de trabalho do Serviço Social no CEREST - Franca era comum o atendimento aos trabalhadores que buscavam orientações para aposentadoria, em decorrência de incapacidades adquiridas no/pelo trabalho. A título de ilustração, destaca-se a súmula da história de um atendimento que chamou muita a atenção para as doenças e

³² De 2004 a 2007 24 mortes já foram denunciadas como ocorridas devido ao excesso de trabalho. Isso estaria ocorrendo devido a forma de pagamento adotada. O pagamento por produção, a contratação dos trabalhadores por terceiros, geralmente, por gatos, o endividamento antes mesmo do início do trabalho, a precária alimentação, o sol escaldante, a realização de uma atividade extenuante que chega a exigir dez mil golpes de podão diários, além da caminhada e das flexões. Tudo isso sob os olhos cuidadosos do “feitor”, sob pena de não ser recontratado na colheita seguinte e ainda de péssimas condições de transportes e moradias estariam levando os trabalhadores a morte.

³³ Conforme destacado por Frasoni e Costa (2007), ao discutir o sonho dos cortadores de cana ao virem para o interior do estado de São Paulo.

mortes relacionadas ao trabalho, porém não notificáveis e/ou reconhecidas, enquanto tal, conforme Ribeiro (2007c) destaca, na terceira tese³⁴, ao discutir sete teses acerca das doenças e adoecimentos contemporâneos. Trata-se da história de um trabalhador, de pouco mais de cinquenta anos de idade, com histórico de dezessete anos no corte de cana no município de Guariba/SP e em decorrência de não conseguir produzir as quantidades estipuladas pela agroindústria canavieira, mudou-se para Ribeirão Corrente/SP, onde trabalhava em cafezais na região de Franca/SP. O trabalhador apesar de ter contribuído para a Previdência Social por mais de vinte anos ficou afastado pelo INSS de dezembro de 2004 a março de 2005, devido a problemas cardíacos. Segundo ele o seu médico (cardiologista) o havia proibido de fazer esforço físico e “serviço pesado”, contudo o trabalhador teve alta do afastamento previdenciário. Assim, diante dos gastos com aluguel e manutenção do lar e três filhos menores de idade, ele teve que continuar a labuta na lavoura, vindo a falecer em meados de março de 2006 devido a insuficiência cardíaca, mas nada consta da possível relação da sua morte, prematura, com o trabalho desenvolvido ao longo da sua vida.

Essa desigualdade na divisão social do trabalho pode também ser visualizada nos dados mais gerais como: “Aproximadamente 1,3 bilhão de pessoas não têm acesso a água potável; 880 milhões de adultos são analfabetos; 770 milhões estão sem alimentação suficiente para uma vida ativa de trabalho, 800 milhões vivem em pobreza absoluta” (McNEILL et al., 1992 apud FREITAS, 2002, p. 262). Apesar dos mais de dez anos do referido trabalho observa-se que a situação mencionada não foi transformada e que no âmbito nacional a desigualdade pode se expressar, entre outros, pela permanência dos acidentes de trabalho, como se pode verificar, nos dados divulgados pela Previdência Social que mostra que “[...] no ano de 2005 foram registradas 2.708 mortes pelo Anuário Estatístico de Acidentes de Trabalho (CUT, 2007)”; pela cifra de 50 milhões de pessoas em condições de indigência e pobreza (PEREIRA, 2006, p. 110), pelo aumento do desemprego, “Em 2002, por exemplo, o país registrou a quarta posição no *ranking* mundial do desemprego” (POCHMANN, 2006, p. 60), e pelo número crescente de doenças relacionadas ao trabalho “Hipertensão, infarto, doenças coronárias, gastrites, úlceras, neuroses, psicoses, asma, todas elas de um ou outro modo tidas como doenças do ‘stress’ ou tensão, podem ter e certamente têm no trabalho [...] a sua principal causa [...]” (DIESAT, 1989, p. 30-31), mas deve ser dito que nem sempre são diagnosticadas como do trabalho.

³⁴ “3ª tese: A correlação positiva e estatisticamente significativa entre a maior expectativa de vida e as doenças de curso lento, a exemplo das cardiocirculatórias e neoplásicas, induzem a falsa conclusão de serem naturais, isto é, decorrência do envelhecimento, aliás precoce, como se nada tivessem a ver com as relações sociais, de classe e com o trabalho subordinado ao longo da vida” (RIBEIRO, 2007c, p. 149).

Tudo isso, somado às demissões em massa contrapondo as contratações coletivas do modelo de organização do trabalho baseado no fordismo (MATTOSO, 1995), ao Programa de Demissão Voluntária e, para os que continuam trabalhando, o Programa de Participação nos Lucros, a migração dos trabalhadores de grandes empresas para as de pequeno porte ou de fundo de quintal (subcontratadas). Enfim essas mudanças que estimularam o trabalho por conta, informal e o desemprego corroboram para a inflexão do movimento sindical que, no início deste século, não conseguiu manter os direitos trabalhistas conquistados. Houve perda de toda ordem e além das relações sociais de trabalho destaca-se a queda nos rendimentos, os quais se tornaram incertos e duvidosos (MATTOSO, 1995).

Diante do aumento do desemprego e da precarização do trabalho as condições de resistências são praticamente anuladas e, ao mesmo tempo, mediadas pelo discurso ideológico hegemônico capitalista, o qual cria o consenso social para a sua solidificação.

Deve-se dizer que as políticas sociais, assunto aprofundado nos dois capítulos subsequentes, foram sendo instituídas a partir das forças sociais em jogo e, sobretudo, da capacidade organizativa dos trabalhadores, como se elucida adiante. Essa capacidade de mobilização da classe trabalhadora é que exigiu a intervenção do Estado no estabelecimento de políticas sociais, de interferência no mercado e na economia, bem como na manutenção de serviços essenciais a vida urbana como: saneamento, água, energia, transporte, educação, serviços de saúde, segurança, e pelas políticas de redistribuição de renda ou compensatórias, especialmente em situações de desemprego, doença, velhice, infância, entre outros.

O Estado avança ou reflui nos gastos com o social ou com aqueles serviços que servem a economia como os empréstimos que financiam a agricultura, indústria, comércio ou os benefícios que servem ao sistema financeiro, em especial aos bancos, segundo a correlação de forças.

Mas diante das mudanças do mundo do trabalho e na economia, ora assinaladas, ocorridas especialmente a partir da década de 1970, houve a “pulverização” da classe trabalhadora e com a sua fragilidade houve o refluxo do Estado com as políticas sociais e um chamamento da sociedade civil para assumir esse papel.

Teixeira (1996, p. 214) destaca que a partir da crise do sistema capitalista da década de 1970 o pacto fordista - compromisso entre capital e trabalho – foi visto como inviável a partir das “Lutas operárias contestando a organização do trabalho, reivindicações de salários reais acima dos ganhos de produtividade, a crise fiscal do Estado, instabilidade financeira, inflação etc.”, levando cada vez mais a liberalização da economia.

Ao lado disso, ganham força aquelas idéias que cunham o Estado de corrupto, incompetente, falido, enfim, a ingerência estatal passa a ser “resolvida” por meio do seu afastamento, especialmente frente às problemáticas sociais, que ficam a cargo da sociedade civil, ou seja, o Estado aderiu ao neoliberalismo.

O resultado, como aponta Anderson (1995), da adesão por parte do Estado ao ideário neoliberal³⁵ aliado às mudanças do mundo do trabalho é o desemprego massivo, diminuição dos gastos públicos com políticas sociais, adoção de medidas legais para o enfraquecimento dos sindicatos³⁶ e ênfase na privatização dos órgãos do Estado. Ocorre o “enxugamento” do Estado, de modo contraditório, pois, o Estado retrai-se para os gastos com as políticas sociais, mas amplia-se para a proteção dos grandes oligopólios “[...] sob o neoliberalismo, mais do que nunca ficou claro que os direitos de cidadania são de fato direitos dos ricos em um mundo repleto de pobres” (PEREIRA, 2006, p. 109).³⁷

O enfraquecimento da capacidade organizativa da classe trabalhadora e a queda do Leste europeu em um ambiente de incontestes avanços tecnológicos acaba por transferir o discurso de desenvolvimento para o indivíduo, em particular, isto é, passam a ser necessárias a formação e a capacitação para o uso e expansão da tecnologia, em especial, no mundo da produção, serviços e agricultura. Assim, dissemina o discurso da expansão tecnológica aliado ao da qualificação profissional, deslocando a explicação do desemprego estrutural para o indivíduo desqualificado e, portanto, culpado pelo seu insucesso.

O afastamento do Estado das políticas públicas foi acompanhado do discurso hegemônico de revalorização da cultura conservadora da família e da educação. A educação, apesar da sua universalização, ainda segue o discurso das necessidades do sistema capitalista e não necessariamente da busca do conhecimento subversivo, o qual segundo Freire (1987) é um dos pilares da cidadania e da formação de homens livres. Porém, ao vincular-se ao modo de produção associou suas práticas ao consenso e à hegemonia mercantil. A educação, perversamente, em lugar de instrumento da emancipação humana, agora é mecanismo de perpetuação e reprodução do sistema (MÉSZÁROS, 2005).

³⁵ Representa um Estado forte para controlar recursos financeiros e também o poder dos sindicatos, mas parcimonioso nos gastos sociais (ANDERSON, 1995).

³⁶ Cabe registrar que o controle do sindicato no Brasil vem sendo feito sob o prisma do neoliberalismo, como refere Antunes (2007a), comparando a reforma sindical do governo Lula aos sindicatos de pelego do governo Getúlio Vargas e ressoa com a lei antigreve da “dama de ferro”, *Margaret Thatcher* na Inglaterra.

³⁷ O próprio Presidente brasileiro ao se defender das críticas, “vaias” na abertura oficial do Pan afirmou que em seu governo os ricos tiveram mais vantagens que os pobres: “Os que estão vaiando são os que mais deveriam estar aplaudindo, posso garantir que foram os que ganharam muito dinheiro neste país, no meu governo. Aliás, a parte mais pobre é que deveria estar mais zangada, porque ela teve menos do que eles tiveram [...]” (PRESIDENTE, 2007, p. A4).

O discurso de revalorização da família não veio acompanhado de políticas públicas que prevessem o seu fortalecimento (PEREIRA, 2004), assim, chama a atenção para os perigos da nova linguagem em torno do mistificado caráter da família. Essa identidade positiva e atribuída que a família incorporou no contexto neoliberal faz com que ela seja a principal provedora de “bem estar social” dos seus membros e não o Estado. Desse modo, deve-se ter o cuidado, como reforça Pereira (2004), ao recuperar a família como *célula mater* da sociedade³⁸ de recuperar antigos vieses que depositam nas mulheres a responsabilidade pelo cuidado essencial com as crianças e demais dependentes, sobrecarregando-a e negando os direitos de cidadania que a classe trabalhadora conquistou, sendo este o assunto dos dois capítulos subseqüentes.

Pereira (2004) adverte para a heterogeneidade da família, a partir dos anos de 1990, e os inúmeros arranjos que inclusive provocaram mudanças nas definições jurídicas brasileiras³⁹ o que vai ao encontro das mudanças vivenciadas no mundo do trabalho, o qual passa a exigir cada vez mais a condição do trabalhador de viajar, de se dedicar ao trabalho em tempo quase integral, uma vez que além do tempo de trabalho há a participação em reuniões, cursos ou a realização de atividades fora do horário regular. São novas características que presidem as relações sociais de trabalho, feito na rua, em casa, no caminho, nas viagens, em tempo parcial, mas que pelos baixos salários trabalha-se em três períodos e para mais de uma instituição, por vezes, sem os direitos garantidos, já que se expandem as formas de trabalho “autônomo”.

Antunes (1999) destaca que as mudanças afetaram o trabalho produtivo e complexificou a classe que vive do trabalho, mas não se pode falar em fim do trabalho. Pois, não é que este acabou, na realidade, se trabalha cada vez mais, e depende-se ainda mais da venda da força de trabalho para sobreviver, a medida que ruiu-se com as plantações de subsistência e intensificou-se o processo de proletarização.

A partir da crise do sistema capitalista de 1970, marcada também pela crise do

³⁸ Marx (2006) faz importante análise de realidade da sociedade capitalista considerando a mercadoria como célula mater, no sentido de que esta é o resultado das determinações e concretizações do sistema capitalista. Nela está contido também o processo social de produção, do trabalho e dos valores que lhe são atribuídos. Diz Marx (2006, p. 57, destaque do autor) ao iniciar a brilhante exposição: “A riqueza das sociedades onde rege a produção capitalista configura-se em ‘imensa acumulação de mercadorias’, e a mercadoria, isoladamente considerada, é a forma elementar dessa riqueza. Por isso, nossa investigação é a forma elementar dessa mercadoria.”

³⁹ Vejam-se “[...] as mudanças na Constituição Federal de 1988 e as alterações legais contidas no novo Código Civil, aprovado em agosto de 2001 para entrar em vigor em janeiro de 2002, com vista a: acompanhar a revolução nos costumes; padronizar leis recentes, como a do divórcio, e dispositivos constitucionais referentes à família; e regulamentar jurisprudência que, nos tempos atuais, não mais poderiam pautar-se pelo Código Civil vigente, escrito em 1916” (PEREIRA, 2004, p. 39).

petróleo, pela derrota do socialismo real, reestruturação produtiva em escala mundial e generalização das políticas neoliberais, impôs-se a “cultura da crise” e o seu enfrentamento exigiu estratégias que favoreceram o consenso entre as classes, fortalecendo a hegemonia capitalista (MOTA, 2000).

O quadro apresentado no início deste século retrata a complexidade da atual organização e divisão internacional do trabalho, cujas cores mais fortes expressam: o desemprego, a mobilidade da classe trabalhadora (inclusive marcada pela informalidade), flexibilização da produção e terceirização (sustentada, inclusive pelo discurso do “empreendedorismo”) e os novos modos de gestão da produção marcados, sobretudo, pelo estímulo à competição. Enfim, a reestruturação produtiva é, portanto, uma particularidade em constante relação com os agravos à saúde dos trabalhadores. A permanente ameaça da perda do emprego acaba inviabilizando as reivindicações por melhores condições de trabalho e, além disso, representam maior subordinação ao capital, às condições insalubres e perigosas, aos ritmos e jornadas extenuantes e as pressões de origens variadas. Tudo isso gera instabilidade, medo, insegurança e risco social e à saúde.

Portanto, o que se tentou enfatizar é que as mudanças do mundo do trabalho, em especial dos últimos 30 anos, acompanhadas do neoliberalismo constituem importantes ferramentas para a extração da mais-valia relativa e absoluta o que, entre outros, representam graus variados de sofrimentos materializados no corpo e/ou na mente do trabalhador. Daí a necessidade de considerar as relações sociais de trabalho na análise dos agravos à saúde do trabalhador, os quais se apresentam, à primeira vista, como se fossem os males da modernidade ou da pós-modernidade sem relação com o trabalho.

Neste capítulo, objetivou-se revelar que o trabalho potencia da emancipação humana, sofre uma inversão deste sentido a partir das mudanças que sofre ao longo dos tempos, quando no capitalismo aparece dissociado da capacidade criadora do homem. Como se viu, a família, a educação e o Estado são importantes instituições que formam o “bloco histórico” necessário a hegemonia do capital, a qual não se resume ao espaço fabril ou empresarial, mas incide sobre produção, circulação e consumo.

A introdução do taylorismo-fordismo provocou a separação entre o trabalho manual e intelectual por meio da decomposição do trabalho em tarefas parcelares e rotinizadas que não exigiam ou, ao menos, tentou-se negar a atividade mental dos trabalhadores, despindo o conteúdo das atividades do caráter intelectual. Para Dejours (2005) a OCT instituiu um aparato de controle do trabalho que viabilizasse o “corpo dócil e disciplinado”, explorado, fragilizado pela privação de seu protetor natural – o aparelho mental

–, o que favoreceu ao processo de desenvolvimento de doenças psíquicas relacionadas ao trabalho.

O toyotismo que não substituiu as organizações pretéritas do trabalho buscou o aumento da produtividade estimulando o engajamento do trabalhador no sistema produtivo, o processo de “captura da subjetividade” (ALVES, 2007b). Este modelo, marcado pelo exaurimento da produção em massa vem forjando um novo tipo de produção, no qual para se ter condições de competir no concorrido mercado, justificou a introdução de novas regras e instrumentos nos processos e organização do trabalho como a produção enxuta, a automação, a polivalência do trabalhador, a superqualificação/desqualificação, a desregulamentação do trabalho, a flexibilização, enfim a reestruturação produtiva, a qual não se faz sem o “aval” mínimo do Estado.

Por fim, a perspectiva adotada a partir do materialismo histórico é o entendimento trazido pelo modelo de determinação social da doença, o qual considera o papel do processo de trabalho e das relações sociais inerentes no desenvolvimento do agravo, como se discute no quinto capítulo.

Deve-se dizer, ainda, que o Serviço Social é uma das disciplinas que pode contribuir com o processo de elucidação dos processos de trabalho na relação com a saúde a medida que esta profissão lida cotidianamente com os efeitos das mudanças em voga para a condição de cidadania de homens e mulheres que buscam pelo acesso aos programas e políticas sociais. A Questão Social e as suas inúmeras expressões constituem-se o objeto de trabalho dos assistentes sociais (IAMAMOTO, 2005). Ademais, um dos princípios fundamentais do Código de Ética dos assistentes sociais é “a defesa intransigente dos direitos sociais” e as diretrizes curriculares destacam a categoria trabalho como núcleo central da sua formação, então acredita-se que o Serviço Social pode contribuir para a visibilidade dos problemas vivenciados pela classe trabalhadora, entre eles os de saúde.

CAPÍTULO 2

POLÍTICA SOCIAL, MEDICINA DO TRABALHO E SAÚDE OCUPACIONAL

Os homens fazem a sua própria história, mas não a fazem segundo a sua livre vontade; não a fazem sobre circunstâncias de sua escolha, mas sob aquelas circunstâncias com que se defrontam diretamente, legadas e transmitidas pelo passado.

MARX, 2003b, p. 15.

2.1 Entendimento da Saúde do Trabalhador

Eu acho que é uma política essencial para a qualidade de vida do trabalhador. Ela é responsável em apontar os dados sobre a saúde dos trabalhadores e o setor que tem mais acidentes e doenças e ir lá aonde os problemas acontecem e fazer as mudanças que precisam ser feitas. É uma reivindicação antiga dos Sindicatos de Trabalhadores. O Sindicato abrange várias áreas do mundo do trabalho e a saúde tem ocupado um espaço importante, não só em Franca, mas em todo o mundo. Então, eu vejo que os Sindicatos tiveram uma participação muito grande para essa política sair. Em Franca, o Sindicato dos Sapateiros teve uma participação muito grande, foram vários anos de discussão, desde que eu peguei o bonde andando nos anos 90, já tinha essa discussão sobre a questão da saúde do trabalhador, da Política e também da criação de um Ambulatório específico para atender o trabalhador vítima de um acidente ou de uma doença. E foram por meio de várias reuniões, vários debates... Nós organizamos vários Seminários junto com uma Professora da USP, a Professora Vera Lúcia Navarro, e também aqui com a UNESP e foi a partir daí que conseguimos essa vitória para Franca. (Biro, Ex-sindicalista e ex- Presidente do Conselho Gestor do CEREST).

Eu acho que houve um avanço muito grande. Eu estou no CEREST desde que iniciou o Ambulatório em Franca, em 1998, na época era apenas eu e a Auxiliar de Enfermagem, então não tinha toda essa normatização que hoje existe do Ministério da Saúde em relação à política de saúde do trabalhador, na época não tinha nada, estava começando essas discussões. E depois nós ficamos alguns anos nesse modelo até que se constituiu a equipe e um local mais adequado e após a criação da política de saúde do trabalhador pelo Ministério da Saúde, acho que o CEREST vem evoluindo, lentamente. (Médico do Trabalho do CEREST e ex-coordenador do CEREST).

Eu acho que as condições estão aí, a verba tem vindo, sistematicamente, mas ainda falta entrosamento, formação de equipe, pessoas dispostas a fazer efetivamente a política do trabalhador. Essa é a minha visão, quer dizer enquanto as pessoas não estiverem engajadas eu vou fazer isso aqui, o que cabe mim eu vou fazer um pouquinho... Qual é a necessidade premente? Tem que organizar as necessidades... e mesmo assim a gente ainda depende de uma hierarquia quer dizer ainda tem o Secretário, o Chefe da Vigilância e tem o Prefeito, quer dizer, a partir da orientação do SUS para a atuação do CEREST... você precisa de uma orientação, mas o CEREST está engajado na Secretaria da Saúde, então tem que ser condizente com a estrutura que a gente tem, não adianta dizer: vou fazer isso e aquilo outro, não adianta você falar que vai fazer tal procedimento se a Prefeitura não tem o número de médicos suficientes para fazer isso, se ela não tem o número de atendentes... aos poucos agente tem que ir estruturando. (Engenheiro do Trabalho do CEREST).

A partir de 1990 e da Lei Orgânica da Saúde uma das atribuições que foi designada para o Sistema Único de Saúde foi a saúde do trabalhador. Numa situação que o grande número de doenças ocupacionais e de acidentes do trabalho já estava caracterizando uma situação epidêmica no Brasil, mas não é epidemia, mas no caso de epidemia, nada melhor que a saúde cuidar de um assunto que tem tudo a ver com ela. Até então, era somente o Ministério do Trabalho que controlava e fiscalizava essa área. Quando passou a contar também com a Saúde tanto nível federal, estadual e municipal, o que aconteceu? Houve, não vou dizer que melhorou muito, mas houve uma melhora significativa porque as questões de saúde do trabalhador passaram a ser vistas com os olhos da saúde e não com olhos de técnicas administrativas. Por que até então o que acontecia? A saúde do trabalhador era encarada simplesmente como um problema de atuação da empresa. Acontecia um

problema era feita autuação e multava a empresa... A única função era realmente punir e a gente sabe que punição não leva nada, o correto é trabalhar e interagir e foi nessa linha que o Estado de São Paulo através da Vigilância Sanitária começou a trabalhar. É alguma coisa que ainda vai muito longe, existe todo um processo de burocracia pública no Brasil que é terrível, a gente não consegue resolver nada de uma hora para outra, todas as coisas são resolvidas a longo prazo. Para se ter uma idéia o Pró-Água que foi desenvolvido em 1990, só agora que ele está começando a trazer algum benefício ou algum retorno satisfatório, ou seja, já se passaram dezoito anos da implantação do programa. Mas se não tivesse sido implantado, hoje a gente não estaria tendo os benefícios, a mesma coisa está acontecendo com a saúde do trabalhador. A partir do momento que ela passou a ser olhada pelas Secretarias de Saúde Estaduais na ótica de saúde pública começou a ter algum resultado, hoje a gente está conseguindo melhorar muito a situação dentro de cada empresa, vendo como parceiro, não vendo como agente fiscalizador. Porque o objetivo é exatamente reduzir e você não reduz nada com multa, se multa resolvesse a gente não tinha mais acidente de trânsito. Então infelizmente ou felizmente o Ministério da Saúde assumiu esse segmento. Para nós não interessa saber se o profissional está registrado, se paga o fundo de garantia, se as horas extras dele foram pagas, o que nos interessa saber exclusivamente é o seguinte: ele está trabalhando em condições insalubres? Esse ponto que interessa: se a atividade dele representa dano a sua saúde, a sua integridade física. Hoje, o Brasil ainda é considerado campeão mundial de acidente de trabalho, alguma coisa muito séria, não é? E a gente sabe que mais da metade dos acidentes que ocorrem não são notificados, não se tem conhecimento. Então pelo que é notificado, por aí a gente imagina o tamanho do estrago que acontece no Brasil todo dia. (Engenheiro do Trabalho do Grupo de Vigilância Sanitária, GVS - regional)¹.

Ela é necessária. Dentro da empresa, às vezes, até tem um médico, mas ele é controlado pela empresa. Se o trabalhador sente mal ou alguma dor e consulta o médico da empresa, toma um medicamento para passar aquela dor, mas não sabe o que provocou a dor, se foi em razão de algum produto químico, cheiro de cola... Então, eu acho que a Medicina do Trabalho muitas vezes é controlada pelos empresários, por isso, o SUS precisa tomar conta da saúde do trabalhador. Mas é uma política que está começando e com muitos entraves, tem muita coisa que precisa ser melhorada. (Diretor II - Sindicato dos Sapateiros - e ex-conselheiro do Conselho Gestor do CEREST).

Observe-se que os depoimentos destacam a importância de se ter uma política específica para cuidar da saúde dos trabalhadores, parece consenso que ao ser assumida também como responsabilidade do SUS houve algumas melhoras, especialmente em relação à prevenção. Portanto, neste momento, o esforço é para buscar a construção histórica das origens da política social, ou seja, compreender as determinações socioeconômicas e políticas que redefiniram o papel do Estado e que levaram a construção de respostas aos agravos à saúde dos trabalhadores, em especial, na Medicina do Trabalho (MT) e Saúde Ocupacional (SO). Isso se torna importante para posteriormente, no terceiro capítulo, se aproximar da política de saúde do trabalhador no SUS.

De antemão deve ser frisado que a política de saúde do trabalhador é resultado de uma construção histórica, na qual os sindicatos dos trabalhadores tiveram notória participação

¹ Desse ponto do texto em diante esse entrevistado será identificado como Engenheiro do GVS-regional.

na discussão, denúncia e envolvimento da sociedade no que tange aos agravos à saúde dos trabalhadores e a intervenção frente a esses, como o sindicalista pontuou no seu depoimento.

É certo que por um longo período os trabalhadores organizados reivindicaram mais um adicional nos seus salários, devido as condições de trabalho, que propuseram transformações nessas condições. Mas é certo também que ao assumir a saúde como um determinante do trabalho incorporou a demanda da sociedade civil, a qual vinha pontuando a qualidade de vida no trabalho e a necessária atuação do Estado, como regulador. O depoimento do entrevistado, Biro, destaca que os Sindicatos no mundo se atentaram para os males causados pelo trabalho e que em Franca o Sindicato dos Sapateiros se esforçou para que a política de saúde do trabalhador fosse inserida na agenda do município. Assim, evidentemente, não se pode falar de um protagonista específico na dedicação e empenho de construir tal política, mas no seu fio condutor, os sindicatos dos trabalhadores desempenharam importante papel.²

Apesar da discussão acerca dos limites e possíveis melhorias enfrentados pelo CEREST ser assunto do sexto capítulo, por hora, antecipa-se que se por um lado, a implantação desta Política significa condições potenciais para a intervenção, prevenção e promoção da saúde do trabalhador, por outro, verifica-se, como enfatizado pelo Engenheiro do Trabalho, que esta convive com as limitações comuns aos serviços públicos. Ele cita que apesar de haver um norte dado pelo Ministério da Saúde, deve ser considerado o compromisso da equipe técnica e a hierarquia de comando da gestão plasmada na Chefia de Vigilância em Saúde, na qual o Centro de Referência está subordinado, na Secretaria Municipal de Saúde e a administração municipal. Isso implica pensar na correlação de forças local que podem pender para ampliar o poder de atuação do órgão ou para minimizá-lo. Daí a importância dos representantes dos trabalhadores acompanharem a política de saúde do trabalhador, especialmente por meio do respectivo Conselho Gestor, assunto retomado no sétimo capítulo.

Os depoimentos também indicam que a atuação frente aos agravos à saúde de quem trabalha ocorre ora sob os moldes da assistência por meio de atenção ambulatorial, como destaca o Médico do Trabalho do CEREST que, em Franca, antes da política de saúde do trabalhador, contava-se apenas com o serviço ambulatorial prestado por ele e uma Auxiliar

² Lacaz (1996) desenvolveu importante pesquisa acerca do campo Saúde do Trabalhador a partir de três principais protagonistas: universidade, sindicatos dos trabalhadores e serviços de saúde. Nesta, fica evidenciado o papel dos Sindicatos dos Trabalhadores na construção de normas de segurança e saúde no trabalho e nos acordos coletivos, além disso, estes exerceram “pressão” para que as administrações públicas incorporassem as ações de saúde do trabalhador nos serviços de saúde, inicialmente, por meio dos Programas de Saúde do Trabalhador (PST) desenvolvidos na década de 1980 e, atualmente, pelos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST).

de Enfermagem do Trabalho; ora por meio da imposição de normas e de multas quando constatado o seu não cumprimento, como enfatizou o Engenheiro do Trabalho do GVS-regional. Trata-se, então, da inspiração da atuação prática, em modelos forjados na ideologia do capital, quais sejam: Medicina do Trabalho e Saúde Ocupacional. Daí que a visão do Engenheiro do Trabalho do GVS-regional remete a idéia de que no caso de agravos à saúde deve-se se restringir a identificar apenas as questões presentes no ambiente do trabalho diz ele: *“Para nós não interessa saber se o profissional está registrado, se paga o fundo de garantia, se as horas extras dele foram pagas”* e arremata *“[...] o que nos interessa saber exclusivamente é o seguinte: ele está trabalhando em condições insalubres? Esse ponto que interessa: se a atividade dele representa dano a sua saúde, a sua integridade física.”*

Em outras palavras, o que o Engenheiro revela é que a visão de saúde ainda está limitada aos fatores de riscos e exclui das análises o peso que os baixos salários, a exploração, a intensidade da carga horária e de ritmos de trabalho, o processo e organização do trabalho exercem sobre a saúde dos operários, como evidenciado no primeiro capítulo. Trata-se de uma visão a-histórica presente nos modelos de MT e SO. Dessa forma, este modo de pensar estaria ignorando um dos principais avanços posto pelo campo Saúde do Trabalhador, que é a consideração da historicidade dos agravos à saúde analisados a partir das relações sociais, processo de produção e organização do trabalho (LAURELL; NORIEGA, 1989).

Assim, ao desconsiderar esses fatores, mantém a atuação apenas sobre o que é visível e aparente e desconsidera a interação de um conjunto rico em determinações objetivas e subjetivas que atua sobre a vida e saúde de quem trabalha. A visão do Engenheiro revela que o modo de se analisar a relação trabalho e saúde ainda está preso na “pseudoconcreticidade” ou na forma fenomênica que os agravos aparecem, considerando a tese defendida por Kosik (2002, p. 15):

O mundo da pseudoconcreticidade é um claro-escuro de verdade e engano. O seu elemento próprio é o duplo sentido. O fenômeno indica a essência e, ao mesmo tempo, a esconde. A essência se manifesta no fenômeno, mas só de modo inadequado, parcial ou apenas sob certos ângulos e aspectos. O fenômeno indica algo que não é ele mesmo e vive apenas graças ao seu contrário [...].

Crê-se que a interpretação dos agravos à saúde dos trabalhadores não se deve ficar vinculada apenas nas representações imediatas da realidade, pois esta pode contradizer a “lei do fenômeno”, a sua essência. Essa visão reducionista, amalgamada ao que é visível e assentada na unicausalidade, desencadeou a explicação dos acidentes de trabalho ou mesmo das doenças a partir da idéia do “ato inseguro”, quando o trabalhador que sofre algum agravo

passa a ser considerado o culpado pelo ocorrido. Ou seja, “[...] não incluem na estrutura da determinação a forma de organização do trabalho, que implica no uso de uma tecnologia específica e no estabelecimento de determinadas relações sociais entre trabalhadores e empresa” (FACCHINI, 1993a, p. 41).

Para se aproximar da essência da política de saúde do trabalhador procurou-se despir as respostas aos agravos à saúde revestidas na roupagem da MT e SO. E, ao desnudar o fenômeno posto, num processo de desconstrução e reconstrução histórica, evidencia-se aqueles acontecimentos que impõem uma nova relação entre Estado e sociedade civil³ e que, portanto desembocou na construção de políticas sociais, direitos do trabalho e, mais recentemente, na política de saúde do trabalhador.

Ao buscar desnudar os principais elementos que compõem a trilha que levam à saúde do trabalhador destaca-se os questionamentos presentes nesta discussão: Como o Estado assume os agravos à saúde dos trabalhadores, enquanto objeto de sua atenção? Quais os acontecimentos importantes que se inter-relacionam neste processo? Como se constituem os modelos de MT, SO, suas diretrizes e principais características? Enfim, busca-se estruturar a reflexão a partir da política social.

Parte-se do princípio que a política social atende tanto às necessidades dos trabalhadores quanto às necessidades do capital (BEHRING, 2006). Desse modo, deve-se considerar a correlação de forças sociais, políticas e econômicas frente a determinação do Estado regular ou não a relação entre trabalho e saúde. É preciso buscar além das informações plasmadas em leis e políticas públicas e se atentar para os movimentos que levaram a sua instituição.

Para Faleiros (2000), a política social consiste no processo de produção e reprodução da força de trabalho, essencialmente, por meio dos programas e políticas a ela destinadas e tem também função legitimadora do próprio Estado e do sistema de acumulação adotado. Ou seja, o Estado assume o papel necessário, a partir das forças sociais em jogo, para que o capital, enquanto sistema siga seu curso e a ideologia de “colaboração entre as classes”, “harmonia”, “divisão do bolo”, entre outros jargões presentes nos discursos usados para amortizar os conflitos entre capital e trabalho. Daí que os problemas aparecem de modo singular e a intervenção segue esse rumo, ou seja, estão direcionadas para a aparência, para o fenômeno que se revela, não se dão de modo universal, mas por meio das particularidades

³ “Na visão de Gramsci, ‘sociedade civil’ é uma arena privilegiada da luta de classe, uma esfera do ser social onde se dá uma intensa luta pela hegemonia; e, precisamente por isso, ela não é o ‘outro’ do Estado, mas - juntamente com a ‘sociedade política’ ou o ‘Estado-coerção’ - um dos seus inelimináveis momentos constitutivos” (COUTINHO, 2000, destaques do autor).

como infância, idoso, acidentes de trabalho, invalidez, entre outros.

Ao singularizar as mazelas sociais singularizaram-se os problemas, tanto é que durante muito tempo a pobreza foi vista como uma questão de caráter e de personalidade e não se pode dizer que essa visão tenha sido totalmente eliminada. Haja vista que na atualidade foram sendo desenvolvidos novos mecanismos para explicar o sucesso e insucesso dos indivíduos, por exemplo, expansão da literatura de auto-ajuda e a ênfase na competitividade e individualismo.

No âmbito dos agravos à saúde dos trabalhadores as análises individuais dos problemas tenderam ao longo dos tempos a culpar os indivíduos pelas ocorrências. Mas e hoje, as justificativas das doenças como susceptibilidade individual, não é um modo de culpar o indivíduo? Como se o trabalhador já carregasse o agente causador no seu corpo e, portanto, seria ele e não o processo e organização do trabalho a razão ou a causa do agravo?

Assim, objetiva-se neste capítulo explorar como foi desenvolvida historicamente a atenção e preocupação da sociedade e do Estado frente à saúde do trabalhador. Para que o intento de trazer à mostra a “lei do fenômeno” ou “essência” da “coisa em si” seja possível é necessário romper com a independência dos fatos que se apresentam na forma fenomênica ou na imagem que se põe à mostra. Então, não se trata de avaliar o conteúdo das falas, depoimentos que abriram este capítulo, mas de buscar entender o quê as orientam.

Reforça-se o já dito, na introdução deste estudo, que a empreitada deve ser a dialética materialista, o percurso histórico, a decomposição da realidade imediata. “A dialética não atinge o pensamento de fora para dentro, nem de imediato, nem tampouco constitui uma das suas qualidades; o conhecimento é que é a própria dialética em uma das suas formas. O conhecimento é a decomposição do todo” (KOSIK, 2002, p. 18).

Cabe então compreender a intervenção do Estado no âmbito da Questão Social, entendendo os agravos à saúde como uma das suas expressões, para assim desvendar a ideologia que integra os discursos da intervenção estatal por meio da política social e os modelos de atenção aos agravos. Para tanto de faz necessário desbravar o denso caminho “fechado” da política social que, geralmente, se põe a mostra como uma coisa pronta e acabada, mas, na realidade, é um construto social e a sua compreensão depende da desconstrução dessa imagem.

2.2 Preocupação com a saúde dos trabalhadores: antecedentes históricos

Miséria, doenças e mortes prematuras não eram desconhecidas antes de Cristo, nem nos 17 séculos seguintes que precederam Revolução Industrial. As guerras e as epidemias, sobretudo a peste, a varíola e cólera, costumavam deixar atrás de si um rastro largo e profundo de covas e vítimas em todas as camadas sociais. Não eram, também, incomuns os acidentes de trabalho nas escavações de minas, canais e túneis, na construção de pontes e monumentos e na navegação.

RIBEIRO, 1999, p. 21.

A história dos agravos à saúde dos trabalhadores não é linear, nem poderia ser na sua condição histórica, uma vez que os períodos não são estanques e são movidos por uma série de acontecimentos que envolvem a organização e desenvolvimento de determinada sociedade, abarcando o trabalho, o modo de produção, a cultura, a ciência, entre outros. Assim, o que Ribeiro (1999) diz é que os períodos históricos que precederam a Revolução Industrial não estavam imunes as doenças e acidentes relacionados ao trabalho, bem como aquelas de rápida transmissão e que afetaram a vida dos trabalhadores.

Apesar dessa historicidade verifica-se que foi a partir da expansão da acumulação do capital desencadeado pela indústria moderna assentada na maquinaria, na rigorosa divisão social do trabalho e nas relações sociais de compra e venda da força de trabalho “livre”, que os agravos à saúde ganharam nova dimensão, bem como aqueles decorrentes das condições de vida. Desse modo, parece que foi a partir de meados do século XIX que alguns estudos apontaram a relação do ambiente, da organização social e da produção com os problemas de saúde. Nesse período, se desenvolveu a Medicina Social e a Medicina do Trabalho, sendo esta última retomada adiante. Destaca-se que ao longo dos tempos foi sendo, gradativamente, estruturado o reconhecimento daqueles males provenientes do trabalho.

Mendes e Waissmann (2005, p. 5) fazem referências aos estudos hipocráticos (460-375 a. C) que, na antigüidade, reconheciam os riscos de algumas ocupações “Seus textos não se voltavam ao trabalho, não o tratavam como uma especificação, mas não se furtavam de perceber a associação entre certos elementos naturais ou não relacionados às ocupações e à patologia humana.” Os autores explanam acerca dos vários estudos que destacaram ao longo dos tempos a relação do trabalho com as doenças, mas, por hora, cita-se o estudo de Georgius Agricola (nome latino de Georg Bauer) e de Bernardino Ramazzini. O primeiro enfatizou a relação da mortalidade de grupos de trabalhadores, observando que “Trabalhadores de mineração subterrânea morrem mais (elevada mortalidade) e morrem antes (morte precoce)” (MENDES; WAISSMANN, 2005, p. 7) que os demais; também relacionou as condições de

trabalho com os sintomas e doenças dos mineiros como a chamada “asma dos mineiros”, que pela descrição, segundo Mendes e Waissmann (2005), tratava-se de silicose. Os autores explicam que Agrícola (1556) antes das descobertas científicas e dos esclarecimentos da ciência médica já fazia observações epidemiológicas.

O segundo, Bernardino Ramazzini, é biografado por Mendes e Waissmann (2005), considerado importante precursor da Medicina do Trabalho que longe da tecnologia médica, especialmente de exames laboratoriais e de imagem, realizou importante estudo e observação, inclusive no local de trabalho, bem como conversas com os trabalhadores (história ou *anamnese* ocupacional). Assim, categorizou problemas de saúde conforme a ocupação transcendendo a abordagem individual para a coletiva ou epidemiológica e o seu estudo é uma referência obrigatória para a compreensão dos agravos à saúde dos trabalhadores.

No século XIX, Engels (1985) denunciou as repercussões da exploração do trabalho, na sociedade capitalista, para a saúde e vida dos trabalhadores. A chamada Revolução Industrial, assim denominada por ter revolucionado os modos de produção, como discutido no primeiro capítulo, introduziu uma nova relação de trabalho marcada pela divisão social do trabalho e de classe dividida por aqueles têm posse privada de bens e por aqueles que não têm. Assim, o assalariamento (compra e venda da força de trabalho)⁴, dentre outros, impactou as relações sociais e o modo de vida dos pequenos artesãos e agricultores que migraram para a cidade (muitos foram expulsos)⁵ em busca de trabalho. Eles se aglomerando em cortiços, tornaram esses ambientes propícios para a propagação de doenças infecto-contagiosas e a conseqüente mortalidade.

As duras condições de vida e trabalho que os trabalhadores estavam submetidos podem ser visualizadas no estudo de Engels (1985, p. 187), o qual compara os efeitos das condições de trabalho, no período da Revolução industrial, a uma guerra. “Em Manchester,

⁴ “A condição de trabalhador assalariado tornou-se uma condição humana, sendo elemento compositivo da sua normalidade social. Entretanto, ao surgir, em sociedades agrárias de atividade manufatureira-industrial de forma incipiente, o trabalho assalariado possuía o estigma da escravidão, tendo em vista que os trabalhadores assalariados, vulgo proletários, a plebe andrajosa, eram não apenas despossuídos dos meios de produção, mas de quaisquer direitos de cidadania. Era uma ‘classe negativa’ cujo movimento social tendia a ‘negar’ a ordem burguesa” (ALVES, 2007b, p. 39).

⁵ Como se viu no capítulo anterior, o mercantilismo introduziu várias mudanças sociais, econômicas e políticas, como a divisão social do trabalho, a separação entre campo e cidade e a ascensão da burguesia. Martinelli (1995, p. 33) destaca que nesse período foi desenvolvida a força de trabalho assalariada (livre?), a qual contou com Leis que expulsavam os camponeses das terras, restando-lhes o trabalho assalariado como única alternativa de sobrevivência. “Expulsos da terra, os camponeses acabavam por se subordinar às exigências dos donos do capital, que protegidos pela legislação Tudor podiam recrutar mão-de-obra sob compulsão e denunciar às autoridades aqueles que recusassem o trabalho em virtude das suas condições ou exigüidade do salário legal.”

podem se ver, além de muitos aleijados, um grande número de mutilados; um perdeu todo o braço ou o antebraço, outro o pé, ainda outro a metade da perna, é como estar no meio de um exército que volta de uma batalha.”

Diante da possibilidade de supressão da mão de obra, Engels (1985) mostra que houve uma preocupação não necessariamente com a vida dos trabalhadores, mas sim com a manutenção da produção, o que abre espaço para a implantação de algumas medidas de proteção de quem trabalha, por exemplo, os fiscais de fábrica na Inglaterra.

Ao analisar os relatórios dos fiscais de fábrica, Engels (1985) descreveu o grande número de acidentes provocados por máquinas, o que causavam incapacidade total ou parcial para o trabalho, num período em que os trabalhadores ainda não contavam com nenhuma lei que obrigasse o empregador a arcar com os custos do tratamento, indenização, bem como nenhum sistema de cobertura social, a não ser a insuficiente Lei dos Pobres⁶, que submetia os trabalhadores a um processo de trabalho desumanizante, o qual descartava o trabalhador com mais facilidades, especialmente os inválidos, os quais eram jogados à própria sorte e as parcas ações de cunho caritativo e religioso.

É importante destacar que não apenas os acidentes chamam a atenção de Engels (1985, p. 185), mas também as doenças. “Há alguns ramos do trabalho industrial cujos efeitos são particularmente nocivos. Em numerosas oficinas de fiação de algodão e linho flutua poeiras de fibras suspensa no ar que provocam afecções pulmonares principalmente nas oficinas de cardar e pentear.”

Assim, o trabalho ceifou vidas como algo natural. A expectativa de vida não passava dos 50 anos. Contudo, como demonstra o autor, o operário não tinha escolha, senão aceitar qualquer trabalho, visto que dependia deste para a sua sobrevivência.

Os documentos de inspeção das fábricas e pareceres médicos, segundo Engels (1985), apontavam para a crueldade do sistema em se apropriar das forças subalternas, e essa crueldade se torna mais intensa no caso do uso do trabalho infantil⁷.

⁶ Martinelli (1995, p. 33) expõe que as legislações protegiam a burguesia e oprimia os trabalhadores. A Lei do Assentamento, de 1563, impedia os camponeses (trabalhadores) de se mudarem de aldeia sem a permissão do Senhor local, na realidade eram recrutados coercitivamente, especialmente aqueles que só dependiam da sua força de trabalho para sobreviver ou que em algum momento tivesse necessitado da assistência pública: “[...] a Lei dos Pobres, de 1597, declarava indigentes e retirava o direito de cidadania econômica daqueles que fossem atendidos pelo sistema de assistência pública.”

⁷ “Quanto menos habilidade e força física venham requerer o trabalho manual, isto é, quanto mais se desenvolve a indústria, tanto mais o trabalho dos homens é substituído pelo das mulheres. Diferenças de idade e de sexo não têm mais validade distintiva social para classe trabalhadora. São todos instrumentos de trabalho, mais ou menos caros, para serem usados, de acordo com sua idade e sexo” (MARX; ENGELS, 2000, p. 20).

Neste contexto, aponta-se o trabalho infantil como uma estratégia perversa para reduzir os custos da produção, uma vez que “[...] a terça parte ou a metade do salário do operário adulto era pago às crianças” (ENGELS, 1985, p. 184). Essa mão de obra se põe como extremamente rentável para quem a contrata e, especialmente, danoso, corporalmente e mentalmente, para os contratados: as crianças. O autor sublinha que o excesso de peso, o uso da força física, a má postura, a insuficiente alimentação e, além disso, das doenças que essas adquiriam, deformavam seus corpos, assim quando não morriam de cansaço morriam socialmente. O autor diz que esses pequenos estavam “[...] tão embrutecidos, tão estúpidos que afirmavam freqüentemente que eram bem tratados e viviam bem, quando trabalhavam catorze horas por dia, andavam andrajosos, não comiam o suficiente e batiam-lhes tanto que alguns dias depois ainda ressentiam” (ENGELS, 1985, p. 229).

Essas crianças oriundas de famílias pobres ou de instituições assistenciais eram alugadas para realizarem serviços industriais e eram “[...] quase sem exceção, doentias, pálidas, débeis, pequenas e mal constituídas sofrem quase todas de perturbações gástricas, vômitos, falta de apetite e grande número morre de cansaço” (ENGELS, 1985, p. 233).

A crueldade estava também em naturalizar o trabalho infantil como “ajuda” na renda familiar, que diante das péssimas condições de vida e dos baixos salários pagos aos adultos, o trabalho infantil acabava sendo uma alternativa valiosa de sobrevivência para os pais ou responsáveis.

É o uso do trabalho infantil no processo de extração da mais valia que sustentou a cultura de o trabalho infantil ter um caráter pedagógico, claro que apenas quando se trata dos mais pobres. A sua marca é a exploração que, reforçada pela desigualdade social, adquire um caráter de algo “natural”. Essa “naturalização” é ilustrada no filme “Ladrões de Bicicleta” de Vittorio De Sica (1948)⁸. Nesse filme o trabalho infantil aparece como algo natural, a criança, Bruno, se veste e se comporta como um adulto em miniatura, sem tempo para a escola, lazer e brincadeiras, atividades tão importantes para a infância. Nesse sentido, lembra-se a assertiva de Marx (2004, p.33), quando diz que o trabalho que deveria ser a objetivação do gênero humano adquire no sistema capitalista um caráter “corporalmente arruinante e moral e espiritualmente atrofiantes.”

O uso do trabalho infantil no processo de acumulação construiu uma cultura que se põe como um fenômeno educativo e esconde que a sua essência é a busca de lucros, ou seja, a exploração aparece revestida de um caráter pedagógico.

⁸ Ver importante análise feita por Alves (2008).

Esse fato não é uma especificidade da Revolução Industrial. A partir do processo de proletarianização (Alves 2007b), o sistema capitalista absorve crianças e adolescentes como força de trabalho, a qual custa menos e, portanto, oferece maiores condições de lucros. Assim, no Brasil, a doutrina de proteção integral do ser em desenvolvimento construída na década de 1980, representou um marco na proteção integral do ser em desenvolvimento, que em 1990, foi contemplada no Estatuto da Criança e Adolescente (BRASIL, 1990a). Então o trabalho infantil é proibido, e como tal o seu uso torna-se um crime. Mas antes mesmo que essa nova cultura “proteção integral” fosse colocada em prática, efetivamente, a competitividade capitalista global impôs o que vem sendo chamado de reestruturação produtiva que aliada, imbricada e extremamente atrelada à política de governo neoliberal provocou uma retração no desenvolvimento das políticas públicas, consideradas como as responsáveis pela dívida pública e atraso no desenvolvimento econômico. O caso do trabalho infantil é emblemático, uma vez que houve o seu controle no universo fabril e empresarial, contudo diante da flexibilização e terceirização da produção, o seu uso continuou corrente, especialmente no caso de trabalho informal e em domicílio. Outras formas, comumente, verificadas e sem maiores estranhamentos sociais é o trabalho de crianças como vendedor ambulantes, inclusive em lugares públicos e em horários noturno, como já evidenciado em trabalho anterior (LOURENÇO; BERTANI, 2007a).

Retornando a análise de Engels (1985), o descaso com as condições de vida e trabalho dos assalariados é exacerbado diante da possibilidade de fazer uso do “exército industrial de reserva”. Esse conceito é utilizado por Engels (1985, p. 103) para se referir a multidão de pessoas, considerada como a população excedente do mercado de trabalho. Portanto, o exército industrial de reserva eleva o quadro de miserabilidade e vulnerabilidade social, dificultando as discussões qualitativas do trabalho, pois diante das contingências socioeconômicas “[...] os seres humanos se apressam em maior número disputando o direito de sofrer” (MARX, 2004, p. 35).

Entretanto, os trabalhadores se organizam enquanto classe e passam a reivindicar os direitos trabalhistas. Desse modo, a luta pela redução da jornada de trabalho foi a pauta de reivindicação dos primeiros movimentos organizados por trabalhadores. Foi o direito ao tempo livre que mobilizou o desenvolvimento da consciência de classe para o enfrentamento da exploração do trabalho.

2.3 Vão-se os anéis e ficam os dedos

Essa organização dos proletários em uma classe e, conseqüentemente, em um partido político, está sendo perturbada continuamente, pela competição entre os próprios trabalhadores. Mas ela sempre se levanta outra vez, mais firme, mais poderosa. Ela força um reconhecimento legislativo dos interesses particulares dos trabalhadores, aproveitando-se das divisões no meio da própria burguesia. Assim foi aprovada na Inglaterra a Lei das Dez Horas.

MARX; ENGELS, 2000, p. 24.

Marx e Engels (2000), na epigrafe, referem-se às resistências coletivas dos trabalhadores no século XIX e como desdobramento a redução da carga horária de trabalho, embora esta tenha sido burlada pelos empregadores por um longo período.

O crescimento da riqueza foi paralelo ao da pobreza e em conseqüência das doenças sociais que pelo seu grau de transmissão não se prenderam a classe trabalhadora, obviamente que a atingiu em maior número, mas afetou também a classe proprietária. A venda da força de trabalho assentada na relação desigual expressa tanto nos baixos salários, quanto na exploração da intensidade dos ritmos e jornadas de trabalho expunham as famílias trabalhadoras às condições subumanas de existência. Devido a má alimentação, de residirem em precárias habitações e serem explorados ao máximo pelo trabalho passam, por um lado, a enfrentarem diversos problemas de saúde decorrentes de tais fatores. Contudo, por outro lado, se organizam, coletivamente, para buscar melhorias nas suas condições de vida e trabalho⁹. Assim, houve o enfrentamento pelas classes dominantes, incluindo aqui os proprietários (industriais e comerciais), as Instituições (Igreja, poder judiciários) e o Estado da Questão Social¹⁰.

Dessa forma, inicialmente, cabe esclarecer que a política social ganha legitimidade num contexto de correlação de forças entre a classe trabalhadora e empregadora.

⁹ “A designação desse pauperismo pela expressão “questão social” relaciona-se diretamente aos seus desdobramentos sócio-políticos. Mantivessem-se os pauperizados na condição cordata de vítimas do destino, revelassem eles a resignação que Comte considerava grande virtude cívica e a história subsequente haveria sido outra. Lamentavelmente para a ordem burguesa que se consolidava, os pauperizados não se conformaram com a sua situação: da primeira década até meados do século XIX, seu protesto tomou as mais diversas formas, da violência luddista à constituição das trade unions, configurando uma ameaça real às instituições sociais existentes. Foi a partir da perspectiva efetiva de uma eversão da ordem burguesa que o pauperismo designou-se como “questão social”” (NETTO, 2001a, p. 43).

¹⁰ “A questão social não é senão as expressões do processo de formação e desenvolvimento da classe operária e de seu ingresso no cenário político da sociedade, exigindo o seu reconhecimento como classe por parte do empresariado e do Estado. É a manifestação no cotidiano da vida social, da contradição entre proletariado e a burguesia, a qual passa a exigir outros tipos de intervenção, mais além da caridade e repressão. O Estado passa a intervir diretamente nas relações entre o empresariado e a classe trabalhadora, estabelecendo não só uma regulamentação jurídica do mercado de trabalho, através de legislação social e trabalhista específicas, mas gerindo a organização e prestação dos serviços sociais, como um novo tipo de enfrentamento da questão social” (IAMAMOTO; CARVALHO, 1990, p. 78).

Foi a organização política dos trabalhadores e os seus movimentos que exigiram profundas modificações do Estado, ou seja, foi preciso estabelecer alguns direitos para que a “ordem” fosse mantida e o capitalismo perdurasse.

Marx e Engels (1987) enfatizam o papel da realidade material na vida dos indivíduos e que o Estado e toda estrutura social subjaz ao processo de organização da vida em sociedade. Eles repudiam as explicações idealizadas, pois partem da realidade material, por isso afirmam que a sociedade civil é que faz o Estado, e esse é fruto das relações sociais estabelecidas, dos conflitos, das contradições sociais.

No caso, a sociedade civil teria se desenvolvido a partir da constituição da burguesia, do comércio e da indústria e para que essa possa se valer como nação aglutina seus interesses no Estado (MARX; ENGELS, 1987). Os autores criticam a visão filosófica que defende o Estado como acima do bem e do mal. Eles partem, portanto, da produção real dos acontecimentos conectados a realidade prática vinculada à situação da indústria, da agricultura, do comércio, do intercâmbio e das relações sociais estabelecidas e do Estado como produtos históricos e resultado da atividade de toda uma série de gerações. Esses autores explicam também a sobreposição dos interesses da classe dominante sobre as demais.

Coutinho (2006, p. 31) explica que em Gramsci o entendimento do pensamento político perpassa pela compreensão de sociedade civil, a qual é um momento do Estado e problematizando as afirmações de Bobbio explica que o conceito de sociedade civil em Gramsci não é diferente de Marx. Na realidade, Gramsci enriquece a teoria marxista acerca do Estado com novas determinações¹¹, mas “[...] a produção e a reprodução da vida material continuam a ser o fator ontologicamente primário na explicação da história.”

Para Coutinho (2006), o período histórico vivenciado por Antônio Gramsci é mais complexo que aquele que Marx vivenciou. A era vivida por Gramsci, como enfatiza Coutinho (2006), perpassa os grandes sindicatos com milhares de trabalhadores, os parlamentos eleitos por sufrágio cada vez mais ampliado, os jornais socialista, entre outros. Nesse período, reconhece-se a sociedade civil ao lado dos aparelhos da sociedade política, daí o conceito de Estado ampliado, o qual em Gramsci incorpora o “Estado no sentido restrito”, constituído dos mecanismos de coerção utilizados pela classe dominante para impor as suas vontades seja no uso do arsenal jurídico legal, ou seja, pelo aparato policial-militar, mantendo assim os seus interesses e a “sociedade civil” que congrega as instituições formadoras de cultura e hegemonias e também responsável pela sua difusão como: sistema escolar, igrejas, partidos

¹¹ “[...] Gramsci não nega as descobertas essenciais de Marx, mas as enriquece, amplia e concretiza, no quadro de uma plena aceitação criadora do método do materialismo histórico” (COUTINHO, 2006, p. 32).

políticos, sindicatos, associações profissionais, instituições de arte e cultura, de ensino e organização materiais da cultura (jornais, editoras, meios de comunicação etc.). Então o Estado ampliado em Gramsci inclui os mecanismos de coerção e de hegemonia, utilizadas para promover determinada base econômica.

Pois bem, os ideais da classe dominante plasmados na configuração do Estado implicaram ao longo da história em garantir os meios e estratégias necessárias a manutenção do poder, a preservação do patrimônio e da propriedade privada e as condições necessárias a sua expansão. Daí que em alguns momentos da história foi necessário permitir alguns ganhos à classe da trabalhadora, sempre que esta ameaçasse a perpetuação da ordem e sempre que fosse necessária a participação de uma maioria, sendo então a classe trabalhadora, muitas vezes, manipulada para a obtenção do consenso social.

Frisa-se que em relação às políticas sociais, embora, se reconheça a importância do papel desempenhado pela organização política dos trabalhadores e que frente a essa o Estado deu respostas estratégicas, conforme Netto (2001b, p. 33) explica, é preciso pensar que “[...] a dinâmica das políticas sociais está longe de esgotar-se numa tensão bipolar - segmentos da sociedade demandantes/Estado burguês no capitalismo monopolista”, uma vez que o processo social que deslança a política social compõem-se da riqueza das determinações sociais, políticas, econômicas e culturais, e segundo Behring e Boschetti (2007) têm raízes no movimento da ascensão da Revolução Industrial, na luta de classes e no desenvolvimento da intervenção estatal.

Martinelli (1995) em seu estudo explicita que os trabalhadores foram aos poucos desenvolvendo a identidade de classe, uma vez que a junção dos trabalhadores nos mesmos espaços físicos: fábricas ou bairros operários não significava, de imediato, a consciência da condição de operários, de iguais, mas aos poucos vai ocorrendo a sua organização política na construção de uma nova cultura contra-hegemônica à exploração¹².

Na trama desses acontecimentos parece que a Revolução Francesa, ao ter os seus princípios amplamente divulgados por meio da Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão¹³, serviu para a identidade de classe, solidariedade coletiva e para a busca de

¹² “[...] autoconsciência crítica significa, histórica e politicamente, criação de uma elite de intelectuais: uma massa humana não se ‘distingue’ e não se torna independente ‘por si’, sem organizar-se (em sentido lato); e não existe organização sem intelectuais, isto é sem organizadores e dirigentes, sem que o aspecto teórico da ligação teoria-prática se distinga concretamente em um estrato de pessoas ‘especializadas’ na elaboração conceitual e filosófica [...]” (GRAMSCI, 1966, p. 21).

¹³ Aprovada em Paris na histórica Assembléia Nacional de 26.08.1789 (MARTINELLI, 1995, p. 35).

associação política, apesar dos ideais dessa Revolução terem sido proclamados sobre os cadáveres dos trabalhadores e de serem utópicos no sistema capitalista (MARTINELLI,1995).

No século XVIII desenvolveram-se as bases para o capitalismo concorrencial e industrial e foi neste cenário que ocorreu a Revolução Francesa, extremamente importante para compreender a derrocada do Antigo Regime e a transição para o capitalismo e para a era contemporânea. Mas para ruir com o feudalismo a burguesia necessitou de apoio da maioria, os trabalhadores, e acabou, pois, por proclamar princípios universais como: liberdade, igualdade e fraternidade.

A respeito desses princípios Konder (2000) chama a atenção para a sua inocuidade, já que, dificilmente, podem se efetivar nesse sistema que tem a desigualdade como algo que lhe é intrínseco. Aliás, a respeito da igualdade, o autor diz que a desigualdade se põe em escala mundial e, na atualidade, pode ser representada pelos extremos: primeiro e terceiro mundos. O autor destaca ainda, dados que apontam a desigualdade crescente em escala mundial: “Em 1960, os 20% mais ricos tinham uma renda média trinta vezes maior que a dos 20% mais pobres, na população mundial”. Na década de 1990 a situação de agravou já que em 1997, “[...] os 20% mais ricos passaram a ter uma renda média 74 vezes maior que a dos 20% mais pobres” (COMPARATO, 2000 apud KONDER, 2000, p. 30) e frisa que “De 1994 a 1998, em apenas quatro anos os duzentos homens mais ricos do mundo mais do que duplicaram o patrimônio deles: passaram de cerca de 440 bilhões a mais de um trilhão de dólares.” Essa quantia, segundo o autor, representa valores acima “[...] do produto interno bruto de um conjunto de países pobres que englobam 41% da população mundial” (KONDER, 2000, p 30-31).

O discurso que nutre o conceito de igualdade no sistema capitalista relaciona-se a igualdade de oportunidades, a qual fica dependente do desempenho individual. Mas não se trata de igualdade de acesso a riqueza socialmente produzida. Daí que o sucesso ou insucesso dos indivíduos acaba sendo justificado como se fosse um problema de caráter, personalidade ou problema isolado, uma singularidade tratada de modo fragmentada pelas políticas sociais e serviços de saúde, assim as raízes dos problemas parecem fincadas nos indivíduos e não nas relações de produção e nas relações sociais de trabalho. Por isso, estabelece-se o consenso social para a organização, custeio e operacionalização das políticas sociais que passam a ser aceitas pelo sistema como medida paliativa de evitar o aviltamento das mazelas sociais e dos questionamentos daí decorrentes ou da cultura capitalista hegemônica.

No mesmo sentido, o conceito de liberdade largamente disseminado supõe que as pessoas sejam livres para fazerem as suas escolhas, mas como bem disse Marx (2003b) os

homens fazem escolhas sob determinadas circunstâncias, a vivência de determinado grau de liberdade depende das respectivas condições materiais. Em outras palavras, existem diferenças gritantes entre ricos e pobres e as condições de vida não são idênticas, portanto, as escolhas são feitas a partir de determinada realidade e as desigualdades não são problemas individuais, mas próprias ao sistema de acumulação.

No que diz respeito a organização política dos trabalhadores, pode-se dizer que esta foi se dando aos poucos e muitos foram os acontecimentos num amplo conjunto de circunstâncias que favoreceram o *devenir* histórico da identidade de classe.¹⁴

As condições aviltantes de trabalho e de vida não foram, passivamente, aceitas pelos trabalhadores, ao contrário, eles começam a se organizar e a resistir a exploração, mas, no primeiro momento, os trabalhadores se dirigiram aos instrumentos que consideravam opressores: a máquina, e não diretamente ao opressor¹⁵. Deriva destes acontecimentos o estabelecimento de leis que limitavam o uso das máquinas, mas como isso era um impediente para o avanço do capital a medida encontrada foi permitir o uso das máquinas e punir severamente os trabalhadores, agressores¹⁶. O movimento anárquico se expandiu e ficou conhecido como ludismo, em decorrência do nome de um de seus líderes, Willian Ludd. Esse movimento teria refluído na execução de dezoito líderes, em York, em 1813, porém, como explica Martinelli (1995) este movimento acabou por extrapolar as origens londrinas e contagiou trabalhadores do solo francês.

Martinelli (1995) expõe que ao se revoltar contra as máquinas e não contra o modo de exploração, o movimento dos trabalhadores denotou espontaneísmo e falta de princípios organizativos.

Esse debate deve sublinhar que o sistema capitalista implica em competição entre a própria classe proprietária, à medida que o desenvolvimento da ciência, da técnica e das inovações tecnológicas vai peneirando ou selecionando apenas aqueles com maior capacidade (material) de competição. Marx (2004) destaca que muitos empresários, pequenos comerciantes, industriários caem de classe todos os dias, tornam-se proletários devido a competição que há entre eles próprios.

¹⁴ A afirmação de que a “natureza humana” é o conjunto das relações sociais” é a resposta mais satisfatória porque inclui a idéia do *devenir*: o homem “devém”, transforma-se continuamente com as transformações das relações sociais; e também, porque nega o “homem em geral”: de fato, as relações sociais são expressas por diversos grupos de homens que se pressupõem uns aos outros, cuja unidade é dialética e não formal (GRAMSCI, 1966, p. 43).

¹⁵ “Eles destroem as mercadorias importadas que competem com o seu trabalho. Eles despedam máquinas. Eles incendiam fábricas. Buscam restaurar a força da condição operária da Idade Média que desapareceu. Nesse estágio os trabalhadores formam uma massa incoerente, espalhada pelo país todo e fracionada pela competição” (MARX; ENGELS, 2000, p. 21-22).

¹⁶ “Em 1769 o Parlamento Britânico promulgou um decreto estabelecendo a pena de morte como punição pela destruição das máquinas e fábricas” (MARTINELLI, 1995, p. 44-45).

Verifica-se que a ampliação da produção a partir do sistema de máquinas, divisão social do trabalho, desenvolvimento da técnica e do conhecimento foram substanciais para a consolidação do capitalismo industrial, que de 1850 a 1870 teve o seu período áureo. Assim, no século XIX, os trabalhadores começam a se associar em sindicatos, já na terceira década daquele século se aproxima das questões mais gerais, como o movimento traduzido pelo Cartismo, nome em alusão ao documento denominado Carta do Povo, para o qual a Associação Geral dos Trabalhadores de Londres, conseguiu mais de três milhões de assinaturas em apoio aos objetivos da Carta, que segundo Engels (1985, p. 257), se baseava no direito ao voto e nas deliberações que garantiam a possibilidade dos que não tinham posse para se candidatar, concorrer e assumir vagas no Parlamento.

O movimento cartista refluí em fins da década de 1840 com a crise financeira e comercial. Martinelli (1995) lembra que em agosto de 1842 os trabalhadores haviam realizado greve geral na Inglaterra o que teria estimulado a fixação da jornada de trabalho para dez horas em 1847. A princípio essa reivindicação estava reservada ao “*bill* das 10 horas¹⁷ e, também, a proibição do trabalho noturno, em determinadas áreas [...] e que em todas as fábricas os jovens menores de 18 anos deveriam trabalhar no máximo 12 horas por dia e 9 horas aos sábados [...]” (ENGELS, 1985, p. 192).

Na França, a marca da organização dos trabalhadores pode ser expressa na insurreição de junho de 1848¹⁸ que apesar dos trabalhadores terem sido massacrados pela burguesia que eles haviam colocado no poder, o medo do comunismo e da ascensão da classe trabalhadora pairou sobre a sociedade. Ainda no século XIX, especificamente em sua longa onda de Depressão – 1873-1896, os trabalhadores marcam a sua presença na história com derrotas e conquistas como a insurreição proletária de 18 de março de 1871 – a Comuna de Paris.

A partir das grandes mobilizações operárias e também do desenvolvimento do mercado houve a necessidade de mobilidade da mão de obra, daí que a Lei dos Pobres foi revista, pois, Martinelli (1995) lembra que até 1834 esta lei impunha a obrigatoriedade do

¹⁷ “No entanto os operários começaram a exigir um *bill* das 10 horas, quer dizer, uma lei que proibisse todos os menores de 18 anos de trabalhar mais de 10 horas” (ENGELS, 1985, p. 192).

¹⁸ Marx (2003b) discute a Revolução Francesa (de 24 de fevereiro de 1848 a dezembro de 1851) a partir de três períodos: o primeiro, de 24 de fevereiro de 1848, data da queda de Louis Philippe, da instalação da Assembléia Constituinte e do governo provisório, quando o proletariado proclamou a República Social, o qual, no segundo período, de 4 de maio de 1848 até fins de 4 de maio de 1849 (período de fundação da república burguesa), o ideal revolucionário foi reduzido aos interesses da burguesia, em vão o proletariado insurgiu, em 15 de maio de 1848 tentou dissolver a Assembléia Nacional sendo massacrado e afastado da cena pública. Em nome dos valores morais: família, religião e ordem mais de três mil trabalhadores insurretos foram massacrados e mais de 15 mil deportados sem julgamento, “em 23-26 de junho de 1848, esmagada com excepcional crueldade pela burguesia francesa. Esta insurreição foi a primeira grande guerra civil da história entre proletariado e a burguesia” e o período da República Constitucional ou da Assembléia Nacional Legislativa, (MARX, 2003b, p. 25).

trabalho aos pobres associando coerção, assistência e controle social¹⁹. Somente a partir dos movimentos organizados dos trabalhadores e do estabelecimento da grande indústria é que passa a ter como o imperativo a liberdade para o trabalho. “[...] *New Poor Law* (nova lei dos pobres), marcou o predomínio, no capitalismo, do primado liberal do trabalho como fonte única e exclusiva de renda, e relegou a já limitada assistência aos pobres ao domínio da filantropia” (BEHRING; BOSCHETTI, 2007, p. 50), antes os pobres eram segregados pela Igreja e a partir da mudança na *New Poor Law* o são pelo trabalho, *work house* (1834).

Desse modo, apesar da sociedade permanecer assentada nos moldes do capitalismo, a classe trabalhadora conseguiu conquistar alguns direitos. Behring e Boschetti (2007) ressaltam que até a Revolução Industrial o que existia em termos de política social eram ações restritivas que vinculavam assistência ao trabalho forçado. Foi, pois, a partir das reivindicações coletivas que geraram uma tensão e, em consequência, a necessidade do Estado Liberal implantar algumas leis que favoreceram a classe trabalhadora.²⁰

A partir da orientação do liberalismo econômico foram iniciadas algumas medidas, tímidas, de políticas sociais. Segundo Behring e Boschetti (2007) isso é contraditório, pois o Estado liberal a partir das teses defendidas pelos liberais, por exemplo, David Ricardo e Adam Smith tem o mercado “[...] como um mecanismo natural de regulação das relações sociais [...]”, recuperando a tese de Smith, Behring e Boschetti (2007, p. 59) frisam que: “[...] uma mão invisível – o mercado – leva os indivíduos a promover um fim que não fazia parte da sua intenção inicial.” Nessa concepção, o mercado é o regulador e não o Estado, assim, os indivíduos devem buscar a melhoria nas suas condições de vida e isso reverberaria no bem estar coletivo, haveria assim uma “seleção natural”, sendo que o Estado “mínimo” deveria oferecer algum tipo de assistência²¹ às crianças, inválidos ou deficientes que não conseguiriam vender a sua força de trabalho no mercado. Dessa maneira, as idéias liberais representavam a ruptura com a aristocracia e clero do Estado Absoluto.

Behring e Boschetti (2007, p. 61-62) fazem uma súmula das principais características do Estado Liberal quais sejam: o predomínio do individualismo, daí que os direitos civis (liberdade de ir e vir, adquirir e comercializar a propriedade) foram os primeiros a serem

¹⁹ As pessoas atendidas pela Lei dos Pobres (de 1597) eram confinados nas Casas de Correção, “[...] pois a pobreza era considerada geneticamente um problema de caráter, eram obrigados a realizar todo tipo de trabalho, independentemente de salário, uma vez que o atendimento pela Lei dos pobres implicava a destituição da cidadania econômica” (MARTINELLI, 1995, p. 56).

²⁰ Abre-se um parêntese para indicar que remonta a esse período a discussão entre humanistas e reformadores, no contexto da Revolução Industrial, que uniu setores da Igreja, burguesia e Estado na prática da assistência, dando origem ao Serviço Social. Ver Martinelli (1995).

²¹ Na realidade era uma espécie de vigilância, pois Behring e Boschetti (2007, p. 61), recuperando a tese foucaultiana referem-se a vigiar e punir.

implantados, a medida que estes eram necessários a cultura hegemônica de sociedade de classe; a liberdade e a competitividade entre os indivíduos são cultivadas em detrimento à igualdade; a miséria é vista a partir de uma visão moral; o Estado deve ser mínimo e atuar com parcialidade apenas no sentido de garantir a liberdade individual, a propriedade privada e assegurar o livre mercado. Assim políticas sociais são desnecessárias a medida que essas desestimulam os indivíduos ao trabalho e a competição. Então a miséria pode ser minorada pelas ações de caridade privada e o Estado se responsabilizaria apenas com o subsídio mínimo a aqueles sem condições de competirem no mercado de trabalho. Portanto, o Estado liberal²² não deveria interferir nas relações sociais de trabalho, mas criar as condições para o livre mercado.

Entretanto, diante do papel político protagonizado pelos operários, que acabou por representar avançado grau de ameaça à burguesia, visto que o caráter revolucionário de transformação da realidade arranhava o *status quo*, o Estado liberal deu início a algumas medidas sociais que antecederam o Estado Social. E foi como uma medida de controle social dos trabalhadores, que o Estado e a burguesia capitalista se uniram, pois, temiam a materialização do lema “Proletários de todo o mundo, uni-vos!” (MARX E ENGELS, 1981 apud MARTINELLI, 1995, p. 59).

Somam-se as reivindicações organizadas dos trabalhadores os problemas sociais, pois, o caráter antagônico do capitalismo, no início da era industrial, pode ser representado pelo desenvolvimento econômico desigual, no qual se tornava transparente o crescimento dos problemas sociais associados à fome, à miséria, à propagação de doenças, aos acidentes e doenças relacionadas ao trabalho, à morbidade e mortalidade, entre outros, o que impôs a necessidade do delineamento de algumas medidas de proteção social e de saúde. Data desta época, o nascimento da Medicina Social (GARCIA, 1985).

Neste período surgem também os primeiros modelos de seguro social²³. Behring e Boschetti (2007, p. 65) explicam que os trabalhadores já vinham organizando caixas de poupança e previdência para fins de custeio da organização dos trabalhadores, especialmente, em períodos de greve. “Essa forma de solidariedade de classe, contudo, foi amplamente desvirtuada na Alemanha, quando o governo do chanceler Otto Von Bismarck instituiu o primeiro seguro-saúde nacional obrigatório em 1883.” Para as autoras, o objetivo era

²² “Ao Estado cabia proteger o direito à vida, à liberdade individual os direitos de segurança e de propriedade” (BEHRING; BOSCHETTI, 2007, p. 63).

²³ “Modelo bismarckiano de seguro social. É o sistema implementado por Bismarck na Alemanha no final do século XIX que introduziu caixas estatais, em geral regionalizadas com controle central, de seguro saúde, de seguro velhice e de seguro acidente com contribuições compulsórias (contrariando a ideologia liberal de seguros voluntários) de empregados, patrões e subsídio do Estado. Os trabalhadores de mais baixa renda estavam isentos da contribuição” (FALEIROS, 2000, p. 44).

desmobilizar a organização da classe trabalhadora. A partir de Marshall (1967), Behring e Boschetti (2007) destacam que esse sistema se estruturava na ótica privada de seguro destinada a algumas categorias profissionais, não tinha caráter universalizante e no início do século XX se espalhou por vários países. Embora, apenas após a 2ª Guerra Mundial tenham sido implantadas políticas sociais que caracterizaram o *Welfare State*.

No mais, as ações ainda seguiam o binômio “assistência-repressão” e no âmbito dos danos à saúde provocados pelo trabalho, complexificado e agravado com a Revolução Industrial²⁴, percebidos e estudados por Ramazzini (1700) e denunciado por Engels (1985), vai receber uma resposta de novo tipo ofertada pela MT.

Contemporânea a Revolução Industrial, a MT efetivada a partir do exercício médico no interior das fábricas, visava, segundo Minayo-Gomes e Thedim-Costa (1997), detectar os danos à saúde e recuperar o trabalhador para o seu retorno, o mais breve possível, à linha de produção. O médico era uma espécie de braço do empresário.

Mendes e Dias (1991) relembram que a MT surgiu em 1830, na Inglaterra, a propósito da idéia do Dr. Roberto Baker, quando questionado pelo seu cliente, Robert Derham, sobre o que fazer quanto a saúde dos seus operários, em resposta ele propõe:

Coloque no interior de sua fábrica o seu próprio médico, que servirá de intermediário entre você, os seus trabalhadores e o público. Deixe-o visitar a fábrica, sala por sala, sempre que existam pessoas trabalhando, de maneira que ele possa verificar o efeito do trabalho sobre as pessoas. E se ele verificar que qualquer dos trabalhadores está sofrendo influência de causas que possam ser prevenidas, a ele competirá fazer tal prevenção. Dessa forma poderá dizer: meu médico é minha defesa, pois a ele dei toda a minha autoridade no que diz respeito à proteção da saúde e das condições físicas dos meus operários; se algum deles vier a sofrer qualquer alteração da saúde, o médico unicamente é que deve ser responsabilizado, (MENDES; DIAS, 1991).

Dessa forma, tal idéia foi colocada em prática e a partir desta experiência foi sendo estruturada a MT. Mendes e Dias (1991) apontam que as principais características dos serviços de MT eram a relação de confiança entre o empregador e o profissional médico responsável exclusivo pela saúde dos trabalhadores, a limitada compreensão dos problemas no ambiente de trabalho e da prática de adaptar o trabalhador ao trabalho, inclusive favorecendo ao desenvolvimento de técnicas de análises de admissão de trabalhadores, conforme a sua capacidade produtiva.

²⁴ Sobre esse assunto, a título de ilustração, ver o filme “DAENS – UM GRITO DE JUSTIÇA”. Também o livro *Germinal* (ZOLA, 1996), os quais sublinham a dureza das condições de trabalho desse período e também a incipiente organização dos trabalhadores. O filme refere-se ao trabalho em tecelagens e o livro em minas de Montsou.

Lacaz (1996) discorre que esse modelo privilegia o diagnóstico e tratamento de natureza orgânica e o trabalhador acidentado ou adoecido é tomado como objeto da ação e não como sujeito, uma visão mecanicista que ignora os determinantes sociais do processo de trabalho no desencadeamento dos agravos à saúde de seus produtores.

Assim, a configuração da complexa questão social, que em uma das suas faces trazia a denúncia do antagonismo do sistema capitalista marcado pelo pauperismo generalizado e pelos problemas sociais e de saúde provenientes da contradição capital/trabalho, e revelados nas condições de habitação, alimentação, renda e, sobretudo, trabalho e, de outro lado, o desenvolvimento da consciência política da classe trabalhadora gerou, no final do século XIX, o início das políticas sociais.

Após retroceder, a Revolução Industrial para explicitar o movimento dos trabalhadores na luta pela melhoria das suas condições de vida e trabalho e em consequência o início das ações do Estado, no caso, sob as orientações liberais e inclusive a constituição da MT é importante buscar apreender como tudo isso ocorreu no contexto brasileiro. Questiona-se como se desenvolveram no Brasil, as ações que precederam a política de saúde do trabalhador no SUS?

2.4 Política social no contexto brasileiro

As condições de trabalho eram duríssimas: muitas estruturas que abrigavam as máquinas não haviam sido originalmente destinadas a essa finalidade: além de mal iluminadas e mal ventiladas, não dispunham de instalações sanitárias. As máquinas se amontoavam ao lado umas das outras e suas correias e engrenagens giravam sem proteção alguma. Os acidentes se amiudavam porque os trabalhadores cansados, que trabalhavam, às vezes, além do horário sem aumento de salário ou trabalhavam aos domingos, eram multados por indolência ou erros cometidos, se fossem adultos, ou surrados se fossem crianças. Em 1917, uma pessoa que visitou uma fábrica na Moóca, na Capital, ouviu operários de doze e treze anos, da turma da noite, que se queixavam de ser freqüentemente espancados e mostraram, como prova do que diziam, as equimoses e ferimentos que traziam. As fotografias ocasionais do revezamento de turmas numa outra fábrica nos exibem uma horda de espectros descarnados e andrajosos, apinhados à saída, precedidos de crianças descalças e raquíticas, com rostos inexpressivos voltados para a câmara ou para o chão.

DEAN, 1971 apud ROCHA E NUNES, 1993a, p. 89.

A origem das medidas de políticas públicas, no Brasil, segue os preceitos da luta dos trabalhadores e do estabelecimento de políticas em voga em outros países, porém de

forma especialmente lenta, como se pode observar na (longa) citação que abre este tópico. Ou seja, essa passagem acerca das condições de trabalho em indústrias em São Paulo, nas primeiras décadas do século XX, revela as agruras vivenciadas pelos trabalhadores, inclusive crianças. Como retrata, não sofriam apenas com a exploração, mas, sobretudo, com a violência. Daí que os movimentos de trabalhadores tomam como pauta de reivindicação a regulamentação do trabalho da mulher e da criança e o rebaixamento da carga horária de trabalho para 8 horas.

Parece que os acidentes de trabalho e suas seqüelas também eram foco de preocupação dos trabalhadores. Já na primeira década do século XX, eles se organizaram e realizaram greves e paralisações, bem como Congressos²⁵. Com efeito, sensibilizaram alguns parlamentares, os quais encaminharam projetos prevendo alguns direitos trabalhistas, porém antes da década de 1920 não houve intervenção do Estado nas relações sociais de trabalho.

Se até o início do século XX a economia brasileira estava baseada na agro-exportação, a partir da década de 1930, a indústria vai cada vez mais conquistar o seu espaço e torna-se fértil para as políticas sociais públicas, frutos de reivindicações da classe trabalhadora industrial e urbana.

Deve-se dizer que data de 1929 a crise econômica internacional do sistema capitalista, sendo que a estratégia para a sua superação foi a maior intervenção estatal, na consolidação do padrão defendido por Jhon Manaydes Keynes²⁶. Outros acontecimentos também somaram esforços para que o Estado brasileiro garantisse direitos aos trabalhadores, como por exemplo, a revolução socialista na Rússia, ocorrida em 1917, e a sua influência para o movimento operário brasileiro, que neste período realizou greve geral²⁷. Além disso, os efeitos da 1ª Guerra Mundial e a conseqüente escassez de mão-de-obra questionaram a legitimidade do sistema capitalista. Há de se pensar também que a formação industrial estava associada a produção em massa, modelo de produção fordista-taylorista, o que acabou por

²⁵ Rocha e Nunes (1993) destacam a realização dos 1º e 2º Congresso Operário Brasileiro (COB), realizados em 1906 e 1908, respectivamente, nos quais foram discutidos os acidentes de trabalho, o trabalho do menor e a necessidade da proibição até a idade de 14 anos.

²⁶ “O Estado, diga-se, o fundo público, na perspectiva Keynesiana, passa a ter um papel ativo na administração macroeconômica, ou seja, na produção e regulação das relações econômicas e sociais. Nesta perspectiva, o bem-estar ainda deve ser buscado individualmente no mercado, mas se aceitam intervenções do Estado em áreas econômicas, para garantir a produção, e na área social, sobretudo para as pessoas consideradas incapazes para o trabalho: idoso, deficientes e crianças. Nessa intervenção global, cabe, portanto, o incremento das políticas sociais” (BEHRING; BOSCHETTI, 2007, p. 86).

²⁷ O início do sistema previdenciário brasileiro data de 1923 e a criação da primeira Lei de Acidentes de Trabalho, de 1919. Ribeiro e Lacaz (1984, p. 151-152) apontam influências externas como o fim da I Guerra Mundial, a criação da Organização Internacional do Trabalho (OIT), os modelos previdenciários europeus e, no âmbito interno, as reivindicações da classe operária, a greve geral de 1917 e as estratégias do governo para conter e combater a organização dos trabalhadores.

oferecer ao coletivo dos trabalhadores maior poder de reivindicação quanto aos direitos sociais e trabalhistas, que se consolidaram no pós-2ª Guerra Mundial.

É importante destacar que no âmbito dos acidentes e doenças relacionadas ao trabalho, a primeira Lei²⁸, de 1919, era de caráter privado, como já pontuado esta ocorreu num contexto de reivindicações de trabalhadores brasileiros e de acontecimentos internacionais. Hennington (1996) sublinha que em 1919 houve a assinatura do Tratado de Versalhes, no final da 1ª Guerra Mundial (1914-1918), e a criação da Organização Internacional do Trabalho (OIT), portanto, no contexto internacional haviam sido criadas as condições para uma ampla discussão sobre os problemas referentes ao trabalho e consagrado a perspectiva de alguns direitos ao trabalho e previdenciário.

O período de 1930 é marcado pela regulamentação das relações de trabalho, com vistas à maximizar a acumulação e minimizar os conflitos sociais, iniciou-se, no primeiro governo de Vargas, a regulação do contrato registrado em Carteira de Trabalho²⁹. Coutinho (1992) expõe que a partir de 1930 houve uma reorganização do bloco no poder que incorporou parcelas do setor industrial e de tenentes à burguesia agrária e realizou uma transformação de cima para baixo. Porém, como enfatiza o autor, mesmo as mudanças feitas pelo alto são realizadas em decorrência da pressão de baixo, ou seja, até 1930 a classe operária vinha se organizando, o que Coutinho (1992, p. 116) denominou de “[...] embriões da sociedade civil, que se baseiam na auto-organização da classe operária: Sindicatos, primeiros partidos, imprensa operária [...]”. Estes realizaram vários movimentos que antecederam aquele período e exerceram certa pressão para que a classe dominante se antecipasse e introduzisse “[...] transformações favoráveis aos interesses das classes dominantes, mas que também correspondem, de certo modo, às demandas feitas pelas classes populares” (COUTINHO, 1992, p. 116). A sociedade civil no sentido gramsciano é um espaço contraditório e de confronto de interesses, e que pressiona o Estado a assumir determinadas demandas para preservar o sistema capitalista e sua imagem e hegemonia ou para questioná-lo.

²⁸ “Essa Lei de 15/01/1919 beneficiava exclusivamente o ‘operário’ e obrigava o ‘patrão’ a pagar a indenização de acidente conforme a sua gravidade. Em caso de incapacidade total e permanente, ou morte, esta indenização correspondia a três anos de salário da vítima. Todas as despesas corriam por conta do ‘patrão’, incluindo as médico-hospitalares e farmacêuticas” (RIBEIRO; LACAZ, 1984, p. 25, destaques do autor).

²⁹ “[...] duas medidas estratégicas tomadas pelo governo revolucionário de Vargas. Primeiro, a criação, em 04 de fevereiro de 1931 (Decreto nº. 19.667), do **Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio**, ao qual seriam providos meios materiais e humanos para a execução e fiscalização da legislação trabalhista e Previdenciária. Em segundo lugar, a criação da **Carteira Profissional** obrigatória para os trabalhadores urbanos, pelo Decreto nº. 21.175, de 21 de março de 1932, sucessivamente regulamentados pelos Decretos nº. 21.580 (29 de junho de 1932) e nº. 22.035 (29 de outubro de 1935)” (SANTOS, 1987, p. 27, grifo nosso). Abre-se um parêntese para sublinhar que neste período foram iniciadas as bases para o Serviço Social brasileiro, ver Martinelli (1995) e Iamamoto e Carvalho (1990).

É importante dizer que em relação à saúde, antes de 1930³⁰, o Estado pressionado pelos surtos epidêmicos (varíola, febre amarela, malária e tuberculose) os quais eram empecilhos para a economia e para a circulação das mercadorias, uma vez que afetava a imagem externa, já que os portos eram focos de propagação dessas doenças, além disso, dizimava a força de trabalho e atingia o processo migratório, implantou algumas medidas de saúde pública. Foi iniciada, de forma autoritária a vacinação em massa e também foram criados os institutos de pesquisas, além da assistência médica a partir do início do sistema previdenciário³¹.

A lógica da política do governo brasileiro, trabalhista e populista – Getúlio Vargas – (1930-1945 e 1950-1954) buscou garantir a produção e simultaneamente controlar as greves e os movimentos operários. Para isso foi necessário implantar a política social, a qual seguiu a formatação de concessão e não de direito³². Tratava-se de promover uma política conciliatória, eliminando a exacerbação dos conflitos de classes. Daí que os trabalhadores rurais³³, empregadas domésticas, autônomos e aqueles com idade superior a 70 anos, pelo baixo nível de organização social e política foram excluídos do Sistema de Seguridade Social, recém implantado.

Vale dizer que Nunes e Rocha (1993a) destacam que os trabalhadores rurais estavam excluídos das políticas sociais em decorrência da forma como estavam organizadas as relações sociais de trabalho no campo, onde prevaleciam os interesses privados da aristocracia rural e, além disso, os movimentos rurais (Contestado, Canudos) foram

³⁰ Rocha e Nunes (1993) destacam que a esperança de vida ao nascer no período pré-1930 era de 33,9 anos.

³¹ “O surgimento da Previdência Social no Brasil está vinculado à Lei Eloy Chaves (Decreto nº. 4682, de 24/01/23), que criou a Caixa de Aposentadoria e Pensões (CAP) para uma empresa de estrada de ferro. A promulgação dessa Lei correspondeu a uma antiga reivindicação dos trabalhadores que, nos momentos de doença, não recebiam nenhum pagamento” (ROCHA; NUNES, 1993a, p. 92). Posteriormente, as CAP foram estendidas aos ferroviários, marítimos e portuários.

³² Coutinho (1992) explica que as classes dominantes que em Gramsci é aquela que é dirigente e consegue estabelecer o consenso social em torno do seu projeto, ainda não consegue estabelecer a condição de dirigente no Brasil antes do regime militar, mas consegue cooptar segmentos importantes da sociedade ao projeto de acumulação do capital que a partir do ideário desenvolvimentista aparece como um projeto da nação, revestido na relação capital e trabalho. “Quer dizer, todos sabem que o início da política social sistemática através do Estado é feita depois de 1930, particularmente no Estado Novo, com a CLT, com várias Leis Trabalhistas que são ‘concedidas’, mas o são, na realidade de tal maneira que corresponde às demandas da classe trabalhadora, mas ao mesmo tempo são instrumentos de quebrar com a autonomia da classe trabalhadora e de incorporá-la, através dos sindicatos corporativos (os que existiam) ao aparelho de Estado. Quer dizer transformar os sindicatos, não em organismos da sociedade civil, mas em aparelhos diretamente ligados ao Estado. Então o ônus que a classe trabalhadora pagou foi muito alto, [...]” (COUTINHO, 1992, p. 117).

³³ “[...] permaneceu até 1963 destituído de qualquer direito trabalhista. Só tinham direitos trabalhistas os trabalhadores da cidade mesmo assim aqueles que tinham carteira de trabalho assinada” (COUTINHO, 1992, p. 117).

duramente reprimidos pelo exército, sendo que suas reivindicações se dirigiam mais ao direito à terra que aos benefícios previdenciários.

Getúlio Vargas fomentou o desenvolvimento da indústria privada e estatal e investiu nas instituições de políticas sociais e previdenciária, sendo essa última usada como “capitalização” de recursos econômicos com vistas a financiar o desenvolvimento da indústria³⁴. Em seu governo estruturou-se a legislação trabalhista e o sistema de previdência social que, por meio dos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAP), os quais absorveram as Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAP), criados na década de 1920, atendeu às categorias de trabalhadores mais organizadas, e serviu para financiar a indústria nacional (CONH; ELIAS, 1996). Tratava-se de um modelo que fragmentava os trabalhadores, conforme a sua capacidade organizativa e contributiva. Assim, os direitos trabalhistas, previdenciários, sindicais e de saúde estavam vinculados à condição de trabalhador contribuinte da Previdência e com Carteira de Trabalho registrada, o que Santos (1987) denominou de cidadania regulada. Nunes e Rocha (1993a) sublinham que a concessão de benefícios estava atrelada a capacidade de reivindicação de cada categoria, assim cada Instituto redistribuía os benefícios, conforme a capacidade de organização, então o critério era político e não técnico.

Neste período, a política social teve uma relação intrínseca com o trabalho, o Estado combinou o processo de industrialização com a integração social pelos benefícios e controle da organização política, como se pode observar no discurso de Lindolfo Collor, ministro do trabalho, amigo e colaborador de Vargas, reproduzido no estudo de Faleiros (1992, p. 99, destaques do autor): “É tempo já de substituímos o velho e negativo conceito de ‘luta de classes’ pelo conceito novo, construtor e orgânico, de ‘colaboração de classes’”, o que significou mudança da estrutura sindical vinculada e controlada pelo Ministério do Trabalho.

Então outra característica das políticas públicas estabelecidas pelo governo do “pai dos pobres”³⁵ foi o corporativismo acompanhado da repressão. “As organizações sindicais dos trabalhadores são transformadas pela política corporativista em órgãos oficiais e semi-oficiais, com o seu controle exercido de cima para baixo pelo Ministério do Trabalho” (FALEIROS, 1992, p. 92). Além disso, a “colaboração de classes” foi intensificada pelo Decreto que estabeleceu um sindicato único de empregador e trabalhador por município e sob o auspício do Ministério do Trabalho “[...] o líder sindical passa a ter a função de amortecer

³⁴ “A Previdência Social financiou as indústrias nacionais siderúrgicas, de celulose, energia elétrica e o crédito agrícola em áreas estratégicas para a economia do período. Além disso, o regulamento da maioria dos IAPs previa também a concessão de empréstimos diretamente a empresários privados (em geral do setor de atividades a que estava orientado o Instituto)” (NUNES; ROCHA, 1993a, p. 102).

³⁵ Epíteto atribuído a Getúlio Vargas.

os choques entre patrões e operários, e por isso é chamado de *pelego*” (FALEIROS, 1992, p. 100).

Os Sindicatos perdem a função reivindicativa para assumirem a colaboracionista, por meio da prestação de “[...] assistência médica, jurídica e cultural aos seus membros”, (FALEIROS, 1992, p. 100). Os trabalhadores foram impedidos de realizar mobilizações e reivindicações. Nunes e Rocha (1993a) destacam o “clientelismo” entre Sindicato e Previdência Social. Como a Previdência estava organizada por categorias, os sindicatos com vistas a conseguir benefícios para os seus trabalhadores (internações, assistência a saúde) vinculam-se a esta por meio de troca de “favores” alimentando a relação “clientelista” de longo predomínio nas políticas públicas brasileiras.

Nunes e Rocha (1993a) destacam que houve resistências por parte dos trabalhadores (representados pelos movimentos: anárquico e comunista) que não aceitaram as mudanças impostas em relação à organização sindical, assim constituem a Aliança Libertadora Nacional (ALN), mas esta e vários sindicatos foram dissolvidos sobre dura reação militar. Em 1940 cria-se o imposto sindical³⁶, considerado alicerce necessário para o papel assistencialista do Sindicato.

Esse período é marcado pelo pronunciamento do discurso de colaboração entre as classes, no qual o Estado aparece como o “bonzinho” que concede benefícios e esconde-se por detrás desse viés o papel de mediador de conflitos entre as classes, em especial a intenção de diluir ou dissolver as reivindicações dos trabalhadores e a sua possível investida na tomada do poder político. Ou seja, no modo como as políticas sociais foram sendo implantadas, não trazia a superfície os determinantes sociais geradores da pobreza, essa não aparece como frutos da exploração do trabalho na sociedade capitalista. Assim, mantém os interesses da propriedade privada e a dependência da “ajuda” aos mais “fracos”, “pobres”, “coitados” e, outros termos, comumente usados para explicitar a situação de inclusão nas políticas públicas.

Quanto à saúde do trabalhador, Lacaz (1996) explica que na década de 1920, a fábrica foi entendida como espaço para atuação da saúde pública, a partir da visão higienista, na década de 1930, este papel é transferido para o Ministério do Trabalho Indústria e Comércio, quando são nomeados os primeiros inspetores-médicos do trabalho.

Segundo Mendes e Waissmann (2005), o paradigma que norteava as ações desses inspetores baseava-se no modelo francês de Inspeção Médica do Trabalho, bem como nas

³⁶ “O imposto sindical foi criado pelo decreto-lei 2.377 de 08/7/40, correspondendo ao recolhimento de um dia de trabalho anual de todos aqueles trabalhadores que participarem da atividade econômica em favor do sindicato reconhecido oficialmente [pelo Estado] como representante da categoria” (NUNES; ROCHA, 1993a, p. 104, grifo nosso).

normas internacionais do Trabalho. Os autores apontam que, na década de 1940, foram desenvolvidos vários relatórios, estudos e informes importantes para a “[...] patologia respiratória ocupacional – em especial as pneumoconioses” (MENDES; WAISSMANN, 2005, p. 24), buscaram sistematizar e identificar problemas de saúde prioritários, por meio de inquéritos preliminares, desvelando riscos ocupacionais³⁷.

Lacaz (1996) destaca estudos, deste período, que procuraram apreender a variabilidade da constituição física e psicológica e sua relação com os acidentes de trabalho, os quais passaram a ser vistos dentro da doutrina da interferência da “susceptibilidade individual”.

Este paradigma associado aos pressupostos da organização científica do trabalho norteou as ações da MT e, posteriormente, da SO, ambas vinculadas diretamente ao poder econômico trataram de assegurar maior produtividade e para isto seguiu a vertente de “[...] seleção da força de trabalho e seu acompanhamento no trabalho, para controlar o ‘factor humano’ na causação dos acidentes e doenças relacionadas ao trabalho, que subvertem a ordem proclamada pela recém-introduzida organização científica” (LACAZ, 1996, p. 14, destaque do autor).

Nesta linha, conforme discute Lacaz (1996, p. 16, grifo do autor), desenvolveu-se a idéia de “infortúnio”, ou seja, as condições e organização do trabalho são desconsideradas e os acidentes de trabalho foram compreendidos a partir da idéia de fatalidade, de infelicidade, de falta de sorte e de riscos próprio de cada atividade profissional, “[...] tais noções **naturalizam** a ocorrência dos agravos à saúde no trabalho, aliando a **fatalidade** da **propensão** individual aos acidentes, com a do trabalho como algo inevitavelmente nocivo à saúde.”

Dessa maneira, a compreensão dos acidentes e doenças relacionadas ao trabalho e a sua prevenção, parte por um lado pela “infortunistica”, como um campo da Medicina Legal e mais no sentido securitário e por outro pela visão “higienística”, corrente que marcou a saúde pública e que na década de 1930 é deslocada para o interior das fábricas (LACAZ, 1996, p. 17).

No que tange a legislação dos acidentes de trabalho, posterior à Revolução de 1930, num contexto de crescimento industrial, segundo Ribeiro e Lacaz (1984, p. 26, destaque do autor), esta buscou abranger um contingente maior de trabalhadores e empregadores, além

³⁷ Parece que na década de 1940, quando já haviam sido implantadas as medidas de política social e infraestrutura urbana refletiu em melhora das condições de vida, de um modo geral representadas pelo aumento da expectativa de vida ao nascer que em 1940 era de 42,2 anos, como mostram Nunes e Rocha (1993a).

disso, ampliou “[...] o conceito de acidentes de trabalho, incluindo entre esses ‘qualquer doença produzida pelo exercício do trabalho ou em consequência dele’.” Foi criado também o adicional de insalubridade³⁸.

Por outro lado, Faleiros (1992) pontua que a política de indenização presente na Lei de 1919 permaneceu. Além disso, os trabalhadores não eram atendidos de modo universal e os acidentes quando comunicados se faziam à autoridade policial, ficando propensos aos “acordos” propostos pela empresas. “Neste caso o trabalhador encontra-se em posição desfavorável, pois necessita de dinheiro para a sobrevivência e por seu isolamento aceita imposições descabidas” (FALEIROS, 1992, p. 95).

A teoria do risco profissional norteou os textos legais (Lacaz, 1996). Em 10 de novembro de 1944, foi publicado um novo Decreto-Lei nº. 7.036, que segundo Ribeiro e Lacaz (1984, p. 26), ampliou a população atendida e a responsabilidade do empregador para com a vida e saúde de seus empregados, inclusive fora do local de trabalho se o trabalhador estiver a serviço da mesma. Para estes autores, esta Lei é considerada como a mais avançada até o período em questão devido a abrangência de cobertura de todas as categorias profissionais, a introdução do conceito de “concausa”, a relação de causa e efeito nos acidentes e doenças profissionais, o aumento nas indenizações e dos direitos sociais, a gratuidade dos processos judiciais, a criação das Comissões Internas de Prevenção de Acidentes de Trabalho (CIPA) e, dentre outros, a estatização do seguro acidentes de trabalho.

Ampliam-se as condições para a estatização do seguro acidentes de trabalho e criam restrições para o funcionamento de novas companhias de seguro. Faleiros (1992, p. 125) aponta as contradições da política de conciliação e de compromisso com os setores de maior domínio econômico, por um lado o governo Vargas reduziu as autorizações para novas companhias de seguro relativas aos acidentes de trabalho; e por outro, conforme “[...] um compromisso com a oligarquia agroexportadora, limita o alcance da lei aos assalariados sem jamais estendê-la efetivamente aos trabalhadores rurais.”

Já na década de 1940, houve a Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), em 1943, a qual garantiu a regulação estatal no processo de acumulação representando, segundo Santos (1987, p. 31), uma política social do governo ligada à política de acumulação que conciliava “[...] uma política de acumulação que não exacerbasse as iniquidades sociais, a ponto de torná-las ameaçadoras, e uma política voltada para o ideal da iniquidade que não

³⁸ “O adicional de insalubridade (A.I.) foi criado a partir do Decreto-lei nº 399, de 30/04/38, que implantou o salário mínimo, sendo por isto vinculado em termos de salário mínimo: 10% (A.I. mínimo), 20% (A.I. médio) e 40% (A.I. máximo). Este Decreto-lei determinou a elaboração de quadro das indústrias insalubres” (NUNES; ROCHA, 1993a, p. 105).

comprometesse, e se possível ajustasse, o esforço da acumulação.” Nunes e Rocha (1993a) destacam o capítulo V da CLT, o qual congrega as orientações e normas para a inspeção nos ambientes de trabalho, a formação das CIPAS, a constituição dos serviços médicos, entre outros, os autores explicam que este capítulo foi a base para as Normas Regulamentadoras de Segurança e Medicina do Trabalho, estabelecidas na década de 1970.

No âmbito econômico, a política pautava-se pela substituição de importações, pela criação da indústria de base nacional, o que significou apoio à pesquisa científica e às conseqüentes Instituições.

Como explicitado no primeiro capítulo, a formação profissional e técnica foi viabilizada por meio do sistema “S” (SENAI-SESI), o qual promoveu o discurso da qualificação profissional e da colaboração entre as classes. Weinstein (2000) ao discutir a criação do SESI³⁹, diz que apesar do objetivo declarado ser o bem-estar dos trabalhadores, sua função ideológica visava combater a pobreza e atingir o comunismo, apelando para as morais e “tradições cristãs”.

Maeno e Carmo (2005) expõem que o SESI, instituição do emergente patronal industrial, contou com protagonistas na organização e desenvolvimento de ações de saúde na sua relação com o trabalho, como o caso do professor e médico sanitarista Bernardo Bedrikow, um dos homenageados pelos autores, considerado um precursor da saúde ocupacional e reconhecido pelo cuidado, pelo compromisso e pela dedicação iniciados, na década de 1950, até os dias atuais.

O SESI e também a Associação Brasileira de Prevenção de Acidentes (ABPA) e os serviços médicos no âmbito fabril, segundo Lacaz (1996, p. 34), tiveram influência do modelo de Higiene Industrial americano difundido por meio do SESP⁴⁰ e do intercâmbio com “[...] as escolas de Saúde Pública dos EEUU, dentro do projeto de cooperação técnico-científica com as Fundações Rockefeller e Ford [...]”. O autor destaca também a criação da Subdivisão de Higiene e Segurança Industrial do SESI (Divisão Regional de São Paulo) que na década de 1950 deu origem ao Ambulatório de Doenças Profissionais, o qual desenvolveu significativa atuação até os anos de 1980, com importante contribuição a partir de estudos e informações sistemáticas acerca da relação trabalho, saúde e doença.

³⁹ Decreto Lei nº. 9.406, promulgado por Dutra, em 25 de junho de 1946, expõe que o financiamento de SESI seria a partir da contribuição de 2% da folha de pagamento, das empresas industriais (WEINSTEIN, 2000, p. 132).

⁴⁰ “Um exemplo da articulação entre as ações do Estado em relação à saúde e o contexto econômico é a criação do Serviço Especial de Saúde Pública em 1942, em convênio com organizações do governo americano, para garantir o controle da malária e febre amarela na região da Amazônia, onde se produzia a borracha usada durante a Segunda Guerra Mundial” (NUNES; ROCHA, 1993a, p. 99).

Somam-se a esses a Conferência Internacional do Trabalho, realizada pela OIT, em 1953, “[...] através da recomendação 97 sobre a ‘Proteção da Saúde dos Trabalhadores’ [...] instava aos Estados membros que fomentassem a formação de médicos do trabalho qualificados e o estudo da organização dos ‘Serviços de Medicina do Trabalho’” (MENDES; DIAS, 1991, destaque do autor).

O desenvolvimento industrial brasileiro, da década de 1950, e também o início formal da MT, em cursos de graduação de medicina no Estado de São Paulo são fatores preponderantes para o exercício da MT/SO. Segundo Lacaz (1996) a partir de 1950 é formalizado o ensino de Medicina do Trabalho no Brasil⁴¹. O autor sublinha que houve resistência dos Departamentos de Medicina Preventiva em incluir MT no currículo da graduação de medicina. Ele comenta que em decorrência houve atraso em incluir a temática como objeto de teses, dissertações e produções acadêmicas. Houve demora também na construção de um plano de ensino a respeito e da introdução das categorias trabalho e modos de produção, as quais foram incorporadas mais tarde com a proposta da Medicina Social latinoamericana e das ciências sociais.

Após a Segunda Guerra Mundial, fatores determinantes, elucidados a partir da hegemonia norte-americana e pela divisão do mundo em dois pólos: capitalista e socialista, contribuem substancialmente para a mudança da relação entre Estado e sociedade, que na busca de dar respostas às demandas sociais engendradas pelo próprio sistema implicou na democratização e implementação da política social sustentada pelo Estado de Bem-Estar Social efetivado em países do primeiro mundo.

Verifica-se que a consolidação, a partir da 2ª Guerra Mundial, do denominado Estado de Bem Estar Social⁴², estabelecido no sistema capitalista, especialmente nos países de desenvolvimento industrial avançados, não significou a ruptura imediata do liberalismo econômico do século XIX em prol de um Estado Social no século XX. Behring e Boschetti (2007) destacam que não se trata de ruptura, mas de abrandamento das orientações liberais ocorridas a partir de um novo contexto de luta de classes, quando implantaram medidas de

⁴¹ O autor cita a Resolução do Conselho Federal de Educação, nº 216 de 1962, que destacava a obrigatoriedade do ensino de MT a partir da Medicina Preventiva e Social (LACAZ, 1996).

⁴² “O Estado social constituiu-se no período histórico de ascensão histórica do capital no século XX, garantindo, a partir da luta de classes do proletariado organizado, uma ampla margem de concessão às reivindicações do mundo do trabalho. Por exemplo, as leis trabalhistas e a previdência e seguridade social universal, ou o *Welfare State*, são produtos históricos das lutas sociais e políticas do mundo do trabalho no século passado, que ao constituírem obstáculos à sanha de valorização do capital, alteraram a dinâmica de desenvolvimento do capitalismo no século XX. Por outro lado, o Estado social *ocultou* para os segmentos organizados da classe trabalhadora, a condição estrutural de precariedade do trabalho vivo no modo de produção capitalista” (ALVES, 2007b, p. 114, grifo do autor).

proteção social, mas que se previam também o financiamento do capital e a dinamização da economia, marcada pela geração de emprego e renda, o que levou a estruturação de uma rede de serviços sociais públicos que ao mesmo tempo fomentava a produção e o consumo⁴³.

Então uma das estratégias para vencer a crise do sistema capitalista no pós guerra foi a estruturação das políticas sociais e o surgimento do conhecido *Welfare State*, implantado nos países de economia avançada. Nesse momento, os Estados Unidos da América (EUA) se posicionam a partir da hegemonia capitalista, tencionando a guerra fria com medidas de apoio aos países pobres, como prevenção ao comunismo.

2.5 Saúde Ocupacional, o regime militar, os movimentos sociais e alguns degraus para o campo Saúde do Trabalhador

Nos países pobres periféricos não existe o Welfare State nem um pleno Keynesianismo em política. Devido a profunda desigualdade de classes, as políticas sociais não são de acesso universal... São políticas "categoriais", isto é, que têm como alvo certas categorias específicas da população, como trabalhadores (seguros), crianças (alimentos, vacinas), desnutridos (distribuição de leite), certos tipos de doentes (hanseníase, por exemplo), através de programas criados a cada gestão governamental, segundo critérios clientelísticos e burocráticos,

FALEIROS, 1991, p. 32.

A expansão da política social no pós-guerra está diretamente relacionada ao enfrentamento da Questão Social expressa, especialmente no reconhecimento dos trabalhadores, enquanto classe trabalhadora, a qual já não pôde mais ser desconsiderada como agente importante da cena política e as suas reivindicações são atendidas pelo Estado nas formas da legislação social e trabalhista. Num ambiente de escassez de mão de obra devido aos esforços e também conseqüências de guerra e de reorganização da economia.

Behring (2006) destaca que a generalização das políticas sociais que foram antecedidas pelas discussões entre Estado, reformadores e liberais só se efetivaram após 2ª Guerra Mundial. O seu início ficou marcado com a criação das primeiras medidas de proteção social criadas pelos planos *bismarckiano* na Alemanha e *beveridgiano* na Inglaterra, que

⁴³ “Ao Keynesianismo agregou-se o pacto fordista – da produção em massa para consumo em massa e dos acordos coletivos com os trabalhadores do setor monopolista em torno dos ganhos de produtividade do trabalho. O fordismo, então, foi bem mais que uma mudança técnica, com a introdução da linha de montagem e da eletricidade: foi também uma forma de regulação das relações sociais, em condições políticas determinadas” (BEHRING; BOSCHETTI, 2007, p. 86).

ofereciam proteção social em casos de doenças, incapacidades, aposentadorias ou mortes dos trabalhadores.⁴⁴

O Estado brasileiro seguiu a lógica do seguro social e não a proposta universalizante das políticas sociais desenvolvidas pelos países de capitalismo avançado, ou seja, entre nós, a política social foi estabelecida como assistência a determinados grupos da população, como salientou Faleiros na epígrafe que abre este tópico. O acesso a essas políticas depende de critérios muitas vezes políticos, balizados nos compromissos governamentais marcados pelo clientelismo e forjados na vantagem pessoal ou na “ajuda”. Isso durante décadas funcionou (e ainda funciona) como instrumento de eleições para cargos do legislativo e executivo.

Nos rumos econômicos houve a influência a partir de uma política desenvolvimentista e de planejamento da sua intervenção. O desenvolvimento nacional passa a dar espaço para o capital estrangeiro, especialmente a partir do governo de Juscelino Kubitschek (1956-1960). No que tange a política social este governo se pautou na idéia de desenvolvimento (50 em 5 anos) valorizando o discurso de colaboração entre o Estado e o povo, como explica Faleiros (1991, p. 14, destaque do autor), buscava-se oferecer alguns benefícios aos pobres, carentes, marginalizados, “fracos”, “[...] não falava em classes sociais, mas em ‘gente humilde’, gente pobre, de um lado, e em prósperos, de outro”, assim encobriam-se as contradições capital/ trabalho e dava continuidade a política de conciliação entre as classes.

Na manifestação das relações entre capital e trabalho, destaca-se o enfrentamento dos acidentes e doenças relacionadas ao trabalho a partir dos serviços médicos de empresas, criados a partir de Recomendações da OIT, nos anos de 1950 (LACAZ, 1996).

Verifica-se também o desenvolvimento do modelo Saúde Ocupacional, que segundo Lacaz (1996) representa avanço quanto à multidimensionalidade da saúde (bem-estar

⁴⁴ **As políticas de seguridade** social em nível mundial são geralmente analisadas sob duas óticas distintas: a primeira delas é orientada na concepção de Bismarck na Alemanha e a segunda no modelo beveridgiano, de William Beveridge na Inglaterra em 1942. Essas duas concepções se distinguem pelo caráter, pela forma de contribuição e pelo financiamento dos sistemas de seguridade social. **O modelo bismarckiano (1883-89)** é caracterizado pela contribuição individual como critério para o aferimento de benefícios, valendo também para a aposentadoria. Os que não puderam contribuir com o sistema previdenciário ficam sem receber o benefício da aposentadoria. Aos que não recebem nenhum tipo de benefício, seja por que não terem tido condições de contribuir ou por não haver outras formas de assistência, resta o apoio da família e/ou da igreja como provedoras da aposentadoria dos idosos.

O modelo beveridgiano, por outro lado, caracteriza-se pelo seu caráter universal, não exigindo contribuição individual anterior para a obtenção de um benefício básico, aferindo o direito ao benefício pela característica definidora da cidadania, ou seja, o simples fato da pessoa ter nascido ou possuir a cidadania de um determinado país. O financiamento dos programas de caráter universal não se dá via contribuições individuais, mas por tributos gerais. Em virtude disso, esse modelo é tido como mais justo por incorporar mecanismos redistributivos.

físico, psíquico e social) a ser considerada inclusive no trabalho, e atendida por meio da assistência médica e também multiprofissional, porém não se consideram as relações sociais e de organização do trabalho no real processo saúde/doença, portanto sem perspectiva crítica das contradições presentes nessa totalidade. Parece que uma das principais características da MT tem seqüência no novo modelo, SO, como destaca Dias (1994, p. 54): “O trabalhador permaneceu como objeto das ações, mudando, apenas, a perspectiva colocada para a intervenção que, deixou de estar centrada, predominantemente, no disfuncionante ou doente passando a privilegiar a prevenção e a saúde.” Embora a SO se ocupe de ações educativas de prevenção e promoção da saúde, mantém-se limitada ao ambiente fabril e a busca de mudança de comportamento do trabalhador ou sua adaptação ao trabalho.

As características do modelo SO não devem ser vistas de modo isolado a medida que “[...] têm sua origem e desenvolvimento determinados por cenários políticos e sociais mais amplos e complexos” (MENDES; DIAS, 1991). A legislação e a operacionalização das ações de atenção aos acidentes e doenças relacionadas ao trabalho se baseavam nas concepções da Higiene Industrial, da Medicina Legal e no reflexo do seguro social. A idéia predominante era considerar os agravos relacionados ao trabalho como um mal inerente a ele, mantendo na prática a idéia desses agravos como infortúnio ou infelicidade, visão iniciada na primeira legislação de acidentes de trabalho criada em 1919, como apontado por Ribeiro e Lacaz (1984) e Faleiros (1992) e já enfatizado neste estudo.

Sublinha-se que as relações de trabalho e saúde estavam sendo “amarradas” por meio da edificação do sistema de proteção social, iniciado na década de 1920, o qual se estende até meados dos anos de 1960 com características de “cidadania regulada”. Em 1960, os benefícios sociais dos vários IAP foram unificados com a promulgação da Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS), em 1960, e, posteriormente, a absorção destes pelo Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), criado em 1966, conforme a centralização político-administrativa.

Deve ser frisado também que os trabalhadores rurais se organizaram, na década de 1950, em Ligas Camponesas e promoveram vários manifestos. Martins (1994) destaca que apenas a partir de 1950 os camponeses se manifestaram coletivamente e reivindicaram os direitos sociais e do trabalho. Observa-se que as Ligas Camponesas foram importantes personagens na luta pela transformação do quadro de injustiças e de violências que os trabalhadores rurais e índios historicamente foram submetidos, elas deram coro as denúncias de exploração, expropriação, extermínio, expulsão e massacre que comumente foram alvos.

Neste período na tentativa de cooptar os setores rurais o Estado criou o Serviço Social rural⁴⁵, vinculado ao Ministério da Agricultura, com o objetivo de elaborar estatísticas salariais, estímulo às cooperativas e de estudos para o desenvolvimento rural, que segundo Nunes e Rocha (1993b) servia às reivindicações da burguesia rural e também dos trabalhadores.

As lutas camponesas, inclusive armadas, se colocavam como um “bloco” de classe inviável ao bloco de poder da classe dominante do país e despertaram a atenção dos governos e dos militares. Além disso, o apoio do Partido Comunista e de representantes da ala progressista da Igreja Católica, bem como os defensores das causas dos trabalhadores rurais, promoveram a aprovação da Lei que estendia os direitos dos trabalhadores urbanos aos rurais por meio da aprovação do Estatuto do Trabalhador Rural (ETR), em 1963. Assim os trabalhadores rurais tiveram o direito à sindicalização, sendo criada a Confederação Nacional dos Trabalhadores da Agricultura (CONTAG).

O caráter político das relações sociais no período da ditadura militar (1964-1985) é marcado pela repressão⁴⁶, violência, censura e centralização administrativa, caracterizado pela negação violenta dos direitos civis e políticos e arrocho salarial. O desenvolvimento econômico pautava-se pela consolidação do capitalismo monopolista associado aos interesses transnacionais que, para Netto (2005a, p. 27), “[...] aquele esquema é definido em proveito do grande capital, fundamentalmente dos monopólios imperialistas.” Esse modelo garantiu o desenvolvimento dependente, associado a uma estrutura de poder, o que, para o referido autor, significou a “modernização conservadora” (NETTO, 2005a), a qual consagrava os interesses do monopólio com favorecimentos ao capital estrangeiro e aos grandes grupos nativos e induziu a concentração e centralização do capital.

Para Coutinho (1992, p. 118) com a desaceleração do desenvolvimento econômico e a crise do populismo estimulou a ruptura do bloco no poder e no rearranjo das classes dominante e o regime ditatorial, teve como objetivo, no primeiro momento, “[...] a dura repressão ao movimento operário organizado como condição para uma retomada da acumulação através da super exploração da força-de-trabalho.” Mas a burguesia não se põe como classe dirigente, no sentido de classe hegemônica, naquele momento, uma vez que

⁴⁵ “[...] cria através da Lei 2.613, datada de 1955, o Serviço Social rural, ligado ao Ministério da Agricultura” (NUNES; ROCHA, 1993b, p. 117).

⁴⁶ Repressão foi a estratégia utilizada pelo Estado para intimidar a população, considerada “subversiva” e que, segundo Faleiros (1992, p. 176) não se restringia apenas a militantes dos movimentos sociais, mas àqueles considerados indivíduos “perigosos” por seu comportamento ou pensamento. A repressão consistia “[...] na perda do trabalho (aposentadoria compulsória e demissão) e a privação dos direitos políticos por dez anos”. A tortura, a prisão e o banimento são considerados “operações de guerra” contra a “guerra suja” dos subversivos.

depositou “[...] o controle direto da máquina do Estado a segmentos técnicos, burocráticos e militares, governou nos bastidores, através de vários mecanismos que foram criados na época como corporações no seio do Estado através dos quais ela fazia sentir os seus interesses [...]” (COUTINHO, 1992, p. 118). Assim, o autor argumenta que a burguesia não ocupou diretamente o aparelho do Estado, mas garantiu a sua dominação econômica no seu interior.

Observa-se que a particularidade da política social no pós 1964 pode ser vista pela supressão dos mecanismos de participação, favorecimento das instituições privadas e a centralização no Estado, ou seja, a política social teve uma função de legitimar a imagem estatal.

No âmbito dos acidentes e doenças relacionadas ao trabalho, Lacaz (1996) mostra que a unificação dos vários IAP em um único instituto possibilitou a organização das estatísticas acerca dessas ocorrências. Neste aspecto a Fundação Centro Nacional de Segurança, Higiene e Medicina do Trabalho (FUNDACENTRO)⁴⁷ teve papel central no desenvolvimento das ações de treinamento e qualificação técnica para as campanhas⁴⁸ e atuação contra os acidentes de trabalho, cuja ênfase era a política de SO, realizada por técnicos sem a participação dos trabalhadores e seu saber.

O modelo chamado “Milagre Econômico”, de 1968-1973, foi sustentado, entre outros, pela intensificação das horas trabalhadas, pela diminuição dos salários e pela submissão do trabalhador aos ritmos das máquinas, o que representou o aumento do número de acidentes de trabalho (FALEIROS, 1992), assim não deixou de demonstrar sinais de fragilidade do sistema, numa conjuntura de crise econômica e de deflagração do processo de organização e articulação dos movimentos sociais, sindicais e populares.

O Estado, na busca de conter os conflitos sociais e superar a crise, implementou políticas sociais abrangentes como a ampliação da cobertura previdenciária “[...] aos trabalhadores rurais (1971), aos empregados domésticos (1972), aos jogadores de futebol (1973) e aos ambulantes (1978)” (FALEIROS, 2000, p. 47). O autor alerta para o fato que os trabalhadores rurais “[...] tiveram acesso a uma previdência de meio tamanho, com benefício de meio salário mínimo e sem contribuição direta [...]” (FALEIROS, 2000, p. 47). Outros benefícios criados foram o Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS), o Programa de

⁴⁷ Criada pela Lei nº. 5.161 de 21/10/1966, vinculada ao Ministério do Trabalho, pelo Decreto-lei nº. 74.296/74 (RIBEIRO; LACAZ, 1984).

⁴⁸ Lacaz (1996, p. 81) sublinha que a FUDACENTRO iniciou o seu funcionamento em 31/01/1969, após a edição do Ato Inconstitucional nº. 5, num contexto inviável à participação dos trabalhadores e suas organizações nas atividades e na Campanha Nacional de Prevenção de Acidentes de Trabalho, instituída em caráter permanente pelo Decreto nº. 68.255 de 16/02/1971, sob a coordenação do Ministério do Trabalho e Previdência Social.

Integração Social (PIS)⁴⁹ e o Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público (PASEP).⁵⁰

Deve-se dizer que o discurso de colaboração entre classes permanece, ou seja, se estende anos a fio, mas apresenta novos contornos, conforme as mudanças sociais, econômicas e políticas em jogo. A partir dos anos 1960-70 este foi absorvido pela ideologia de Desenvolvimento de Comunidade.

Em 1976, é regulamentada nova Lei de Acidentes de Trabalho⁵¹, que além de reduzir o valor dos benefícios, retirou a cobertura legal do seguro a muitas doenças e acidentes relacionados ao trabalho e, ainda, “[...] criou novas exigências absurdas, deixando inúmeras lesões sem qualquer proteção” (RIBEIRO; LACAZ, 1984, p. 28). Para estes autores, a nova Lei diminuiu a demanda para o seguro social, afastando a viabilidade de cerca de 90% das doenças ocupacionais.

Ribeiro e Lacaz (1984) expõem que a mudança na legislação de cobertura aos acidentes de trabalho também representou uma das estratégias do governo para diminuir as estatísticas. Isto é reforçado por Lacaz (1996, p. 75, grifo do autor) que demonstra que o governo em uma aliança com os empresários não conseguiu inferir nas condições causadoras de acidentes de trabalho e diz que a meta de reduzir os acidentes foi “[...] ‘alcançada’ com a propaganda oficial da **queda** do número absoluto de acidentes do trabalho, a partir de 1976, pouco importando se à custa de notória manipulação das estatísticas [...]”.

Em fins da década de 1970 foi criada a legislação sobre Segurança, Higiene e Medicina do Trabalho (SESMT)⁵² considerados a “ponta de lança” para a política de prevenção dos acidentes de trabalho (LACAZ, 1996, p. 75). Os SESMET ficam a cargo das empresas e sua fiscalização do Ministério do Trabalho. Seguindo esta dinâmica, a responsabilidade pela saúde dos trabalhadores é transferida para as empresas e os

⁴⁹ “Entre 1967, quando se integra o seguro de acidentes de trabalho ao Instituto Nacional de Previdência Social, e 1974, quando se cria o Ministério de Previdência e Assistência Social (MPAS), a evolução legislativa é rápida e de importância não desprezível. Em 1970, propõe-se e promulga-se o Programa de Interação Social (PIS), visando a envolver o trabalhador, não precisamente no lucro da empresa, mas nos acréscimos obtidos pelo sistema econômico como um todo como uma forma de articular a participação do trabalhador no lucro das empresas (o problema da equidade) ao crescimento absoluto e relativo (produtividade), da economia nacional (o problema da acumulação). Reafirma-se, por esta via, a constante da política nacional, desde 1933; isto é, o problema da justiça social não deve estar desvinculado, em realidade, deve decorrer do problema da criação continuada de riquezas” (SANTOS, 1987, p. 33).

⁵⁰ Rocha e Nunes (1993b, p. 124), a partir dos estudos de Yunes Primo (1982), citam que a expectativa de vida ao nascer era de 52,8 anos em 1970 e 57,9 em 1977, porém havia uma disparidade regional, especialmente entre as regiões de São Paulo e Nordeste, sendo 64,5 e 49,1 anos, respectivamente. Além disso, a queda da mortalidade estava associada ao saneamento básico e não necessariamente a melhoria das condições de vida, trabalho, renda e outros indicadores sociais (DIESAT, 1989).

⁵¹ Lei nº. 6.367, de 19/10/1976 (RIBEIRO; LACAZ, 1984, p. 28).

⁵² Lei nº. 6514, de 22/12/1977 (RIBEIRO; LACAZ, 1984, p. 29).

trabalhadores se subordinaram cada vez mais aos requisitos de produtividade destas. Lacaz (1995) lembra que esses serviços eram uma obrigatoriedade das empresas com mais de 100 funcionários, sendo uma falha a medida que nos pequenos e médios empreendimentos haviam elevado números de ocorrências.

Na realidade, a discussão sobre a instituição de serviços médicos nas empresas, no âmbito internacional, se fazia desde fins de 1950, expressada, sobretudo pela Conferência Internacional do Trabalho, realizada em Genebra, que resultou na Recomendação 112, referente à criação dos Serviços de Saúde Ocupacional (MAENO; CARMO, 2005), mas foi apenas em 1972 que o governo brasileiro publicou a “[...] portaria 3.273 que obrigava as empresas com mais de cem funcionários a possuírem serviços de saúde, higiene e segurança. Receberam a denominação de Serviços Especializados em Segurança, Higiene e Medicina do Trabalho” (MAENO; CARMO, 2005, p. 51).

Os movimentos sociais de maio de 1968⁵³, que questionaram as relações sociais de trabalho, reconhecendo e, ao mesmo tempo, denunciando a exploração como agressora à saúde e às condições de vida dos trabalhadores, cuja forte repercussão para o modelo de Saúde dos Trabalhadores foi na Itália, tratou de afirmar que a exploração no e pelo trabalho deteriorava a saúde dos sujeitos, que individualmente não tinham as condições objetivas e subjetivas para a reversão do quadro, ao contrário, atuando coletivamente os trabalhadores poderiam lutar por mais saúde. Deriva, portanto, desses movimentos as denúncias das estatísticas de acidentes, de doenças e de mortes no/pelo trabalho e a luta pela intervenção da saúde pública nas fábricas e maior poder de participação dos trabalhadores no reconhecimento das condições agressoras e nas medidas interventivas (BERLINGUER, 1983).

Parece que os movimentos de Maio de 1968 contribuíram para as discussões acerca dos modelos MT/SO. Segundo Lacaz (1996, p. 102) o discurso relativo à “adaptação” do homem ao trabalho e vice-versa, presente na Recomendação da OIT, no final dos anos de 1950, é questionado e encontra possibilidades de mudanças nas discussões travadas nas 70ª e 71ª Conferência Geral da OIT, 1984 e 1985 respectivamente, que promoveram, entre outros, “[...] a ruptura com o discurso da Medicina do Trabalho-Saúde Ocupacional.” O autor ressalta

⁵³ Ao discutir o Movimento de Reconceituação do Serviço Social, Netto (2005b, p. 7-8) destaca as condições históricas de magnitude mundial que favoreceram tal movimento: “Trata-se daquelas condições que apareceram sinalizadas na baliza de 1968 – de Berkeley a Paris e à selva Boliviana, do movimento nas fábricas do norte da Itália à ofensiva Tet no Vietnã, das passeatas no Rio de Janeiro às manifestações em Berlim – Oeste, o que salvatava à luz do dia era uma crise de fundo da ordem capitalista... Sabemos hoje, ocorridas quase quatro décadas desde a baliza de 1968, das efetivas ameaças com que se deparou a ordem do capital e como ela, a partir de meados dos anos de 1970, reestruturando-se, recompôs-se de forma mais agressiva e brutal, instaurando as bases do período contra-revolucionário em que nos encontramos atualmente...”

que, durante esta Conferência, representantes dos trabalhadores questionaram o uso do termo Medicina do Trabalho e defenderam que o termo saúde tinha um significado mais amplo e apontaram também a necessidade da intervenção interdisciplinar e integrada, não apenas nos locais de trabalho, mas em toda zona industrial. A mudança não foi apenas de denominação, mas, sobretudo, de orientação.

Outra questão destacada por Lacaz (1996) é a mudança de discurso, em 1959, falava-se mais em “adaptação” do homem ao trabalho. A Recomendação 171 teve importante papel em detalhar a formação dos serviços e não apenas na questão médica, mas na ampliação dos direitos dos trabalhadores como: acesso à informação; não discriminação no trabalho por motivo de doença, participação em estudos e pesquisas, dentre outros. Esta Conferência foi ratificada pelo Brasil, somente em 1991, (LACAZ, 1996, p. 109).

A busca de legitimidade política do governo militar frente aos sinais de crise da economia fez com que fosse implantado alguns programas sociais. Segundo Lacaz (1996) a Política de Higiene, Segurança e Medicina do Trabalho foi contemplada no I e II Plano Nacional de Desenvolvimento (PND) de 1970 e 1974, e aponta que estes ficaram restritas ao setor industrial mais avançado e dependente das ações dos SESMT.

A prevenção dos acidentes e doenças relacionadas ao trabalho estava a cargo dos Ministérios do Trabalho e da Previdência e Assistência Social, mas, segundo Ribeiro e Lacaz (1984), se restringiu como competência do Ministério do Trabalho, principalmente no estabelecimento e fiscalização de Normas Regulamentadoras (NR)⁵⁴ de Segurança e Medicina do Trabalho nas empresas.

Ribeiro e Lacaz (1984, p.32) sublinham a inadequação das NR à realidade brasileira⁵⁵, apontam, ainda, a ineficiência da Secretaria de Segurança e Medicina do Trabalho, do Ministério do Trabalho, frente à fiscalização. Criada com a responsabilidade de fiscalizar e regulamentar as condições e os ambientes de trabalho contratou engenheiros e médicos do trabalho, porém sem estrutura (recursos instrumentais, materiais, transporte etc.) e planejamento, inviabilizando a efetiva fiscalização. Discutem que a impossibilidade das devidas fiscalizações contribuiu para o não reconhecimento de situações insalubres. Somam-se a isto a morosidade do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) no reconhecimento e pagamento dos benefícios sociais relativos às doenças e acidentes de trabalho.

⁵⁴ “Em 1978, aos oito dias do mês de junho são editadas as Normas Regulamentadoras (NR) na área de saúde do trabalhador, por meio de portaria 3214/1978” (RIBEIRO; LACAZ, 1984, p. 32).

⁵⁵ “Algumas normas foram literalmente copiadas do estrangeiro, aparecendo tabelas, como as de compressão de ar, onde se lê expressões em língua inglesa como: ‘*botton time*’, ‘*time to first stop*’, ‘*descompression stops*, etc.” (RIBEIRO; LACAZ, 1984, p. 32-33).

Em suma, o ambiente social e político da década de 1970 favoreceram as críticas ao Estado, a partir da notória crise que não se restringia apenas a área econômica. A crise do petróleo em nível internacional e do Estado nacional expressou as contradições econômicas e políticas do capitalismo. O avanço dos movimentos sociais e políticos, as expectativas do pleno emprego, obstaculizadas pela exacerbação da dívida pública e pela crise do sistema capitalista de âmbito nacional e internacional, iniciaram a política de distensão e transição democrática projetada por Geisel (1974-1979). As relações políticas foram permeadas pela articulação dos movimentos sindicais, políticos e sociais que, na área da saúde, expressou-se por meio do Movimento de Reforma Sanitária, importante movimento para a construção e defesa da política de saúde pública brasileira, especialmente do SUS.

Deve-se dizer que na década de 1970 já se contava com amplo desenvolvimento da ciência e tecnologia. Na área da saúde houve a tendência da elevação dos gastos com os procedimentos de avançada tecnologia (cirúrgicos, de exames e terapêuticos), porém de alto custo e isso num governo que privilegiou os convênios com clínicas, hospitais e serviços particulares em detrimento do público gerando um rombo nos cofres públicos, sendo duramente denunciado pelo Movimento de Reforma Sanitária (BRAVO, 1996).

Na área das políticas sociais, é importante referenciar o posicionamento do Serviço Social quanto à orientação teórico-metodológica e política desencadeada pelo Movimento de Reconceituação⁵⁶, bem como os vários movimentos sociais do período que promoveram o questionamento quanto ao papel do Estado, das políticas públicas e se articulam para em fins da década de 1980 alçarem a democracia e a cidadania na forma da lei.

Parece que pelo lado do movimento sindical, os 30 anos de embotamento das reivindicações sindicais atreladas à burocracia Estatal e à reguladora legislação trabalhista implantada no período do governo de Vargas, como destacado, começa a ruir. Pois os

⁵⁶ O movimento de Reconceituação do Serviço Social se inscreve no amplo processo sócio-histórico a partir de meados da década de 1960, quando vários movimentos confluíram ao questionamento do modelo de desenvolvimento político e econômico da sociedade. Assim, o movimento de Reconceituação expressou forte crítica ao “Serviço Social tradicional”, em especial na realidade latino-americana. “Na sua gênese imediata, a Reconceituação foi comandada por uma questão elementar: qual a contribuição do Serviço Social na superação do subdesenvolvimento?” Para além dos condicionalismos que, em todo mundo, eram próprios dos anos de 1960, entre nós, latino-americanos, esta questão era formulada sob condições muito determinadas: a inserção de nossos países na nova divisão internacional do trabalho que então emergia; o colapso, em nossos países, dos pactos políticos que vinham do pós-guerra; o surgimento de novos sujeitos políticos; o impacto da Revolução Cubana; o anêmico reformismo do tipo Aliança para o Progresso. Neste marco, os assistentes sociais inquietos e dispostos à renovação indagaram-se sobre o papel da profissão em face de expressões concretamente situadas na “questão social”, sobre a adequação dos procedimentos profissionais tradicionais em face das nossas realidades regionais e nacionais, sobre a eficácia das ações profissionais, sobre a pertinência de seus fundamentos pretensamente teóricos e sobre o relacionamento da profissão com os novos protagonistas que surgiram na cena político-social” (NETTO, 2005b, p. 9).

movimentos grevistas e reivindicatórios do final da década de 1970, especialmente aqueles movidos na grande indústria de bens de consumo duráveis, representada especialmente pela indústria automobilística do estado de São Paulo questionam o atrelamento dos sindicatos ao Estado e a ação assistencialista. O “novo sindicalismo” questionou o Estado para assumir aquelas ações de assistência aos trabalhadores, especialmente as de saúde e passou a se dedicar mais a mobilização dos trabalhadores e às ações educativas, (LACAZ, 1996). Daí que essa nova postura sindical exerceu pressão para o poder público assumir a saúde do trabalhador, como se pode observar na trajetória histórica dos Programas de Saúde do Trabalhador (PST) (LACAZ, 1996), como se discute no próximo capítulo. Na década de 1980 o embate político ganha forças com o Partido dos Trabalhadores (PT) e a Central Única dos Trabalhadores (CUT).

Embora os movimentos sociais da década de 1980 tenham conseguido a partir de um amplo processo de organização e mobilização coletiva assegurar os direitos fundamentais de cidadania, inclusive a Constituição Federal de 1988 é conhecida também como Carta Cidadã, deve ser frisado que a partir da década de 1970, com a crise do sistema capitalista, como pontuado no primeiro capítulo, houve forte questionamento acerca do Estado Social.

Então, em resumo, destaca-se que se em 1930 a crise do sistema capitalista suscitou o Estado de regulação, o qual a partir do Keynesianismo ocupou o espaço antes habitado pelo liberalismo econômico⁵⁷; na crise da década de 1970 os princípios do desenvolvimento da indústria gerida a partir do taylorismo-fordismo são questionados e o Estado regulador refluí para dar espaço ao mercado. “O Estado neoliberal tende a suceder, sob determinadas condições histórico-políticas, o Estado social” (ALVES, 2007b, p. 115).

Behring e Boschetti (2007) apontam também os discursos históricos que influenciaram a discussão sobre o papel do Estado nas relações sociais e de proteção social, a partir da década de 1970, foram predominadas pelas idéias liberais. Com a crise do sistema capitalista, estes encontram terreno fértil sobrepondo-se ao discurso da necessidade de um *mediador civilizador*⁵⁸, presente no Estado de Bem-Estar Social.

Assim, neste capítulo, buscou-se revelar o potencial da organização política dos trabalhadores, indistintamente de setores econômicos, para o posicionamento do Estado frente

⁵⁷ “O período que vai de meados do século XIX até a terceira década do século XX, portanto, é profundamente marcado pelo predomínio do liberalismo e de seu principal sustentáculo: o princípio do trabalho como mercadoria e sua regulação pelo livre mercado” (BEHRING; BOSCHETTI, 2007, p. 56).

⁵⁸ Expressão cunhada por Carnoy (1987) para designar uma opção racional dos homens para o controle do desejo insaciável de vantagens materiais. Esta mediação seria realizada pelo Estado em benefício da maioria da população de um país (BEHRING, 2006).

a Questão Social, resultando na garantia de direitos sociais e do trabalho, os quais, como já pontuado no primeiro capítulo e será reforçado no próximo, sofreram profundos questionamentos a partir da década de 1990 o que reverberou no plano prático no afastamento do Estado para a garantia dos direitos outrora garantidos.

Finaliza-se afirmando o surgimento do Serviço Social no seio da Questão Social, quando os antagonismos do trabalho na sociedade capitalista impuseram a necessária intervenção estatal, Estado ampliado, no sentido gramsciano, para garantir a propriedade privada e o regime de acumulação adotado. Esta profissão que surge com o desenvolvimento do capitalismo e das mazelas decorrentes do desemprego, baixos salários, proletarização, expropriação, entre outros, buscava o “equilíbrio” da sociedade a partir de uma conotação caritativa e religiosa.

O contexto social e econômico de crise do sistema capitalista e o âmbito político, acentuadamente marcado pelos governos ditatoriais da década de 1970, contribuíram para a efervescência das intervenções e críticas das Ciências Sociais, reorganização política de classe, de estudantes e de segmentos sociais e religiosos, esses últimos sob forte influência da Teologia da Libertação. Nesta perspectiva teve também a mobilização de parte da categoria profissional dos assistentes sociais que questionaram a postura teórico-metodológica do Serviço Social, o que ficou conhecido como Movimento de Reconceituação.

O Serviço Social sob as influências dos autores marxistas realizaram profunda reflexão do papel profissional e seu re-posicionamento frente as mazelas sociais e a atenção ofertada pelo Estado, aderiu a posição crítica articulando os interesses da classe trabalhadora a sua intervenção teórico-prática, a qual é indissociável. Apesar de não hegemônico entre a categoria, a partir do Movimento de Reconceituação houve importante contribuição por meio de estudos e produção acadêmica, com ênfase de análise crítica marxiana, acerca do trabalho e política social em geral, construídos no período que vai decorrer na década de 1980 em diante envidando os esforços para a garantia dos direitos sociais e do trabalho, bem como no sentido de dar visibilidade as desigualdades sociais e do trabalho.

CAPÍTULO 3

NA TRILHA DO CAMPO SAÚDE DO TRABALHADOR

Uma organização social nunca desaparece antes que se desenvolvam todas as forças produtivas que ela é capaz de conter; nunca relações de produção novas e superiores se lhe substituem antes que as condições materiais de existência dessas relações se produzam no seio da velha sociedade. É por isso que a humanidade só levanta os problemas que é capaz de resolver e assim, numa observação atenta, descobrir-se á que o próprio problema só surgiu quando as condições materiais para resolvê-los já existiam ou estavam, pelo menos, em via de aparecer.

MARX, 2003a p. 6.

3.1 Entendimento da política de saúde do trabalhador - CEREST

As pessoas têm medo de abrir a CAT. É comum o empregador pedir para não abrir CAT e o profissional da saúde que não pergunta o que a pessoa estava fazendo quando se machucou... Eu sinto que tem muita desinformação, muito medo e muita má fé... Então é importante ter uma Equipe de profissionais competentes, mas acima de tudo interessados em trabalhar com as questões de saúde do trabalhador e envolver a sociedade e para que isso aconteça é preciso ter uma política de saúde do trabalhador, é necessário estabelecer um norte que dê legitimidade para essas pessoas agirem. (Psicóloga do CEREST).

Eu vejo a política de saúde do trabalhador como um avanço, é muito importante, porque a pessoa que sofre um acidente ou que adocece ela precisa de uma atenção especial. Ela adoeceu trabalhando! Não é a mesma coisa que outro adoecimento... Então é preciso que o Estado crie normas e faça que elas sejam cumpridas para evitar o desgaste e o sofrimento dos trabalhadores. (Fisioterapeuta do CEREST).

O CEREST é novo. Aqui em Franca eu acho que começou a fazer alguma coisa há uns três anos. Mas, precisamos avançar, nós vemos como Ribeirão Preto está bem mais avançado, aqui ainda está bem carente. Nós precisamos ter a articulação entre vigilância municipal e estadual para esse norte, trabalhar em conjunto. (Diretor do Grupo de Vigilância Sanitária do Estado de São Paulo – GVS- Regional/Franca)¹.

O CEREST é extremamente necessário para nortear as ações específicas, assim como o ambulatório da saúde da mulher, da saúde mental, é necessário que divida a população em alguns grupos, não querendo fazer caixinhas, como algumas pessoas têm mania de falar e rotular como se fosse uma mercearia, não é isso. Mas veja você precisa de uma política específica para organizar, planejar... Para ter planejamento precisa tabular alguns dados e de ter equipes responsáveis, que conheçam os problemas que proponham intervenção e prevenção. (Piacesi, médico e ex-gestor da Secretaria Municipal de Saúde de Franca).

Eu acho que a própria lei já é um avanço. Hoje já tem uma área de saúde do trabalhador no Ministério da Saúde, na Secretaria de Estado da Saúde e nos municípios. Nos municípios ainda está devagar porque você vê a região de Franca, são 22 cidades e nós temos 10 abaixo de cinco mil habitantes. São municípios muito pequenos que não têm absolutamente nada, nem atendimento 24hs. Para eles ainda é difícil implantar qualquer coisa nova, o acidente de trabalho, geralmente, vai para a cidade grande onde é referência para eles. Então, os Secretários de Saúde convivem com pequenos problemas de saúde da sua população que são: cirurgias, internações, atendimentos com especialidades etc. tudo coisas pontuais, mas para eles talvez seja mais importante resolver isso, que resolver uma coisa de âmbito regional, entendeu? Os Secretários de Saúde não enxergam prevenção, eles enxergam a necessidade de resolver aqueles problemas pontuais que convivem com eles. Eu penso que a política de saúde do trabalhador é um avanço, mas convive com essas questões. (Interlocutor em Saúde do Trabalhador (IST) da DRS VIII).

Nós temos um número crescente de pessoas que adoecem e são encaminhadas ao INSS acima de quinze dias por conta do trabalho e esse número pode não ser real. Porque muitos acidentes de trabalho, muitas lesões por esforços repetitivos, às vezes, não têm quinze dias de afastamento e fica parado em algum lugar e quem fica sabendo desses casos é o CEREST ou, às vezes, os hospitais, o Sindicato não fica

¹ Desse ponto em diante será mencionado apenas Diretor do GVS-regional.

sabendo. Hoje, as doenças do trabalho não são iguais a antigamente que eram mais uma intoxicação, hoje, os problemas estão mais ligados à saúde mental, devido à pressão psicológica que está muito forte. O trabalhador que sofre um acidente ou uma doença relacionada ao trabalho, quando afastado ao retornar ao trabalho, ele sofre uma pressão por ter se afastado, e aí desencadeia um novo problema, que é o sofrimento mental. Então, acho que tem que ter uma política de governo que cuida da saúde dos trabalhadores. (Diretor I - Sindicato dos Sapateiros - e conselheiro do Conselho Gestor do CEREST de Franca).

Eu vejo que o CEREST carrega uma preocupação voltada para a assistência, é difícil desincumbir disso. Nós queremos trabalhar mais na linha da prevenção. Já melhorou muita coisa, hoje já foram incluídas muitas ações de saúde do trabalhador no plano de ação da vigilância sanitária, até 2005, quando vocês [CEREST] nos procuraram não tinha nada. Hoje, vários segmentos foram incluídos como o setor canavieiro, tudo em conjunto com o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador. (Diretor de Vigilância em Saúde- Franca).

No capítulo anterior, procurou-se evidenciar os principais elementos que levaram a constituição do Estado Social, bem como a construção das políticas sociais, das legislações pertinentes aos agravos à saúde dos trabalhadores e a formação dos modelos de atendimento a esses, MT e SO. Cabe agora discutir a construção do campo Saúde do Trabalhador e, de modo particular, a política de saúde do trabalhador no SUS em Franca.

Deve ser frisado que a história é antes de tudo um processo social, complexo, no qual convive o novo, o moderno e o arcaico. Assim, ao se fazer a separação entre os diferentes contextos históricos que surgem a MT, SO e ST, não se acredita que esses são estanques ou que um novo modelo ao surgir supera o anterior, isto pode até ocorrer, mas antes convivem por um bom tempo na mesma sociedade, como disse Marx (2003a), ou seja, o novo se gesta no seio do tradicional.

Desse modo, antes de se iniciar a discussão da política de saúde do trabalhador, neste capítulo, frisa-se que apesar das características intrínsecas a cada modelo (MT, SO e ST) e dos elementos históricos sociais próprios aos períodos de ebulição de cada um há de se pensar nos avanços e recuos e nas interferências que o novo exerce sobre o tradicional e vice-versa. Assim, na prática, ao “fritar os ovos”, como disse Faleiros (1991), pode ocorrer de serviços médicos de empresas terem práticas avançadas de prevenção e de participação dos trabalhadores e dos serviços de saúde do trabalhador terem ações reduzidas às questões burocráticas e de ênfase a assistência à saúde, reduzidas ao indivíduo já adoecido ou ao agravo.

Ao realizar a discussão dos modelos, separadamente, acredita-se que isto facilita o reconhecimento da ideologia que os sustenta e, portanto, que os diferencia. Daí que a imagem de “trilha” pode representar a intenção do desvendamento ora proposto, ou seja, não há como

chegar à essência de imediato, é necessário percorrer o caminho que de certo também que não é retilíneo e por isso, em alguns momentos precisa ser desbravado, mesmo que se dêem voltas e se façam contornos, o importante é que se consiga, finalmente, chegar ao objetivo proposto, neste caso, a política de saúde do trabalhador.

Os depoimentos destacam a importância de se ter uma equipe interdisciplinar para pensar e envolver a sociedade nas questões de saúde e trabalho. A Fisioterapeuta do CEREST pontuou a necessidade de se ter normas e que essas sejam fiscalizadas, o que é reconhecido também pelo ex- gestor da Secretaria de Saúde de Franca que destacou a necessidade de se ter um grupo específico, para fazer estudos, planejar a atenção à saúde dos trabalhadores. O Diretor do GVS- Regional pontuou a necessidade de se trabalhar em conjunto com o CEREST. Para o Interlocutor de Saúde do Trabalhador (IST) do DRS VIII, existem dificuldades na região devido as diferenças entre os municípios, os quais convivem com problemas de gestão variados, não sendo ainda a política de saúde do trabalhador a sua prioridade. O Diretor Sindical I - Sindicato dos Sapateiros - afirmou que atualmente as doenças relacionadas ao trabalho são novas e, por vezes, mais difíceis de serem diagnosticadas, segundo a avaliação dele há uma complexificação da relação trabalho/saúde indo ao encontro da discussão desenvolvida no primeiro capítulo, sendo necessária uma política de governo que atue sobre essa questão. Por fim, o diretor de Vigilância em Saúde de Franca, destaca que o CEREST ainda fica muito preso as ações de assistência e que apenas a partir de 2005 que a Vigilância Sanitária do referido município teria iniciado algumas ações que contemplam a saúde do trabalhador. Dessa maneira, questiona-se como a política de saúde do trabalhador foi implantada, qual a sua sustentação, como está organizada e quais as suas diretrizes e como isso aconteceu em Franca?

Essa magnitude de questões postas atreladas as outras submersas nos depoimentos, tomadas como ponto de partida deste capítulo, objetiva não a sua análise em particular, mas apenas percorrer a trilha que permita explicitar o novo campo de atenção aos agravos à saúde do trabalhador e as suas principais características. Pode-se, assim, ir compondo relevâncias e significados para explicar os meandros históricos que culminaram na institucionalização da política de saúde do trabalhador em fins do século XX e quem sabe chegar àqueles elementos que permitam entender o presente.

As questões apontadas até aqui já indicam a constelação dos acontecimentos que originaram a política social e também os modelos - MT e SO. A construção histórica constitui o amálgama essencial para a identificação dos determinantes sociais, políticos e econômicos presentes na dinâmica das políticas sociais e nas concepções que norteiam as ações e a

compreensão frente aos agravos à saúde dos trabalhadores. Portanto, cabe aprofundar a reflexão acerca daqueles acontecimentos norteadores do campo Saúde do Trabalhador.

3.2 A construção do campo Saúde do Trabalhador

A saúde dos operários é, portanto um problema de todo país. Cada um tem um dever a cumprir, para colocar um fim à demolição psicofísica daqueles que criam as riquezas do país e que estão sujeitos à pior exploração. Os especialistas, as Municipalidades e as Províncias, o Estado, os sindicatos, os estudantes, o movimento operário na sua totalidade, os intelectuais de todas as disciplinas, cada um no seu próprio campo de ação pode contribuir para esta finalidade.

BERLINGUER, 1983, p. 73.

A partir da década de 1970, verifica-se a expansão do processo industrial latino americano, sendo que no caso brasileiro, marcado pelo passageiro “milagre econômico”, repercutiram na nova divisão internacional do trabalho com implicações diretas sobre a saúde dos trabalhadores, (LAURELL, 1985).

Deve-se dizer que, apesar da saúde do trabalhador ter sido objeto de estudo, reivindicações e práxis de outros períodos históricos, os anos que seguem a década de 1970 são indicados por Lacaz (1996; 1997) como o período que coincide com os acontecimentos sócio-políticos e científicos (formulação teórica do paradigma da determinação social do processo saúde-doença) que dão sustentação ao campo Saúde do Trabalhador.

Este período marca também o contexto de crise do capitalismo em nível mundial e a transferência da produção mais poluente e de maior uso de mão de obra e de recursos naturais dos países mais industrializados para os menos. No antagonismo deste processo, a classe trabalhadora começa a denunciar alguns dos reflexos daqueles processos de trabalho que infringiam a saúde. Além disso, houve mudanças de enfoque das reivindicações dos movimentos sociais, com destaque para o cotidiano, assim, sobressaiu a luta pela redução do custo de vida, o movimento feminista, pelo direito à saúde, a defesa do meio ambiente, (SADER, 1998).

O movimento sindical, especialmente na América Latina, passa a requerer mudanças na atenção e promoção da saúde dos trabalhadores. Mas observe-se que apenas a partir dos movimentos de maio de 1968, que se amplia a compreensão da doença como reflexo do processo de produção e exploração e, portanto, se desloca da ênfase biológica para o social. O desenvolvimento da nova cultura norteador pelo modelo da determinação social do

processo saúde-doença gerou aproximações sucessivas do movimento sindical com a causa da saúde.

Dessa monta, o movimento sindical que até então não havia garantido lugar de destaque específico para a saúde nas suas pautas de reivindicações passa a reconhecê-la como expressão concreta da exploração do trabalho e busca consolidar estratégias que viabilizasse o trabalho como vida e não como morte – “[...] não queremos perder a nossa vida para ganhá-la” (lema do Movimento de maio de 68) (LINHART, 2007, p. 33). As denúncias e os posicionamentos políticos e ideológicos da organização do trabalho ao recuperarem o processo de trabalho como espaço concreto de exploração deram relevo a saúde do operário como expressão concreta dessa exploração (Laurell e Noriega, 1989).

A partir dos anos de 1970, os trabalhadores, no mundo, denunciaram as condições de trabalho e o papel da ciência, e reivindicaram um papel mais investigativo e eficaz da saúde pública (nas fábricas). Na Itália, os eventos de “maio de 68”, desenrolam-se numa forte organização dos trabalhadores em prol da saúde.

No estudo de Berlinguer (1983), por meio do inquérito realizado pelos próprios trabalhadores, é destacado dentre os males do trabalho não apenas a exploração, mas, sobretudo seus efeitos psicofísicos na vida dos operários italianos, resultando na Lei do Estatuto dos Trabalhadores.

O Estatuto dos Trabalhadores² representou grandes mudanças, no contexto italiano, na maneira de se analisar os riscos, os ambientes e as condições que o trabalho é realizado. Berlinguer (1983, p. 20) demonstra que o Estatuto aboliu ou reduziu “[...] a monetização do risco; afirmou-se a exigência de controlar e mudar as condições ambientais malélicas e perigosas; foi decidido o poder de participação dos operários em todos os aspectos da relação de trabalho que incida sobre a sua integridade psicofísica³ [...]”. Essa Lei estabeleceu rodízios, redução de horários e diminuição do ritmo para as situações de nocividade (não elimináveis) contrariando a histórica “compra” da saúde por meio de (baixas) indenizações.

Laurell e Noriega (1989) demonstram que os trabalhadores, em especial, por meio dos sindicatos, ao assumiram a saúde como uma pauta de reivindicação e luta operária provocou forte questionamento do modelo médico desenvolvido até então e, ainda desencadeou estudos acerca da relação trabalho e saúde para apoiar as suas reivindicações.

² “Na Itália, por exemplo, a Lei nº 300, de 20/05/1970 (*Norme per la libertà e la dignità dei lavoratori, della libertà sindacale e dell’attività sindacale nei luoghi di lavoro*), mas conhecida como Estatuto dos Trabalhadores” (DIAS, 1994, p. 55).

³ Considerando “[...] ritmos, horários, turnos, quadro de trabalhadores etc. [...]” (BERLINGUER, 1983, p. 20).

Segundo os autores (p. 49) apesar das várias lacunas “Isto tem permitido produzir conhecimentos suficientes para que a saúde do operário comece a perfilar-se como uma problemática social reconhecida e indubitável”. Laurell e Noreiga (1989) chamam a atenção para o Modelo Operário Italiano, cujo avanço metodológico é conhecido em razão do caráter coletivo da análise do processo de desgaste feito pelos próprios operários, contudo, eles sublinham que esta perspectiva metodológica não apresenta uma sistematização clara de o quê pesquisar, porém isto não obscurece o reconhecimento da problemática a partir da experiência e do conhecimento operário: “Só assim é que se pode ir mudando as coordenadas do terreno de discussão e de prática, precisamente porque identifica a saúde como um problema e um quefazer coletivo, e gera força social para consegui-lo” (LAURELL; NORIEGA, 1989, p. 53).

Maeno e Carmo (2005) apontam que no Brasil foi formado em 1980 um convênio Brasil-Itália “[...] no qual dezesseis médicos brasileiros receberam bolsas de institutos italianos dedicados exclusivamente à Saúde do Trabalhador” (MAENO; CARMO, 2005, p. 63). Esses autores demonstram que foi a experiência italiana que “[...] contribuiu para a criação dos serviços de atenção à saúde do trabalhador dentro da estrutura da rede básica de saúde [brasileira] [...]” (MAENO; CARMO, 2005, p. 64).

A visita de Berlinguer ao Brasil e o intercâmbio entre este e a Itália foram salutar para o desenvolvimento das ações de saúde do trabalhador, inclusive para a participação dos trabalhadores no processo de investigação e intervenção (MAENO; CARMO, 2005). A análise dos riscos físicos, químicos, biológicos e de organização do trabalho deveria ser feita, especialmente pelos trabalhadores, como apontam os autores, contudo, indicam que a legislação brasileira “[...] na sua forma de aplicação se distanciou do conceito original que privilegiava a participação ativa dos trabalhadores no processo” (MAENO; CARMO, 2005, p. 64).

Na Itália, houve ainda críticas acirradas aos profissionais responsáveis pelas ações de inspeções⁴ e as denúncias italianas confirmaram que é muito difícil se contrapor a empresa contratante. Então os profissionais que compõem os serviços de MT ou de SO têm chances limitadas de transformar os ambientes que oferecem riscos à saúde dos trabalhadores, já que isso implica, geralmente, em diminuir a produtividade, ritmo e jornada de trabalho e, portanto, de se opor ao sistema de acumulação e a quem mantém os seus salários, classe patronal. A

⁴ Por exemplo, na Itália em 1973, foram arquivados mais de 1.500 autos de inspeção, o que foi denunciado e durante o processo de julgamento, um dos diretores provincial e regional do ENPI se defendeu dizendo: “Não poderíamos certamente denunciar as indústrias irregulares quanto às normas contra acidentes, porque nós fazemos a visita judiciária a pedido seu e somos pagos por elas; se tivéssemos denunciado, teríamos perdido os clientes” (BERLINGUER, 1983, p. 19).

reflexão crítica acerca dos paradigmas de atenção à saúde dos trabalhadores feita especialmente pelos autores da Medicina Social Latinoamericana remete à imprecisão e insuficiência dos modelos MT e SO tanto para compreensão quanto para a ação de enfrentamento dos acidentes e doenças relacionados ao trabalho derivados do processo de trabalho (LACAZ, 1996).

Ao colocar os trabalhadores como sujeitos e protagonistas e não mais como objeto das intervenções, o Modelo Operário, desenvolvido na Itália, abre o flanco para o fortalecimento dos trabalhadores na luta pela saúde que resulta também na reivindicação da ampliação dos serviços públicos de saúde para o atendimento dessas questões. O maior envolvimento dos trabalhadores favoreceu as críticas acirradas aos preceitos e procedimentos da SO, por exemplo, os exames pré-admissionais, periódicos e demissionais, apontados como práticas discriminatórias (DIAS, 1994).

Dias (1994, p. 60), se apoiando em outros autores, destaca que outro fundamento da SO criticado foi o conceito dos Limites de Tolerância e de exposição, uma vez que “[...] estudos demonstraram a ocorrência de danos para a saúde, em condições presumivelmente seguras, como por exemplo, os efeitos neuro-comportamentais provocados pela exposição a baixa concentrações de chumbo e de solventes orgânicos.” Nesse sentido, a autora sublinha também que as ações de prevenção assentadas na mudança de comportamento dos trabalhadores, conforme propositura da SO, não conseguiram intervir de modo significativo nas doenças atípicas como a hipertensão arterial, a doença coronariana, os distúrbios mentais, o estresse e o câncer, entre outros.

Importante pesquisa organizada pelo Diesat (1989, p. 51) critica a insalubridade e indica que os limites de tolerância adotados pela legislação brasileira foram “[...] literalmente copiados da legislação norte-americana que, por sua vez, é aquela da ACGIH – American Conference Governmental Industrial Hygienist”, ou seja, a sua base é o padrão de vida e trabalho americanos “[...] que é desnecessário dizer, que é diferente em qualidade daquele em que ‘sobrevive’ o trabalhador brasileiro.” O referido estudo explica que no caso de ultrapassagem dos níveis de tolerância considerados pela norma classifica-se a nocividade de 10 a 40 % sobre o salário mínimo. A medição dos fatores de risco fica a cargo de técnicos e peritos, sendo que há uma variedade dos recursos utilizados, os quais se assentam na tendência de descaracterizar a insalubridade. No mais, o ideal não é pagar (pouco ou mesmo muito) pela saúde de quem trabalha, mas, sobretudo, eliminar os fatores geradores dos agravos, (DIESAT, 1989). Deve-se primar para que o trabalho seja portador das condições de vida e não o oposto.

O aporte teórico, no tocante aos estudos e pesquisas sobre as relações entre trabalho/saúde e doença contou, segundo Lacaz (1996), com as contribuições da Medicina Social Latino-Americana, especialmente a partir da interpretação das ciências sociais sobre as relações saúde/doença/trabalho e da saúde coletiva na sua versão programática.

Assim, o campo Saúde do Trabalhador vai contar de modo substancial, com as críticas, estudos e discursos da Medicina Social Latino-Americana. Freire (2000) destaca o estudo de Laurell e Noriega (1989) para a compreensão do processo de trabalho como espaço concreto de exploração e de desgaste operário e da necessidade de ser fazer o nexo dos vários fatores (cargas do tipo físico, químico, biológico, mecânico...) que interferem de modo combinados na saúde biopsíquica do ser humano trabalhador. Neste processo, Freire (2000, p. 171) acrescenta a carga social, especialmente para se referir às situações de autoritarismo, de agressões física, química, entre outras, que interferem na saúde e isto resultaria não “[...] somente no desgaste bio-psíquico, mas no social”, ou seja, na atrofia da potencialidade social. Segundo a autora a carga social seria caracterizada pela impotência de reação e mudanças às condições agressoras, o que gera, dentre outros, o fatalismo, a descrença e a desmotivação para o trabalho e autocrescimento.

As críticas à insuficiência dos modelos MT e SO serviram de referência ao movimento de Reforma Sanitária brasileira que incorporou as demandas de saúde do trabalhador na sua pauta de reivindicação. Pelo lado do movimento sindical brasileiro, Lacaz (1997) aponta que o Sindicato dos Químicos em São Paulo fez, na década de 1980, a primeira greve por saúde. Além disso, é interessante observar a aproximação do movimento sindical com as questões da saúde como um todo e, em especial, com saúde do trabalhador, conforme Lacaz (1996) descreve ao situar as primeiras ações desse campo nos serviços de saúde, plasmadas nos Programas de Saúde dos Trabalhadores (PST), como se verá mais adiante.

A luta pela saúde dos trabalhadores, na Itália, ultrapassou as fronteiras nacionais. Assim, no Brasil, houve a articulação de vários setores do movimento sindical na busca de melhoria das condições de trabalho e de saúde. Em 1978 foi criada a Comissão Intersindical de Saúde e Trabalho (CISAT) em São Paulo, passando, em 1980, para o Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas da Saúde e dos Ambientes de Trabalho (DIESAT)⁵. Na década de 1980, o DIESAT, passou a oferecer “[...] assessorias sindicais em saúde e trabalho, importante instrumento de luta pela saúde no trabalho e na sua relação com o Estado” (LACAZ, 1997).

⁵ O DIESAT seguia a experiência do movimento sindical, especialmente do Departamento Intersindical de Estatísticas e Estudos Sócio-Econômicos (DIEESE), criado em 1955 (LACAZ, 1997).

Rocha e Nunes (1993) destacam a realização dos Congressos Nacionais de Prevenção de Acidentes de Trabalho (CONPAT), os quais a partir do XII, realizado em 1973, têm registros que o movimento sindical teria apresentado documentos contrariando a postura de que o trabalhador é o culpado pelos acidentes e doenças relacionados ao trabalho. Durante o XVI CONPAT o próprio movimento sindical reconhece que até aquele momento o envolvimento sindical com a questão estava restrita a participação nos Congressos, Seminários etc. O movimento sindical criticou e também propôs a reformulação da CIPA, criada em 1945.

Para Lacaz (1996), o CONPAT⁶ foi uma aliança entre Estado e empresariado, cujo discurso prevencionista, acompanhado da nova Lei de Acidentes de Trabalho nº 6.367 de 19/10/1976, citada no capítulo anterior, tratou de escamotear os dados reais dos acidentes de trabalho. Assim, as autoridades políticas e técnicas, no caso o autor cita o discurso do Ministro do Trabalho no XVI CONPAT, que fala da “vitória” contra o inimigo (acidentes de trabalho).

O discurso da prevenção ocorre, especialmente, a partir da década de 1970 com a criação do Plano Nacional de Valorização do Trabalhador (PNVT)⁷, quando os CONPATs passam a fazer parte das campanhas de prevenção de acidentes de trabalho do governo, que segundo Lacaz (1996) se dá por meio do discurso de “cooptação” dos trabalhadores no cumprimento das normas e leis criadas pelo aparato técnico, bem como dos Equipamentos de Proteção Individual (EPI), permanecendo a idéia de ato inseguro e “culpa” do trabalhador.

A partir da década de 1970 houve crescimento das negociações coletivas e a busca de autonomia dos sindicatos na tentativa de romper com o peleguismo ou a formatação aliada ao Estado e ao assistencialismo. O “novo sindicalismo” teria uma atitude diferenciada em relação a questão trabalho e saúde. Rocha e Nunes (1993, p. 128-129) destacam cinco frentes de luta do movimento sindical a partir da nova postura:

- 1) atuação mais eficiente das CIPAs, procurando cipeiros vinculados aos sindicatos e tirando o caráter “fantasma” das CIPAs;
- 2) criação de Departamentos de Saúde e Trabalho nos sindicatos, com a contratação de técnicos;
- 3) realização de debates, seminários, cursos, visando difusão da informação sobre os riscos à saúde para desenvolver a consciência e a mobilização dos trabalhadores;
- 4) inclusão de cláusulas que resultem na melhoria das condições de trabalho nos acordos coletivos;
- 5) participação ativa nas mudanças jurídico-institucionais no processo em curso de Reforma Sanitária.

⁶ “Os CONPATs já se realizavam desde 1962, com a participação basicamente dos membros das CIPAs, sendo que o número de participantes cresce de 91 para 1962, para 1.135 em 1973, 3.361 em 1974 e 4.176 em 1975. A partir de 1974 é a FUNDACENTRO que organiza e promove os CONPATs” (LACAZ, 1996, p. 81).

⁷ Instituído pelo Decreto nº 70.861 de 25 de junho de 1972 (LACAZ, 1996, p. 77).

A partir desses motes, o movimento sindical se posiciona e se articula, inclusive, para derrubar aquelas direções consideradas “pelegas”. Lacaz (1996) destaca as ações de saúde dentro dos Sindicatos, que passam a ser de outro tipo, inclusive aqueles que tinham médicos contratados, mas que não faziam nenhuma relação dos atendimentos feitos com o processo de trabalho foram demitidos e no lugar foram contratados médicos e engenheiros do trabalho. No âmbito da CUT foi criado o Instituto Nacional de Saúde no Trabalho (INST).

Assim, os sindicatos desenvolveram algumas ações de saúde do trabalhador. Embora, na década de 1980, esses órgãos começaram a articular para que o Estado assumisse essas ações como uma política pública. Isso somado, a contribuição das ciências sociais e aos estudos decorrentes, ao intercâmbio Brasil-Itália, aos movimentos sociais e as críticas a insuficiência tanto do Ministério do Trabalho e Emprego, criado da década de 1970, quanto do INSS frente a complexa relação trabalho/saúde, e além é claro das ações discriminatórias da MT e SO corroboram para que os serviços de saúde públicos assumissem a saúde do trabalhador.

As contribuições, como já enfocado, da Medicina Social Latino-Americana, em especial, a partir da interpretação das ciências sociais sobre as relações entre trabalho saúde/doença, com destaque para a compreensão de novos fatores que intervêm na saúde do trabalhador, tais como produtividade e impacto de novas tecnologias, bem como os diversos aspectos presentes na organização, divisão, processo e relações sociais no trabalho, e a interpretação de novas doenças relacionadas ao trabalho (atípicas), como o sofrimento psíquico, vão gradativamente construindo o aporte necessário ao novo campo – Saúde do Trabalhador.

Trata-se então de pensar a saúde do trabalhador a partir de uma trama de acontecimentos que permearam o campo econômico, político e social, marcados pelo “enfraquecimento” do regime militar, na década de 1970 e pela re-articulação dos movimentos sociais, sindicais e científicos, este último a partir da representação da saúde-doença para além dos sintomas biológicos. No âmbito internacional, a Conferência de Alma Ata⁸ (1978), a qual defendeu “Saúde para todos no ano 2000” com a participação dos povos na sua execução, sob responsabilidade do governo e com ênfase para a atenção primária

⁸ A Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, reunida em Alma Ata, URSS, aos 12 de setembro de 1978 “[...] concita à ação internacional e nacional urgente e eficaz, para que os cuidados primários de saúde sejam desenvolvidos e aplicados em todo o mundo e, particularmente, nos países em desenvolvimento, num espírito de cooperação técnica e em consonância com a nova ordem econômica internacional” (CEREST, 2004a, p. 3).

também ofereceu importante contribuição para a inserção da saúde do trabalhador no SUS (DIAS, 1994; LACAZ, 1996).

Para que se possa compreender a mudança do enfoque curativo e hospitalar da saúde pública para um modelo de prevenção, promoção e de participação da comunidade é importante, mesmo que de modo sucinto, que se refira a Conferência Internacional de Alma Ata, ocorrida em 1978, a qual influenciou o Movimento de Reforma Sanitária apostando nas ações descentralizadas e de Atenção Básica, inspirando a criação dos Programas de Saúde dos Trabalhadores.

A partir da Conferência de Alma Ata, segundo Dias (1994), decorreram alguns eventos internacionais para divulgar e discutir as propostas relativas a SO, bem como trocar experiências em curso nos países da região e as estratégias para a sua aplicabilidade. No Brasil, em março de 1984, em Campinas, foi realizado “o Seminário/Taller ‘Actividades de salud ocupacional em la red de servicios de salud’ com a participação de representantes de dez países latino-americanos para discutir as implicações doutrinárias e práticas de SO nos Serviços de Saúde” (OPAS, 1984 apud DIAS, 1994, p 65).

Lacaz (1996, p. 278) destaca que a partir desse Seminário houve trocas de experiências e a aproximação entre Universidade e técnicos da rede de serviços de saúde. No caso, ele descreve a implantação da metodologia de trabalho de Vigilância Epidemiológica das intoxicações por agrotóxicos no Vale do Ribeira e devido a similitude desta experiência com o que já vinha sendo desenvolvida pela Equipe do Núcleo de Ecologia Humana da Unicamp na região de Mogi Mirim, houve uma aproximação interessante, cujo modelo desenvolvido foi ampliado para algumas regiões do Estado de São Paulo, “Marília, Presidente Prudente e Ribeirão Preto” pelas equipes da Unicamp e do Vale do Ribeira. O autor destaca ainda que o Seminário engendrou reformulações conceituais fomentando a realização de evento semelhante em São Paulo, envolvendo os trabalhadores da saúde da rede básica.

O Seminário⁹ promovido pela Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES), nos dias 23 e 24/08/1984, com expressiva participação de militantes do segmento sindical, acadêmico e sanitaristas, resultou em um documento final, o qual manifestou que os serviços médicos de empresas monopolizavam as reais informações acerca da saúde dos trabalhadores e que a assistência praticada pela Previdência Social apresentava sérios limites. Esse documento destacou também que como os serviços de saúde públicos já vinham se estruturando em áreas temáticas (Doenças Transmissíveis, Materno Infantil) poderiam

⁹ “Estratégias para a implantação de ações de Saúde do Trabalhador na rede básica da Secretaria de Saúde” (LACAZ, 1996, p. 279).

desenvolver as ações pertinentes a saúde do adulto incluindo a saúde do trabalhador aproveitando a estrutura da rede de serviços de saúde existentes e incorporando a abordagem epidemiológica e a participação dos trabalhadores. Dessa maneira, os discursos acerca da atenção básica em saúde, descentralização e participação da comunidade, proposto pela Conferência de Alma-Ata, sobre Atenção Primária de Saúde, organizada pela OMS no ano de 1978 (LACAZ, 1996, p. 283), começou a ser colocado em prática.

Assim, a Conferência de Alma Ata e os acontecimentos que a seguiram parecem que foram salutares para a incorporação das ações de saúde do trabalhador nos serviços de saúde públicos brasileiros: “[...] enfocando a saúde total dos trabalhadores e destacadas a importância da participação dos trabalhadores e da articulação com outros setores e instituições relacionadas, particularmente na esfera do trabalho” (DIAS, 1994, p. 66).

Lacaz (1997) enfatiza também o papel da OMS que apontou sugestões para trabalhos com grupos populacionais específicos, dentre eles, trabalhadores rurais, mineiros e migrantes. As programações da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)¹⁰, no decorrer dos anos de 1980, estabeleceu diretrizes para a política de saúde pública, voltadas para a saúde daqueles que trabalham. Segundo Lacaz (1997), na mesma linha destaca-se o papel da OIT, especialmente com as Recomendações sobre os Serviços de Saúde no Trabalho¹¹, como já apontado em linhas precedentes, formado a partir de Equipes multiprofissionais contradizendo a tradicional “medicina do trabalho”.

Maeno e Carmo (2005) expõem que sindicalistas, estudiosos, técnicos e parlamentares discutiram na pré-constituente e nas constituições estaduais a emergência do campo Saúde do Trabalhador como uma política pública e garantiu, na forma da Lei, a intervenção da saúde pública nos ambientes e processos de trabalho.

No seu estudo, os autores destacam a reportagem do DIESAT, publicada pela revista Trabalho & Saúde, em outubro de 1989, que trata da atuação da saúde pública e explica que até aquele momento a intervenção “Parava exatamente no portão da fábrica, o que facilitava a submissão da saúde e vida do trabalhador aos interesses da produção. Agora, segundo Gouveia, deve-se pensar em submeter o lucro e a acumulação de capital à manutenção da saúde e da vida dos trabalhadores” (MAENO; CARMO, 2005, p 109).

O enfraquecimento e o rompimento do governo militar dão emergência a um novo

¹⁰ Escritório Regional para as Américas, OPAS.

¹¹ Adotada na 71ª Conferência Internacional do Trabalho, em 05/06/1985, a Convenção no. 161 e a Recomendação n. 171 denominadas respectivamente “Convenção e Recomendação sobre os Serviços de Saúde no Trabalho”, cujas principais características são o princípio da participação dos trabalhadores, a atuação em equipes multiprofissionais e a sua implementação principalmente a partir de políticas públicas (OIT, 1985 apud LACAZ, 1997).

cenário político e com as eleições diretas “[...] delineia-se a possibilidade de que a Saúde Pública assumira um papel ativo na condução de um movimento político-ideológico que ficaria conhecido como os ‘Programas de Saúde dos Trabalhadores’ (PST)” (LACAZ, 1997). Em outras palavras, o que se está enfatizando é que o processo que busca estruturar a saúde do trabalhador na rede de serviços de saúde pública é uma particularidade fruto do novo ambiente político, de saturação do regime militar e ascensão dos movimentos sociais e de trabalhadores no âmbito nacional e internacional. Relaciona-se também as formas de enfrentamento da questão trabalho/doença adotadas num universo maior, ou mais amplo, como as ações dos organismos internacionais (OIT, OMS/OPAS). A estruturação dos PST é uma singularidade no contexto ampliado de relações políticas, sociais, econômicas e culturais, portanto, não se pode vê-los ou analisá-los de modo isolados, antes são produtos daquele período e do jogo de forças políticas decorrentes.

Observa-se, no estudo de Lacaz (1996), a evolução das discussões idealizadas da saúde do trabalhador para a sua implementação prática por meio dos PST, num contexto de emergência da participação política – campo democrático popular – (GOHN, 2001) e de envolvimento de técnicos, sanitaristas, trabalhadores da saúde, sindicalistas e acadêmicos. Parece que o Seminário realizado pela SES, em 1984, citado em linhas precedentes, teve um salto qualitativo não apenas no envolvimento da sociedade, mas, sobretudo, por trazer a público o novo enfoque de atenção aos agravos à saúde dos trabalhadores. O Seminário abordou uma situação complexa - introduzir as ações de saúde do trabalhador nos serviços de saúde – que contrapunha o modo tradicional de resolver ou atender tal problemática. Ora, claro que a saúde pública já prestava assistência a esses agravos, porém a partir do Seminário e do complexo processo social, econômico, político e cultural em voga, neste período, inicia-se os PST, inclusive com a criação do PST de Cubatão.

Lacaz (1996) destaca que o documento final do referido Seminário enfatizava as diretrizes perseguidas pelo movimento de Reforma Sanitária quais sejam: adoção da descentralização das ações, autonomia regional, hierarquização, estruturação de referência e contra referência, desenvolvimento de ações de educação em saúde, visando a qualificação técnica dos trabalhadores da saúde, melhor aproveitamento dos Centros de Saúde, estudos epidemiológicos das realidades regionais e dos serviços de saúde existentes e integração interinstitucional (movimento social, universidade e serviços que contemplam a área Saúde e Trabalho).

Deve ser lembrado que, neste momento, o Movimento de Reforma Sanitária, cujas propostas universalizantes, de atendimento integral, regionalizado, hierarquizado e de

participação comunitária, avançava na proposição de reformular profundamente o sistema de saúde pública, a começar pela introdução de um sistema único/universal. As propostas apresentadas e ratificadas na 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em meados da década de 1980, e aderidas pela Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988, art. 196), conforma a saúde pública como direitos de todos e dever do Estado, a partir de um discurso de oposição à mercantilização da saúde. Essa reorganização do sistema passa a abranger a saúde do trabalhador, não mais limitada as ações de assistência e recuperação dos agravos, mas, sobretudo, de prevenção, promoção e vigilância em saúde do trabalhador.

3.3 A política de Saúde do Trabalhador no SUS: a fase dos PST

Eu diria que o resultado final, o vetor final do processo de transição tem marca tanto do processo de conciliação pelo alto, como também tem marcas da presença ativa da sociedade civil empurrando o processo de abertura para frente. Pressão de baixo essa, que culminou, talvez, no maior movimento de massa que a história do Brasil já conheceu, que é a campanha pelas “diretas já”, que teve um indiscutível peso na derrota final da ditadura.

COUTINHO, 1992, p. 119.

O cenário da década de 1980, quando emerge as primeiras experiências de atenção à saúde dos trabalhadores no interior da saúde pública, é marcado pela ruptura dos vinte anos de ditadura no Brasil. Segundo Coutinho (1992) o processo de transição do militarismo para a democracia contou com novos e velhos mecanismos de fazer política, ou seja, pelo lado tradicional partiu-se para a postura de conciliação e, do outro, vários movimentos subjacentes a sociedade civil, como as forças políticas representadas pelo novo sindicalismo e pelo PT, foram ao colégio eleitoral e pactuaram para a ruptura com o militarismo de forma não violenta. Porém, o autor destaca que a ruptura com o regime militar não deixou de ter elementos de conciliação, haja vista a escolha de um candidato moderado para os interesses da oposição e da ditadura, por isso, que a ruptura apesar de configurar um novo regime político acabou por manter fortes características do modo tradicional prussiano, no sentido de fazer mudanças sempre por cima, presente na estrutura política brasileira. Ademais as mudanças foram subordinadas à modernização conservadora que já vinha ocorrendo desde a década anterior, mas passa a congrega os interesses no dito desenvolvimento que via o modelo brasileiro como próximo ao feudal, emergiu, então, a aliança mais efetiva com o capital internacional.

Então, cabe desvendar aqueles acontecimentos que emergiram da sociedade civil pressionando para que fosse estabelecida a política de saúde do trabalhador e a construção de um novo bloco de poder frente a temática trabalho e saúde.

Dias (1994) aborda a Saúde do Trabalhador a partir de três principais períodos históricos. O primeiro que compreende os anos de 1978 até por volta de 1986, caracterizado pela divulgação da experiência italiana, realização de eventos sobre a temática trabalho e saúde e pela criação dos PST. Acredita-se que se deve incluir neste período a aproximação e envolvimento do movimento sindical com a questão trabalho e saúde. O segundo, que compreende os anos de 1987-1990, norteado pelos vários acontecimentos oriundos do processo constituinte, da criação da Lei Orgânica da Saúde (nº. 8080 e nº. 8142) (CRESS, 2004a; BRASIL, 1990b), respectivamente, e da inserção, legal, da saúde do trabalhador como atribuição da saúde pública e sua conseqüente implantação na rede de serviços de saúde. A fase subseqüente – terceiro momento – caracteriza-se especialmente pelo avanço do setor saúde – no plano legal – e pelas dificuldades de sua real efetivação devido a adoção política do projeto neoliberal, que propõe, inversamente, as garantias da Constituição, a diminuição do Estado frente as política públicas.

Assim, a discussão da política de saúde do trabalhador do SUS não poderia desconsiderar essas fases embrionárias, especialmente a primeira e a segunda, constituída pelos PST, até porque muitas das diretrizes desses Programas são retomadas na terceira fase, em especial, para a perspectiva de ação dos CEREST a partir de 2002, como se verá adiante. Esse modelo que se manifesta no início do século XXI na forma fenomênica dos Centros de Referências tem em sua lógica interna, o seu núcleo essencial, composto por uma complexa estrutura histórico-social (KOSIK, 2002). Dessa maneira evidenciam-se alguns acontecimentos sociais e políticos presentes no desenvolvimento dos PST.

Nesse sentido, Lacaz (1996) desenvolve a discussão do processo de formação das propostas dos PST das regiões: Baixada Santista (Santos Cubatão), Vale do Ribeira-Registro, ABCD e Campinas, no período de 1984 a 86, quando a SES a partir do Instituto de Saúde desenvolve ações de formação dos trabalhadores para a área.

A despeito da proposta da Baixada Santista esta foi pautada:

[...] pela perspectiva de acoplar ações de assistência à saúde, às ações de vigilância dos ambientes de trabalho, com ênfase na interlocução com os movimentos social de trabalhadores e na atividade interinstitucional e multiprofissional, procurando sempre uma aproximação com a universidade (LACAZ, 1996, p. 288).

Observa-se a relação da implantação dessa experiência com a universidade. Segundo Lacaz (1996), a realização de estudos e pesquisas das doenças clássicas¹² predominada pela intoxicação ao benzeno e derivados e também surdez ocupacional, silicose, asma, tenossinovite e dermatose foram determinantes para a visibilidade ao Programa, mas estes estudos acabaram se tornando uma peculiaridade das ações dos PST. A partir de 1987, o autor, destaca que houve prioridade para a notificação compulsória dos agravos, elaboração de mapas de riscos, atuação em equipes interdisciplinares, sendo o CESAT reconhecido oficialmente como Centro para as Doenças Ocupacionais, pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), ampliação das ações assistenciais e educativas e forte proximidade com a Universidade.

Quanto a experiência do Vale do Ribeira, Projeto de Vigilância Epidemiológica em Intoxicações por Agrotóxicos e Saúde Ambiental no Departamento Regional de Saúde do Vale do Ribeira (DEVALE), foi implantada no segundo semestre de 1984, Lacaz (1996) explica que a partir de estudos de intoxicações exógenas, realizados em dois hospitais em 1982 e 1983, teria sido observada a prevalência de intoxicados por agrotóxicos naquela região, sendo então assumida como uma questão de saúde pública, dando início ao Programa de Vigilância Epidemiológica das Intoxicações e também pela característica agrícola da região aos acidentes provocados por animais peçonhentos. A estratégia de implantação privilegiou duas fases: formação dos trabalhadores da saúde e da comunidade e a implantação de “[...] um sistema para notificação das intoxicações que envolvia a busca ativa dos casos, prevenção, coleta de dados, hierarquização das ações entre a rede de Centro de Saúde (CCs) e os outros órgãos públicos da área agrícola” (LACAZ, 1996, p.298). As ações de assistência ficavam a cargo dos Postos de Saúde e serviços.

Este Programa contou com apoio do Ministério da Saúde, inclusive financeiro, e parece inusitado devido a articulação com a universidade (Núcleo de Ecologia Humana Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP) e como fruto foi gerado:

¹² A verdadeira epidemia de benzenismo em trabalhadores metalúrgicos da COSIPA, detectada e denunciada ainda em 1983 pelo Sindicato dos Metalúrgicos de Santos e Cubatão é uma marca que vai acompanhar o Programa em toda a sua trajetória ocorrendo então ao CESAT, uma importante demanda de trabalhadores com tal doença, que atingia também os trabalhadores da construção civil que operavam na área da siderúrgica (LACAZ, 1996). A respeito do CESAT, Lacaz (1996, p. 291) explica que: “Após a tentativa de implantação de atividades no Centro de Saúde de Cubatão, em 1985/86, opta-se pela instalação de um ambulatório para atender aos trabalhadores, o qual é inaugurado em 11/11/86, o Centro de Saúde do Trabalhador (CESAT), nas dependências do Hospital Estadual Guilherme Álvaro, ligado a Faculdade de Ciências Médicas de Santos”.

[...] um sistema de notificação dos casos de intoxicação¹³, que desencadeará uma ação em termos de vigilância epidemiológica, prevendo a coleta de dados, **sistema integrado** de referência e contra-referência, **hierarquização** das ações, envolvendo a **rede** de Centros de Saúde e outros serviços [...] da região, como Hospital Regional, Santas Casas etc. [...] O atendimento dos intoxicados deverá ser efetuado utilizando-se a estrutura da Secretaria de Saúde [...] (DEVALE apud LACAZ, 1996, p. 300, grifo do autor).

A partir desse Programa houve a intenção de estender a experiência de vigilância epidemiológica em agrotóxicos para o Estado de São Paulo, sendo abortada na gestão da SES de 1997, quando se inicia o segundo momento das ações de saúde do trabalhador nos serviços de saúde públicos (DIAS, 1994). Isso refletiu na década de 1990 - terceiro momento da saúde do trabalhador no SUS - na queda das notificações dos agravos à saúde relacionados ao trabalho e no retrocesso nas ações comparadas a proposta original.

Na região do ABC a proposta de atenção a saúde do trabalhador partiu, segundo Lacaz (1996), da ação interinstitucional envolvendo o Instituto de Saúde, DIESAT e Departamento Regional de Saúde e Sindicato dos Trabalhadores Químicos do ABCD. Havia uma perspectiva do Sindicato em romper com a abordagem assistencialista e assumir as questões relativas a saúde dos trabalhadores num tom mais de reivindicação, indo ao encontro com as proposições do “novo sindicalismo”. Interessante observar que a proposta do PST desta região contou com bastante envolvimento do Sindicato. Esse teve um papel preponderante na construção do projeto, formação e “treinamento” dos trabalhadores das Unidades Básicas, a princípio em Diadema e Mauá, em 1985, bem como na divulgação do serviço e ainda no acompanhamento por meio da presença de um cipeiro (representante da CIPA). As ações de vigilância foram agilizadas pelo Sindicato junto a DRT. A participação do Sindicato gerou resistências de todos os lados, essencialmente das empresas que buscavam ter o controle da saúde de seus trabalhadores. Em 1989, o “Programa de Saúde do ABCD foi municipalizado, transformando-se no Centro de Referência em Saúde Trabalhador do ABCD, agora sob a coordenação de um ‘pool’ de municípios com sede em São Bernardo do Campo”, o atendimento aos trabalhadores foi ampliado a Santo André, São Caetano do Sul, Mauá, Diadema (LACAZ, 1996, p. 314).

A perspectiva das ações do Centro previa:

¹³ “A escassa ou ausente informação [...] dos sintomas [...] das intoxicações, [...] justifica o baixo número de diagnósticos efetuados antes da implantação do programa de vigilância e [...] o alto percentual de intoxicações por agrotóxicos desconhecidos” (FREITAS et al., 1986 apud LACAZ, 1996, p. 302).

Estudos sobre solventes e metais, surdez, pneumomoniose e Lesões por Esforços Repetitivos, a partir das inspeções nos ambientes de trabalho, servindo seus resultados como subsídios para a negociação entre trabalhadores e empresários, sendo que as atividades estabeleceram-se em conjunto com os sindicatos, cobrindo as principais questões relativas às condições de trabalho (LACAZ, 1996, p. 315).

A participação sindical, os estudos epidemiológicos e a articulação com a universidade constituíram forças políticas importantes no início do reconhecimento da problemática e intervenção aos agravos à saúde dos trabalhadores pela saúde pública. Isso pode ser verificado também na experiência, destacada por Lacaz (1996), desenvolvida em Pedreiras, região de Campinas, quando o DIESAT e o SES desenvolvem, em 1985, um estudo sobre a situação de saúde dos trabalhadores ceramistas. Esta ação teria sido precedida por outros estudos e movimento dos trabalhadores que desde a década de 1970 tentavam dar visibilidade a problemática, mas só em 1985 foi criado o Projeto de Investigação Epidemiológica sobre Silicose nas Indústrias de Cerâmica do Município de Pedreira-SP. A partir daí houve a estruturação do atendimento aos trabalhadores por meio do Centro de Saúde de Pedreira, com importante articulação com outras instituições como DRT, FUNDACENTRO, Sindicatos e Disciplina do Trabalho da FCM da UNICAMP. Essa última desenvolveu importante estudo a partir do cadastro, estudo de radiografias e provas funcionais respiratórias, sendo que de 1985 a 1987 foram cadastrados 4.065 trabalhadores e 136 eram silicóticos (LACAZ, 1996, p. 317). A perspectiva de análise adotada seguia os pressupostos da MSL:

O cadastramento realizado pelo Programa de Atenção à Saúde do Trabalhador Ceramista, expõe então à sociedade uma realidade anteriormente escondida nos escaninhos da Previdência Social, ou nas estatísticas de óbito por insuficiência respiratória cujo nexos ocupacional era negado, ou seja, torna público o privado. Além disso, possibilita a intervenção nos locais de trabalho e mobiliza a sociedade que cria a Associação de Silicóticos de Pedreira – forma de organização hoje corrente entre vítimas de doença do trabalho – cuja oposição ao Sindicato cooptado, leva vários de seus membros a assumir cargos na nova direção que assumia (LACAZ, 1996, p. 317).

Essas experiências estrategicamente serviram a socialização de informações elaboradas nos marcos do entendimento da determinação social do processo saúde-doença e ainda partir da conscientização das ações de saúde do trabalhador como integrante da política pública de saúde embebida pela saúde coletiva e Reforma Sanitária.

Maeno e Carmo (2005) destacam que os PST desempenharam papéis preponderantes na construção da política de saúde do trabalhador, ao representar uma possibilidade, “um canal” para o atendimento diferenciado aos que sofreram agravos no/pelo trabalho. Apesar dos limites, como falta de recursos, especialização técnica e interesse

político, produziram elementos responsáveis pela visibilidade do campo Saúde do Trabalhador, como a experiência da Zona Leste, em São Paulo.

Dias (1993, p.149) sublinha que os PST a partir “[...] da proposta de conhecer e intervir sobre a realidade e somar forças com o movimento social, em uma atuação multidisciplinar e interinstitucional”, teve o mérito, entre outros, de trazer para dentro dos serviços de saúde a abordagem do processo trabalho/saúde/doença.

Esses Programas foram dando visibilidade à demanda e, apesar da atuação limitada, iniciaram, mesmo que timidamente, ações de vigilância em saúde do trabalhador “[...] de forma heterogênea e contraditória, combinando elementos da experiência internacional e nacional, das práticas de vigilância em saúde pública [...] combinando ainda com as experiências de vigilância à saúde, inspeção/fiscalização do setor trabalho” (VILELA, 2003, p. 101).

Os PST representaram a possibilidade concreta para a aproximação dos serviços de saúde com o trabalho e foram preponderantes para a implantação dos CEREST em todo o país, desvinculando a tradicional atenção de medidas paliativas aos riscos mais evidentes para um contexto mais amplo: o da intervenção, prevenção e promoção da saúde dos trabalhadores, a partir de equipes multiprofissionais e de ações intersetoriais.

O acúmulo científico, político e social proporcionado pela atuação dos movimentos sociais e pelas experiências dos PST contribuíram, na década de 1990, para a criação de legislações específicas acerca do estabelecimento da saúde do trabalhador como área de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS). Porém, deve ser frisado que, como descreve Lacaz (1996), a administração da SES a partir de 1987 desconsiderou a experiência dos PST e na diretriz da política assumida manteve a articulação com a universidade, mas se distanciou dos sindicatos. Em 1987 foi criada a Comissão de Saúde do Trabalhador (COST) responsável em orientar científica e criticamente os PST, com forte viés de acionar os Hospitais Universitários para assumirem a saúde do trabalhador.

Neste segundo momento da saúde do trabalhador no SUS, Lacaz (1996) destaca o ambiente conflitivo entre a gestão da SES e os sanitaristas e técnicos dos PST. A COST teria priorizado a formação e treinamento de pessoal a partir de compromisso assumido pela FSP da USP, por meio do Departamento de Saúde Ambiental, com ênfase ao modelo de MT/SO.

Lacaz (1996), discutindo os cursos oferecidos aos trabalhadores da saúde dos antigos Escritórios Regionais de Saúde (ERSA), destaca a diferença entre a intenção anterior com a assumida a partir de 1987, de acordo com ele:

Observa-se aqui mais uma disparidade teórico-conceitual entre a “nova” orientação com aquela imprimida na origem dos PSTs, ou seja, não se tratava da incorporação da MT-SO na rede de saúde pública, mas sim de uma abordagem de Saúde Pública, a partir dos pressupostos da MSL e da Saúde Coletiva, coordenada por sanitaristas (LACAZ, 1996, p. 340).

Em âmbito estadual estava em voga a discussão acerca da autonomia das Vigilâncias e a inclusão da saúde do trabalhador no SUS, o que gerou muitos conflitos de competências. A SES não seguiu com a proposta dos PST, como já dito, e a partir de problemas pontuais como hidrargirismo em uma fábrica de cloro soda leva o PST de Santo André a apresentar a problemática a COST, houve a elaboração de Normas Técnicas pela COST. Segundo Lacaz (1996), essas Normas Técnicas seguiram os pressupostos da MT/SO, adotados pela COST, em “[...] conformidade com os pressupostos da Higiene, Medicina e Saúde Ocupacional, de critérios amostrais, indicadores biológicos, critérios de perda de função, diagnóstico clínico, tratamento, prevenção e controle, legislação pertinente de base, etc.”, segundo a ata da reunião da COST de 08/03/1991, citada por Lacaz (1996, p. 342). Essas normas, segundo Lacaz (1996), trataram, especificamente, dos agentes físicos e químicos.

O processo de municipalização da saúde pública é destacado por Lacaz (1996), como mais uma característica que pode ser introduzida no processo histórico, que compõe o segundo momento da saúde do trabalhador nos serviços de saúde – 1987 -1990 –. O autor explica que as discussões acerca da municipalização data do início do século passado, mas que acabou por seguir a rota oposta, ou seja, a centralização política administrativa nos órgãos federais. A mudança então se deu com a 8ª CNS, em março de 1986, mas os reflexos para a saúde do trabalhador ocorreriam nos anos de 1989/90, com a eleição de políticos da “esquerda”. Esses teriam retomado alguns traços dos PST agora a partir dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CRST).

Um dos traços dos CRST foi o caráter multiprofissional, além disso, começou-se a concentrar recursos materiais e humanos para a área e, ainda, foi uma estratégia que articulou assistência e prevenção “[...] isto é, a vigilância/intervenção nos locais de trabalho, com forte interlocução junto ao Movimento Sindical” (LACAZ, 1996, p. 344). No entanto, um dos problemas nessas experiências é a falta de articulação entre os CRST e a rede de serviços de saúde (LACAZ, 1996). Parece que essa é ainda uma dificuldade a ser superada como se verá nos próximos capítulos.

A COST foi extinta em 1991, quando muda a gestão da SES. Dessa forma, a década de 1990 constitui-se o terceiro momento da saúde do trabalhador do SUS, quando são

implementadas várias legislações pertinentes a sua operacionalização dentro do sistema. Para Dias (1994) o segundo momento termina com a 2ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador no SUS (2ª CNST), portanto quando inicia o terceiro momento.

Grosso modo, essas foram os principais acontecimentos que marcaram (o segundo período) o início das ações de saúde do trabalhador na saúde pública. A partir de 1988, com a promulgação da Constituição Federal de 1988, é que foram criadas as condições legais para a saúde do trabalhador no seio do SUS.

3.4 Saúde do trabalhador a partir da Constituição Federal de 1988

*As ações de **saúde do trabalhador** estão colimadas na busca de mudança nos processos de trabalho – das condições e dos ambientes de trabalho – através de uma abordagem **transdisciplinar e intersectorial** na perspectiva da totalidade, com a **participação dos trabalhadores**, enquanto sujeitos e parceiros, capazes de contribuir com o seu saber para o avanço da compreensão do impacto do trabalho sobre o processo saúde-doença e de intervir efetivamente para a transformação da realidade.*

DIAS, 1994, p. 71, grifo do autor.

Dias (1994) destaca as características mais prementes da saúde do trabalhador quais sejam: as mudanças nos processos e ambientes de trabalho, a abordagem intersetorial e interdisciplinar na perspectiva da totalidade e a participação dos trabalhadores. A tônica a essas diretrizes foi ofertada pela construção desse campo, como já evidenciado, houve um destaque especial para o papel do Sindicato dos trabalhadores que ao se aproximar da relação trabalho e saúde pressionou o poder público para assumir essa questão a partir do viés de política pública. Outra contribuição veio das universidades, que criaram disciplinas e cursos de especialização *stricto e lato senso*, em especial, por incentivar a pesquisa e formação de novos atores. A realização de eventos nacionais e internacionais de saúde do trabalhador que promoveram e estimularam o desenvolvimento e acompanhamento dos estudos epidemiológicos (LACAZ, 1996) e ainda as experiências dos PST foram importantes motes para o reconhecimento constitucional da relação trabalho e saúde na Constituição Federal de 1988 e, posteriormente, no delineamento da Política Nacional de Saúde e Segurança no Trabalho (PNSST) do SUS (BRASIL, 2004a).

Na esteira dos acontecimentos essenciais da década de 1980 têm-se uma riqueza de acontecimentos sociais, talvez no âmbito econômico tenha sido uma década “perdida”, mas politicamente foi uma década de conquistas sociais. Destaca-se o rompimento com o

militarismo, a eleição de políticos vinculados ao PT e o protagonismo de forças sociais e políticas que convergiram para reforma social contida na Carta Constituinte de 1988, que Behring e Boschetti (2007) enfatizam como a busca de um padrão público universal (retardatário) de proteção social no Brasil.

A década de 1980 foi marcada pelo agravamento da situação econômica e social (desemprego, inflação, dívida externa e interna etc.), mas também pelo reposicionamento dos trabalhadores na luta pelas práticas de socialização da produção social e do poder político. Mota (2000) destaca que as Centrais e Partidos políticos organicamente vinculados aos trabalhadores encaminharam reivindicações e propostas mais universais e que isto abriu espaço para a universalidade das políticas públicas. Os movimentos de trabalhadores reivindicaram ainda a autonomia sindical, o direito a greve, a universalização da saúde e da previdência e as mudanças de proteção ao trabalhador, conforme Constituição de 1988.

A partir da década de 1980, tanto o trabalho quanto a saúde foram institucionalizados nas formas de cidadania e direitos sociais na Constituição de 1988. A título de exemplo, cita-se: art. 5º, todos são iguais perante a lei; no 6º, o trabalho é um direito social; no 7º, são garantidos os direitos trabalhistas que visem a melhoria social; no 8º, é permitida e garantida a livre participação e negociação dos trabalhadores através de organizações e sindicatos, sem reconhecimento do Estado¹⁴; no art. 198, a sociedade é chamada a participar, a acompanhar e a fiscalizar a gestão pública e, finalmente, o artigo 200 garante o “trabalho decente” ao colocar o ambiente de trabalho como passível de fiscalização e intervenção da saúde pública.

A saúde do trabalhador ao sabor da Carta Constituinte, em 1988, afirmou a sua integração nas ações do Sistema Único de Saúde (SUS). Isso refletiu na década de 1990 na edição da Lei Orgânica da Saúde (LOS), nº. 8080/90 (CRESS, 2004a); nº. 8142/90 (BRASIL, 1990b), que definiu, no artigo 6ª, a vigilância em saúde do trabalhador como responsabilidade do SUS, preconizando a intersetorialidade, a participação dos trabalhadores, a difusão de informações, entre outros.

Até esse momento, as experiências dos PST e as ações de saúde do trabalhador desenvolvidas pela área pública correspondente eram dispersas e descontínuas. O processo histórico de reconhecimento dessa área como parte das ações do SUS contou com a realização de três Conferências Nacionais de Saúde do Trabalhador (CNST).

¹⁴ Lembrando que, desde a década de 1930, os sindicatos só poderiam funcionar com o devido reconhecimento do Estado, o que Faleiros (1992) chamou de pelego, conforme abordado no capítulo anterior.

A 1^a¹⁵ e 2^a CNST realizadas em 1986 e 1994, respectivamente, foram importantes para a organização de setores da sociedade civil e sua manifestação no que tange a relação trabalho e saúde.

Nos acontecimentos históricos da década de 1990, em nível internacional, Dias (1993) destaca a XXIII Conferência Sanitária Panamericana, realizada em setembro de 1990, a qual na busca de fomentar as práticas de saúde dos trabalhadores entre os países membros designou o ano de 1992 como o “Ano da Saúde dos Trabalhadores”, quando no Brasil ocorreu a 2^a CNST, em 1994, a qual ficou marcada pelos discursos de oposição entre os representantes da saúde e do trabalho (Ministério do Trabalho). Essa Conferência enfatizou a imprecisão quanto à competência de ação do SUS nos ambientes de trabalho. Grosso modo, técnicos do Ministério do Trabalho não viram, com “bons olhos”, a atuação da saúde pública nas questões do trabalho.

Lacaz (1997) sublinha como resultante das discussões travadas durante a 2^a CNST, especialmente em relação ao papel do SUS em assumir as ações concernentes ao trabalho e saúde, as mudanças nas NR n^o. 4 e n^o. 9, da Portaria MTb 3.214/78, pelo Setor Trabalho na busca de garantir espaço. Na NR n^o. 4 a mais importante é a exigência “[...] do Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO), envolvendo exames médicos de trabalhadores, avaliação de riscos e seu controle” (LACAZ, 1997). A NR n^o. 9 enfatiza o Programa de Proteção de Riscos Ambientais (PPRA). Inversamente, como explicita Lacaz (1996) na prática essas propostas contribuiriam mais para a ampliação do mercado de trabalho terceirizado do que para mudanças reais nos ambientes e condições de trabalho.

Esse histórico no modo de trabalhar dos serviços públicos, geralmente, desarticulado, fragmentado e isolado, afetou o avanço da implantação da saúde do trabalhador a partir da propositura dos PST nos serviços de saúde públicos e pode ser verificada ainda, nos dias de hoje. Esta falta de reconhecimento do Ministério do Trabalho da competência do SUS em fazer vigilância em saúde do trabalhador, no que diz respeito a visita/inspeção nos ambientes de trabalho vem ocorrendo em Franca/SP, desde o momento da implantação do CEREST (LOURENÇO; BERTANI, 2006a) até os dias atuais, como se será visto adiante.

No decorrer de 1990 são criados parâmetros legais para que a saúde do trabalhador fizesse parte da política de saúde pública, como a criação da Instrução Normativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador do SUS, Portaria n^o 3.120 de 1^o de julho de 1998

¹⁵ A 1^a CNST foi realizada no período de 01 a 05/12/1986, num ambiente de “articulação de forças” que, segundo Lacaz (1996), as diretrizes do documento final foram incorporadas na Carta Constituinte e na Lei Orgânica da Saúde (LOS).

(BRASIL, 2005a) e a NOST (BRASIL, 2005b). No final da referida década, em cumprimento a Lei Orgânica da Saúde (LOS 8.080/1990, art. 6º, § 3º, inciso VII), a qual delega ao SUS a revisão periódica da listagem oficial de doenças originárias do processo de trabalho, em 1999, foi editada uma nova Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho (DIAS, 2001). Ressalta-se que ao estabelecer a relação entre doenças e trabalho num conceito mais amplo e prever a sua revisão, anualmente, com vistas a inclusão de novas doenças, ela propiciou um avanço para novas práticas e políticas no campo Saúde do Trabalhador.

Outro aspecto positivo, possibilitado pela edição desta nova Lista, é o fato dela ter sido adotada também “[...] pelo Ministério da Previdência e Assistência Social, regulamentando o conceito de Doença Profissional e de Doença Adquirida pelas condições em que o trabalho é realizado [...]” (DIAS, 2001, p. 20). Desse modo, a doença relacionada ao trabalho para fins de benefícios pode ser equiparada ao acidente de trabalho (DIAS, 2001). Assim, a legislação previdenciária utiliza a expressão acidentes de trabalho para se referir também às doenças relacionadas ao mesmo.

A participação política de trabalhadores e demais atores sociais são os responsáveis pelas definições dos elementos de incentivo, tanto econômicos como ideológicos do Ministério da Saúde (MS) para implantação concreta dessa área do conhecimento e de intervenção, a qual passa a ter condições de ser efetivada a partir da publicação da Portaria nº. 1679 (BRASIL, 2005c), que normatiza a “habilitação” e o convênio entre os municípios, o Estado e o MS para a implantação dos CEREST, em âmbito regional.

Assim, para que fosse possível o desenvolvimento da saúde do trabalhador no SUS, construiu-se uma estrutura hierárquica de relações entre as três esferas de governo: união, estado e municípios. Em âmbito federal foi criada a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST), nos Estados os Centros Estaduais de Referência em Saúde do Trabalhador – CEREST – e nos municípios, porém com abrangência regional, implantaram-se os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador – antes denominados de CRST e atualmente CEREST¹⁶. Então a denominação adotada neste estudo foi CEREST, para se referir ao Centro de Referência em Saúde do Trabalhador, Regional- Franca.

A política de saúde do trabalhador, representada por esta estrutura, tem implantado uma nova lógica de trabalho nos vários municípios brasileiros, baseado na construção de ações intersetoriais entre os serviços de saúde, como a rede básica e as

¹⁶ Frisa-se que em 2002 os Centros de Referências regionais foram denominados de CRST, mas em fins de 2005, com a publicação da nova Portaria da RENAST (nº. 2 437 de 7 de dezembro de 2005) atribuiu-se a mesma sigla referente ao Centro de Referência em Saúde do Trabalhador de âmbito estadual para se referir também ao serviço municipal (BRASIL, 2005d).

vigilâncias epidemiológica, sanitária e ambiental. Ela também prevê ações intersetoriais coordenadas, com os órgãos de atuação nos ambientes de trabalho como: Posto de Atendimento ao Trabalhador (PAT), Delegacia Regional do Trabalho (DRT), Fundação Jorge Duprat Figueiredo de Segurança, Higiene e Medicina do Trabalho (FUNCADENTRO), Ministério Público, Instituto Nacional de Previdência Social (INSS), Vigilâncias, Companhia de Tecnologia de Saneamento Ambiental/Secretaria de Estado do Meio Ambiente (CETESB), entre outros, com destaque para o envolvimento com as universidades e sindicatos dos trabalhadores.

Dias e Hoefel (2005) destacam que, a partir de 2003, a Área Técnica de Saúde do Trabalhador do Ministério da Saúde priorizou a implementação da RENAST como a principal estratégia da PNSST¹⁷, a qual foi construída em 2004 pelos três Ministérios (Ministério da Saúde, Ministério do Trabalho e Emprego e Ministério da Previdência Social).

A PNSST foi passível de consulta pública. “A esse documento se acrescenta a convocação da 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, feita também em conjunto por esses ministérios” (MINAYO-GÓMEZ; LACAZ, 2005, p. 798), que foi realizada em 2005¹⁸.

Portanto, a construção da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e, em especial, a criação da RENAST e dos CEREST estabeleceu uma nova matriz para a atenção aos agravos à saúde dos trabalhadores, pois deu início à sua visibilidade como uma questão de saúde pública, tendo como eixos fundamentais a intersetorialidade, a transversalidade e integralidade das ações do Estado e, ainda, o controle social.

Esses eixos foram amplamente discutidos na III CNST – “Trabalhar sim! Adoecer não!” –, a qual pontuou, em tese, uma abordagem conceitual que situa a saúde do trabalhador como política de Estado e que busca “[...] a superação da fragmentação, desarticulação e superposição, das ações implementadas pelos setores Trabalho, Previdência Social, Saúde e Meio Ambiente” (BRASIL, 2004a).

Como enfatizado, Dias (1994) desenvolveu a discussão da saúde do trabalhador no SUS a partir da divisão cronológica considerando três períodos. Assim, avaliou-se que a discussão acerca da realidade francana pudesse ser feita também a partir da periodização dos

¹⁷ Defende a introdução da saúde do trabalhador no seio do SUS como possibilidade de garantir que o trabalho, base da organização social e direito humano fundamental, seja realizado em condições que contribuam para a melhoria da qualidade de vida, a realização pessoal e social dos trabalhadores e sem prejuízo para sua saúde, integridade física e mental (BRASIL, 2004a).

¹⁸ A 3ª CNST foi convocada pela Portaria Interministerial – Ministério da Saúde, Ministério do Trabalho e Emprego e Ministério da Previdência Social nº. **774 de 28 de abril de 2004** (BRASIL, 2004b, grifo nosso). A III CNST foi realizada no período de 09 a 12 de novembro de 2005, em Brasília/DF.

principais acontecimentos.

Dessa maneira, em Franca, a política de saúde do trabalhador pode ser discutida a partir de três períodos:

1º- maio de 1998 a abril de 2004 - Ambulatório de Saúde do Trabalhador;

2º- abril de 2004 a outubro de 2006 - Implantação do CEREST;

3º- novembro de 2006 até julho de 2008 - Atual.

Na divisão cronológica descrita, têm-se as primeiras ações de saúde do trabalhador no SUS em Franca a partir da formação do Ambulatório de Saúde do Trabalhador, de maio de 1998 a abril de 2004. Após, no segundo período, o qual se compõe de um espaço temporal mais curto que o primeiro, é abordado o processo de implantação do CEREST nos moldes da RENAST. Já o recorte que inclui novembro de 2006 a julho de 2008, ou seja, se inicia ao término do segundo período e se estende até as entrevistas finais realizadas para esta tese, julho de 2008, discute os rumos atuais adotados para a política de saúde do trabalhador em Franca.

Dessa forma, optou-se por discutir neste capítulo o primeiro período – de 1998 a abril de 2004 –, quando foram construídas as bases para a política de saúde do trabalhador em Franca e como os dois próximos capítulos abordam a realidade sócio econômica e de saúde dos trabalhadores, os demais períodos são analisados no sexto e sétimo capítulo, quando se faz o debate acerca das ações do CEREST e do controle social, respectivamente. Mas, é obvio que no decorrer deste estudo, mesmo que não se esteja falando especificamente dos períodos ora classificados, é possível colher informações que servem ao acúmulo de impressões da realidade vivida a respeito da política de saúde do trabalhador.

Portanto, trata-se de compreender esses diferentes períodos inter-relacionados e não como se houvesse uma compartimentação entre eles, no qual um termina e outro começa. Na realidade, como apontado na epígrafe que abre esse capítulo, “[...] nunca relações de produção novas e superiores se lhe substituem antes que as condições materiais de existência dessas relações se produzam no seio da velha sociedade” (MARX, 2003a, p. 6). Ou seja, os períodos não são estanques, não há uma interdependência total, como se um terminasse e o outro surgisse. É antes um movimento dialético entre o antigo e novo (e vice-versa), é no primeiro que são construídas as forças sociais, as condições de questionamentos, críticas e respostas que vão se conservando ou se renovando e se consolidando gradativamente.

3.5 Maio de 1998 a abril de 2004 - Ambulatório de Saúde do Trabalhador as primeiras Ações de Saúde do Trabalhador em Franca

Eu não me lembro a data certa, mas há uns vinte anos atrás se pensou na criação de um Ambulatório. Isso acontecia em Belo Horizonte, Campinas e Piracicaba... Então nós pensamos, não, desculpa. Houve um Engenheiro do Trabalho ligado ao Ministério do Trabalho em Franca, que juntamente com uma Médica do Trabalho da Prefeitura, o Mário e a Junia, que desenvolveram um projeto para a criação desse Ambulatório, mas ficou muito tempo engavetado nas mãos do Secretário de Saúde. Foi na gestão do PT que o Secretário, Dr. Lavínio, me convidou para fazer isso. Eu trabalhava na Prefeitura em outra área, apesar de ser Médico do Trabalho e atuar em várias empresas. Então, nessa época, eu refiz o projeto, fui atrás de vários modelos e nós, eu e uma Auxiliar de Enfermagem do Trabalho iniciamos o Ambulatório de Saúde do Trabalhador. Isso foi em 1998, me parece. [Foi um ideal do Secretário de Saúde retomar esse projeto?] Na verdade houve uma reivindicação, principalmente do Sindicato dos Sapateiros, teve um vereador que também atuou bastante, o apelido dele é Pardal, não sei o nome exato dele, mas enquanto vereador ele fez algumas atuações na Câmara para a criação desse Ambulatório... Depois em relação ao CEREST, ou melhor, para o Ambulatório se tornar o CEREST que é hoje, teve que ter outro trabalho político por parte do Sindicato dos Sapateiros. Na época, em 2003, tinha uma abertura maior para a participação, talvez pelo próprio governo petista. Eu acho que houve um avanço, um apoio maior, interesse em resolver essas questões, mas houve também muitas resistências... Então, a gente teve muita dificuldade em conseguir trazer o empresário, trazer o pessoal do INSS, o pessoal de alguns setores, para as reuniões e discutir o modelo. Eu acho que nós gastamos muito tempo, mas se criou alguma coisa. (Médico do Trabalho e ex-coordenador do CEREST).

Eu era Auxiliar de Enfermagem de Unidade Básica de Saúde [UBS], tinha feito o curso de Enfermagem do Trabalho e surgiu essa oportunidade de trabalhar no Ambulatório de Saúde do Trabalhador, em maio de 1998, quando foi inaugurado. [Como era o trabalho?] Era mais curativo, eu e o Médico, nós atendíamos os trabalhadores que já tinham sofrido algum acidente ou doença, orientávamos sobre a CAT, tentávamos fazer uma estatística dos nossos atendimentos.... Na época funcionava no prédio do Posto de Saúde e era uma estrutura muito precária. Eram apenas duas salas ruins. Ficamos seis anos lá, de 1998 até abril de 2004, quando foi inaugurado o CEREST, então eu e o Médico do Trabalho fomos de mudança para o CEREST que era no prédio da Saúde Mental, ficamos lá até outubro de 2006 depois viemos para a Secretaria de Saúde, que é aqui onde estamos junto com a UAC [Unidade de Avaliação e Controle]. [Como foi para o Ambulatório se tornar CEREST?] Ah, não foi fácil, teve que ter muita pressão, o pessoal do Sindicato dos Sapateiros era muito atuante, tinham umas pessoas que lutavam bastante pela questão da saúde e acompanharam o CEREST durante um período, se não fosse por eles, talvez o CEREST nem existisse, mas depois eles saíram do Sindicato e isso aí esmoreceu. (Auxiliar de Enfermagem do Trabalho do CEREST).

Foi, no início da gestão do PT em 1998 que conseguimos um avanço nas discussões que estávamos fazendo, então foi criado o Ambulatório de Saúde do Trabalhador em Franca. Acho que a implantação do Ambulatório que na época também se chamou CEREST foi a primeira sementinha. Eu me lembro que ele foi montado nas estruturas do Posto de Saúde, na verdade, foi aberta uma sala para o Médico e uma para a Enfermeira [Auxiliar de Enfermagem do Trabalho], era uma coisa bem simples, mas foi muito difícil de conseguir isso. O CEREST é fruto de muitas discussões e movimentos que o Sindicato fez, foram muitas reuniões, seminários, busca de apoio de vereadores, prefeitos, não só com o Prefeito do PT. Em 1998, quando a gente conseguiu, já havia sido feita toda uma discussão com Prefeitos

anteriores. Foi uma luta muito grande..., teve muita dificuldade, em 2003 teve a possibilidade de o Ambulatório ser modificado e ampliado, ter uma equipe de profissionais, verba própria... nessa época, nós do Sindicato dos Sapateiros tínhamos uma participação forte no Conselho Municipal de Saúde, então foi outra batalha, não era para ser, era para ser uma coisa natural, transformar o Ambulatório em CEREST, que era a política do Ministério da Saúde, mas não foi. Tivemos que fazer nova luta porque a proposta de implantação do CEREST em Franca quase foi para outra cidade, no caso para São Joaquim da Barra, não que a população de lá não possa ter um CEREST, não é isso. Eu acho que eles têm que lutar por isso e Franca não pode ficar sem, seria descobrir um santo para cobrir outro. Nós lutamos muito, foram muitas reuniões, encontros, seminários... Nós realizamos os Seminários de Saúde do Trabalhador, e eu queria fazer um destaque para uma parceira que atuou muito junto com a gente e batalhou muito pelo CEREST que foi uma Professora da USP de Ribeirão Preto, a Profa. Vera [Vera Lúcia Navarro]. Ela contribuiu muito na organização e realização dos Seminários. No Seminário que fizemos em 2003, nós convidamos o pessoal do Ministério da Saúde e também o Secretário de Saúde do município e isso fez pressão para que ele assumisse publicamente. Após o Seminário ele se esforçou para assumir o CEREST na agenda da Secretaria de Saúde e nós acompanhamos tudo, era mais fácil de acompanhar porque na época a gente atuava no Conselho Municipal de Saúde. (Biro, Ex-sindicalista e ex- Presidente do Conselho Gestor do CEREST).

Olha em Franca começou tarde demais, a gente discutiu durante muito tempo a implantação da saúde do trabalhador... Mas o que eu vi desde o começo foi uma má vontade muito grande, por isso levou três anos para fazer alguma coisa que poderia ter sido feita antes e só foi feita porque já estava tudo pronto para o CEREST ser implantado em São Joaquim da Barra. Eu me lembro que quando foi para Franca ser habilitada para criar o CEREST ficou aquela coisa que não era interessante e quando ia perder para São Joaquim da Barra, a administração resolveu assumir. Franca era sede da regional de saúde, então justificaram que tinha que ser a sede também do Centro de Referência da Saúde do Trabalhador - CEREST. Eu acho que não é por aí, a forma como foi discutida inicialmente parece que foi se perdendo ao longo do tempo. E não é assim que funciona, falta gestor adequado, uma administração mais voltada para os objetivos do Centro de Referência, isso aí precisa sentar e discutir. Mas tem que ser com quem aceita discutir e não dá para conversar com quem não quer discutir. Não adianta eu perder meu tempo, minha vontade, minha beleza e tudo mais com quem do outro lado já têm preconcebido uma idéia e não vai mudar. (Engenheiro GVS - Regional).

O CEREST tinha uma perspectiva mais avançada de trabalho.. Acho que quando o governo colocou no seu orçamento uma verba específica para se montar pelo Brasil afora esses Programas e propôs que fosse feita com uma equipe interdisciplinar, isso avançou. Ora, a saúde se faz com um grupo de pessoas, mas existia e, ainda, existe em alguns lugares quem imagina que a saúde pode ser exercida por uma única pessoa... E essa foi a grande mudança, ficou claro que para a política de saúde do trabalhador fosse implantada precisaria ter uma equipe multidisciplinar. O município tinha autonomia de colocar um ou outro especialista e nós privilegiamos, não sei se estou bem certo, os seguintes profissionais: assistente social, auxiliar de enfermagem do trabalho, enfermeira, fisioterapeuta, fonoaudióloga, médico do trabalho, psicóloga e técnico de segurança do trabalho, acho que eram esses, nem todos tinham conhecimento de saúde do trabalhador, mas nós da Secretaria de Saúde buscamos saber do interesse desses profissionais com a área. [Houve, em algum momento, a possibilidade do CEREST não ficar em Franca?]. Sim, eu me lembro bem disso, o CEREST quase não foi implantado em Franca e, no caso iria, para São Joaquim da Barra, por que?. Porque quando o Estado cria um novo Programa ele manda algum dinheiro para abertura e instalação, mas a manutenção desse serviço fica sempre além, o dinheiro que vem nunca é suficiente... Então o Prefeito fica um pouco receoso em abrir mais um serviço, apesar da política de saúde do trabalhador ter uma verba muito

interessante, a princípio, houve essa preocupação: Franca responsável pelo Centro de Referência em Saúde do Trabalhador que iria abranger 23 cidades, como iria dar conta disso? A verba seria suficiente? E tomamos a posição firme que Franca sediará o CEREST, era a cidade maior da região e de maior poder político. Mas teve a possibilidade do CEREST não ser instalado aqui, aliás, faltou pouco para o CEREST ir para São Joaquim da Barra, foi uma dureza convencer as pessoas de que mesmo que fosse gastar um pouco de dinheiro, isto trazia uma qualidade à saúde da população, então acabou ficando. (Piacesi, médico e ex-gestor da Secretaria Municipal de Saúde de Franca).

Eu me lembro, que assim que formou o Conselho Gestor teve essa discussão que Franca quase perdeu esse Centro para São Joaquim da Barra... Isso seria difícil, porque o Centro de Referência fica mais atento a realidade onde está instalado e se Franca perdesse para a cidade vizinha, então ficaria mais com as questões da realidade dela. Isso foi muito lembrado e discutido nas nossas reuniões, para que não deixássemos, enquanto Conselho Gestor que isso ocorresse. (Diretor Sindical III- Sindicato dos trabalhadores bancários – e ex-membro do Conselho Gestor do CEREST).

A partir dos depoimentos ora destacados, procura-se registrar e discutir a construção da saúde do trabalhador no SUS em Franca, a qual teve início em 1998, quando apesar de já estar ocorrendo em outras regiões do país a discussão e a efetivação das ações de saúde do trabalhador, tiveram-se algumas resistências para que esta fosse iniciada no referido município. Por isso as reivindicações do Sindicato dos Sapateiros foram apontadas pelas entrevistas como salutar para que a administração municipal, na época tinha sido eleito um representante do PT, incluísse na agenda de governo tal Política. Parece que houve uma abertura política para as proposições referentes à saúde do trabalhador.

O médico do trabalho e o ex-presidente do Conselho Gestor do CEREST relatam que houve dificuldades da administração municipal em implantar o Ambulatório de Saúde do Trabalhador. Essa demora em incorporar a relação trabalho/saúde/doença no SUS está presente também na fala do Engenheiro do GVS-Regional, o qual inclusive menciona que se não fosse pelo atraso de três ou quatro anos para a implantação dessa Política, talvez hoje estivesse num estágio mais avançado.

Observe-se que o médico do trabalho enfatizou que essa experiência já vinha ocorrendo em outros lugares, como exemplo cita Belo Horizonte, Campinas, Piracicaba, entre outros, e que em Franca demorou um pouco. Ele diz que apesar de ter ocorrido a elaboração de um Projeto por uma médica e um engenheiro do trabalho¹⁹. Tal ficou muito tempo “engavetado”, o que revela que nas administrações públicas é comum haver demora em efetivar projetos, que não representem de imediato um impacto político. Isso está presente no

¹⁹ O referido Engenheiro do Trabalho foi homenageado pelo Sindicato dos Trabalhadores durante o V Seminário de Saúde do Trabalhador, realizado em setembro de 2006.

depoimento do ex-gestor da Secretaria de Saúde, o qual referenciou a dificuldade de convencer a administração “[...] *que mesmo que fosse gastar um pouco de dinheiro, isto trazia uma qualidade a saúde da população, então acabou ficando.*” Isto é, ainda há uma cultura muito forte em criar serviços para atender as demandas emergentes.

Como já evidenciado, na década de 1980, várias experiências de saúde do trabalhador começaram a ser realizadas no interior da saúde pública. Em Franca, foi iniciada em maio de 1998, quando foi criado o Centro de Referência, mas deve ser dito que a perspectiva era ambulatorial e, portanto, desse ponto do texto em diante, denomina-se de Ambulatório de Saúde do Trabalhador para se referir ao antigo CEREST de Franca. Frisa-se que em Franca, além da demora em iniciar as ações de ST, houve um retardamento em assumir as diretrizes do SUS nessa área, uma vez que a linha adotada era de cariz ambulatorial e não na perspectiva interdisciplinar, intersetorial, preventiva e de vigilância em saúde e de controle social, como resguardado na Norma Operacional de Saúde do Trabalhador (NOST). Esta estabelece que os Estados, Distrito Federal e municípios devem se nortear pelos seguintes pressupostos básicos:

- I – universalidade e equidade, onde os trabalhadores, urbanos e rurais, com carteira assinada ou não, empregados, desempregados ou aposentados, trabalhadores em empresas públicas ou privadas, devem ter acesso garantido a todos os níveis de atenção à saúde;
- II – integralidade das ações, tanto em termos de planejamento quanto da execução, com um movimento constante em direção à mudança assistencial para a atenção integral, articulando ações individuais e curativas com ações coletivas de vigilância em saúde, uma vez que os agravos à saúde advindos do trabalho, são essencialmente preveníveis;
- III- direito à informação sobre a saúde, por meio da rede de serviços do SUS, adotando como prática cotidiana o acesso e o repasse de informações aos trabalhadores, sobretudo os riscos, os resultados de pesquisas que são realizadas e que dizem respeito diretamente à prevenção e à promoção da qualidade de vida;
- IV - controle social, reconhecendo o direito de participação dos trabalhadores e suas entidades representativas em todas as etapas do processo de atenção à saúde, desde o planejamento e estabelecimento de prioridades, o controle permanente da aplicação dos recursos, a participação nas atividades de vigilância em saúde, até a avaliação das ações realizadas;
- V – regionalização e hierarquização das ações de saúde do trabalhador, que deverão ser executadas por todos os níveis da rede de serviços, segundo o grau de complexidade, desde as básicas até as especializadas, organizadas em um sistema de referência e contra-referência, local e regional;
- VI – utilização do critério epidemiológico e de avaliação de riscos no planejamento e na avaliação de ações, no estabelecimento de prioridades e na alocação de recursos;
- VII - configuração da saúde do trabalhador como um conjunto de ações de vigilância e assistência, visando à promoção, à proteção, à recuperação e à reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos a riscos e agravos advindos do processo de trabalho (BRASIL, 2005b, p. 110-111).

As características assumidas em Franca, neste primeiro momento, de caráter

ambulatorial baseado em atendimentos prestados por um médico e uma auxiliar de enfermagem do trabalho e distantes das prerrogativas da NOST, tenderam a se manter, mesmo quando houve a implantação do CEREST, em abril de 2004.

É imperioso observar o protagonismo do Sindicato dos Trabalhadores da Indústria Calçadista e Vestuários de Franca (STICVF), mais conhecido como Sindicato dos Sapateiros, no processo de implantação do Ambulatório, em 1998, e também do CEREST, em 2004. Como enfatizado pelos depoimentos, este Sindicato e também a atuação de um vereador garantiu que Franca iniciasse as ações de saúde do trabalhador.

Além do protagonismo do sindicato, de vereador e de alguns profissionais, deve ser frisado também que foi na gestão do PT que houve a possibilidade da atenção diferenciada à saúde do trabalhador, isso, talvez se deva, entre outros, as condições de diálogo e participação em tal administração. Pois, como o ex-sindicalista e ex-presidente do Conselho Gestor afirmou o Sindicato já vinha fazendo o diálogo com os Prefeitos anteriores e também com a sociedade, mas o êxito se deu somente na gestão municipal de 1998, no governo do PT.

A partir dessas falas, é possível dizer que o Sindicato dos Sapateiros instaurou um processo político e histórico para que a política de saúde do trabalhador fosse implantada em Franca. Faz parte desse processo o diálogo com políticos, administradores e sociedade, com destaque para os Seminários de Saúde do Trabalhador. Observe-se ainda que o ex-sindicalista e ex-presidente do Conselho Gestor do CEREST afirma que, na época, tinha uma atuação forte dentro do Conselho Municipal de Saúde, ou seja, houve o envolvimento do controle social o que pode ter dinamizado o processo. Isso deve ser levado em consideração, pois, talvez se não tivessem ocorrido essas incursões políticas o Centro de Referência não teria sido implantado ou o seu início teria sido ainda mais retardado.

Como os depoimentos indicam, para que a implantação do Ambulatório de Saúde do Trabalhador ocorresse foi necessária a participação política, isso em 1998. Do mesmo modo, em 2003, para a sua transformação em CEREST que viria acontecer apenas em abril de 2004, foram necessárias novas incursões do Sindicato dos Sapateiros, pois diante do impasse da administração municipal em implantá-lo ou não houve a possibilidade desta Política ser encampada pelo município de São Joaquim da Barra. Isso decorreu da dificuldade que os municípios têm em manter novos serviços, mesmo que esses, inicialmente, recebam recursos, ainda mais, se tratando de um serviço de caráter regional, como é o CEREST, como exposto pelo ex-gestor da Secretaria Municipal de Saúde de Franca. Essa é uma problemática que causou indefinição na implantação da política de saúde do trabalhador no município em foco, como se verá adiante, isso ainda não foi totalmente resolvido, pois um serviço de caráter

regional, mas com verba administrada por um município, é um tanto complicado e necessita de amplo acompanhamento – controle social – para que seja efetivado na perspectiva regional e nas diretrizes propostas pela RENAST.

Contudo, diante das insuficientes respostas do Ambulatório de Saúde do Trabalhador, especialmente, frente às novas demandas e, ainda, da possibilidade de outro município assumir tal Política, houve uma mobilização do Sindicato dos Sapateiros. Ele, além de realizar os Seminários de Saúde do Trabalhador, participava também do Conselho Municipal de Saúde, como já dito. Este envolvimento do Sindicato e do Conselho contribuiu para o processo de implantação do CEREST.

Na busca de conhecer as prerrogativas desses Seminários buscou-se junto ao referido Sindicato, o relatório final desses eventos. Mas em decorrência de um roubo nesta Instituição, muitos arquivos foram perdidos, inclusive aqueles referentes aos três primeiros eventos, assim obteve-se do diretor da Secretaria de Saúde daquele órgão as gravações das palestras e dos debates ocorridos durante o IV e V Seminários, bem como os respectivos folders (Anexos A e B), respectivamente. Frisa-se que o VI Seminário²⁰ foi realizado este ano, no momento de redação desta tese, não sendo possível incluí-lo na discussão. Deve ser observado também que o CEREST-Franca participou como Instituição parceira no V e VI Seminários.

3.6 Seminários de Saúde do Trabalhador e a criação do CEREST- Regional/Franca

Gramsci percebe que na sociedade capitalista madura o Estado se ampliou e os problemas relativos ao poder complexificaram-se, fazendo emergir uma nova esfera que é a "sociedade civil", tornando mais complexas as formas de estruturação das classes sociais e sua relação com a política. É nesse contexto que indica as possibilidades de construção de uma nova sociabilidade, de transformação das condições de vida das classes subalternas, passando, necessariamente, pela construção de uma nova hegemonia, cujo processo de estruturação não ocorre somente a partir do campo econômico. Exatamente porque Gramsci tem a clara compreensão de que a estrutura da sociedade é fortemente determinada por idéias e valores, a luta pela hegemonia também encerra em si um debate sobre a cultura.

SIMIONATTO, 1997.

Simionatto (1997) expõe que a perspectiva gramsciana não desvincula a compreensão da realidade social da esfera econômica, porém, o pensador italiano amplia o

²⁰ Em 2008 foi realizado o VI Seminário de Saúde do Trabalhador de Franca; IV Seminário: O Trabalho em Debate (USP, UNESP, STICF, CEREST, RET e QUAVISSS) de 24 a 26 de setembro de 2008, na UNESP em Franca.

debate ao destacar que a emancipação política da classe trabalhadora depende também da emancipação intelectual e a ruptura da subordinação intelectual a hegemonia dominante está dependente, entre outros, de um novo projeto cultural. Dessa maneira, o desenvolvimento da consciência crítica perpassa o campo da cultura.

Segundo Simionatto (1997) Gramsci não é um culturalista, no sentido idealista, mas para ele a cultura é necessária ao desenvolvimento da consciência crítica. “Para ele, crítica significa cultura e cultura não significa a simples aquisição de conhecimentos, mas sim tomar partido, posicionar-se frente a história, buscar a liberdade.” Neste sentido, que se destaca o protagonismo do Sindicato dos Sapateiros e Universidades na construção de uma nova cultura de saúde e trabalho em Franca.

Diante da baixa resolutividade do modelo ofertado pelo Ambulatório aos agravos à saúde dos trabalhadores, especialmente, dos impasses frente ao crescimento das doenças, representada pelas LER e Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho (DORT) houve uma articulação do Sindicato dos Sapateiros de Franca e região com as universidades: UNESP de Franca e USP de Ribeirão Preto para discussão da saúde do trabalhador neste município, especialmente por meio do envolvimento ativo e colaboração²¹ dos Profs. Vera Lúcia Navarro, José Walter Canoas, Ubaldo Silveira e Iris Fenner Bertani.

Essa articulação teve como principal produto a realização de seis Seminários. Esses são importantes eventos que discutem os efeitos nefastos dos processos e organização do trabalho para a saúde dos trabalhadores, ao mesmo tempo, em que envolve a sociedade na discussão pressiona o poder público municipal para assumir essa área como uma política pública. Estes Seminários têm se tornado tradicional.

Em 2003 foi realizado o IV Seminário de Saúde do Trabalhador intitulado: “Saúde não tem preço”, e abrigou também o “III Seminário de Movimentos Sociais e Cidadania”, realizado de 12 a 15 de novembro de 2003, na UNESP em Franca.

Esse Seminário foi fruto da organização conjunta entre: Sindicato dos Sapateiros de Franca, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Departamento de Serviço Social da UNESP de Franca e contou com o apoio da CUT, MS e FUNDACENTRO.

Na Programação deste evento consta que no dia 13 de novembro de 2003 houve uma mesa redonda intitulada: “De que adoecem os trabalhadores na indústria de calçados?”

²¹ Consta-se que além das duas universidades envolvidas (UNESP- Franca e USP- Ribeirão Preto), este Seminário contou-se ainda com a participação de vários estudiosos, pesquisadores e militantes da área, que entre outros, é oportuno citar alguns nomes como: Francisco Antônio de Castro Lacaz e Herval Pina Ribeiro (UNIFESP), Marco Perez (MS), Petilda Serva Vasquez (NEIM/UFBA) e vários sindicalistas como: Stênio Dias Pinto Rodrigues (CEPPAM), Pérsio Dultra (Peninha, DIESAT), entre outros.

Esta foi composta pela Profa. Dra. Vera Lúcia Navarro (USP); Édio Voguel (Sindicatos dos Sapateiros e Curtumeiros de Ivoti – RS); Marco Aurélio Piacesi (Secretário Municipal de Saúde de Franca); Milene Rodrigues (Sindicato dos trabalhadores das Indústrias de Calçados de Birigui/SP) e José Leonel de Souza e Eugenio Antônio Alves do Sindicato dos Sapateiros de Franca. Obviamente que as demais mesas e palestras foram extremamente importantes, porém privilegiou-se fazer algumas indicações da mesa descrita devido ao protagonismo das discussões para a implantação do CEREST- Franca. Em anexo, encontra-se a cópia do folder deste evento (Anexo A).

O IV Seminário realizado em 2003, estrategicamente, os organizadores envolveram o pessoal do Ministério da Saúde, no caso, Dr. Marco Perez responsável pela área Técnica de Saúde do Trabalhador do MS e também o Secretário de Saúde do município, Marco Aurélio Piacesi. Então de um lado, o representante do Ministério da Saúde explanou acerca da política de saúde do trabalhador, e de outro, o município teve que explicar publicamente porque ainda não havia implantado tal Política, se o Ministério previa inclusive financiamento para a mesma. Como referenciado no depoimento do ex-sindicalista e ex-presidente do Conselho Gestor o Seminário acabou exercendo certa pressão para que a Secretaria de Saúde assumisse a política de saúde do trabalhador.

A mesa de abertura do IV Seminário, que antecedeu a referida mesa discutiu os agravos à saúde do trabalhador em Franca, contou com a presença do Secretário de Saúde do município e também do Vice-Prefeito, Cassiano Pimentel. Este último discursou em nome da Prefeitura e afirmou a intenção do seu governo em ampliar as ações de saúde do trabalhador, especialmente por meio da implantação do CEREST.

Estudantes, sindicalistas e demais participantes fizeram vários questionamentos acerca dos atendimentos realizados pelo Ambulatório de Saúde do Trabalhador e as respectivas dificuldades enfrentadas. Estes se posicionaram também quanto a falta de posicionamento da Prefeitura para implantar o CEREST.

Deve ser dito que após a abertura o vice-prefeito não continuou na mesa, quando os questionamentos foram direcionados ao Secretário de Saúde. A problematização das relações trabalho e saúde naquele momento estavam vinculadas a insuficiência do atendimento feito pelo Ambulatório, a falta de compromisso do médico do trabalho do referido serviço com os afastamentos e preenchimento das Comunicações de Acidentes de Trabalho (CAT) e a necessidade de ampliar os atendimentos por meio da implantação do CEREST. O Secretário de Saúde respondeu as questões e se comprometeu, publicamente, em viabilizar o convênio com o MS para Franca sediar o Centro de Referência.

Ao protagonismo sindical e da universidade, especialmente, na realização dos Seminários de Saúde do Trabalhador, além das articulações realizadas pelo Sindicato dos Sapateiros na Câmara de Vereadores, no Conselho Municipal de Saúde e nos diálogos com as administrações, soma-se a relocação de recursos financeiros com conta específica para as ações dos CEREST. O destino de recursos financeiros em conta específica é um atrativo para que as administrações municipais assumam a política de saúde do trabalhador. Esses foram os principais movimentos que facilitaram à cidade, visto que é o maior município da região, para que sediasse a política de saúde do trabalhador (CEREST).

Então, em abril de 2004, iniciou o segundo momento, na divisão cronológica adotada para a análise da política de saúde do trabalhador em Franca, quando foi inaugurado o CEREST, mas isto só foi possível porque no período anterior foram gestadas as condições necessárias para que isso ocorresse. Neste momento, como já enfatizado, o serviço recebeu a denominação de CRST, conforme sigla usada na Portaria 1.679 de 2002 (BRASIL, 2005c) e apenas a partir da nova Portaria da RENAST, nº. 2437 de 2005 (BRASIL, 2005d) que os documentos oficiais passaram a denominá-lo de CEREST. Embora CRST fosse a nomenclatura usada oficialmente, em Franca, desde as primeiras ações, a denominação comum para este serviço foi CEREST.

Para a formação da Equipe do CEREST, a Secretaria de Saúde do Município deveria oferecer seus recursos próprios para a formação da equipe mínima²² do CEREST. Deve-se registrar que a formação desse grupo foi feita às pressas e de modo parcial, como se discute no sexto capítulo.

O processo de implantação do Centro de Referência já vinha se dando desde fins de 2003 e em abril de 2004 houve a sua inauguração, assim não houve uma preparação técnica prévia para a nova atuação desses funcionários. Observa-se que a partir de convite da Secretaria Municipal de Saúde alguns profissionais que atuavam em outros serviços passaram a fazer parte da equipe, inclusive a assistente social, autora deste estudo.

A falta de preparação técnica quanto ao novo modelo de saúde do trabalhador acabou corroborando para a continuidade do modelo de MT, desenvolvido pelo antigo Ambulatório de Saúde do Trabalhador, como se discute no sexto capítulo.

Esse foi o início da política de saúde do trabalhador em Franca. Como comentários finais deste capítulo, verifica-se que a ST, enquanto campo de conhecimento e prática, está sujeita aos avanços e aos recuos próprios da política social e, portanto, da

²² Ver anexo II da Portaria nº. 1679/2002 (BRASIL, 2005c) e mais recentemente, o anexo VI da Portaria nº. 2437/GM de 07 de dezembro de 2005 (BRASIL, 2005d).

organização política da força de trabalho, enquanto classe.

As mudanças qualitativas da Constituição de 1988 são de natureza reformista, a medida que tais avanços permanecem nas mãos da classe dominante (BEHRING; BOSCHETTI, 2007). Entretanto, representa avanços para as políticas sociais, que na área da assistência, houve o seu deslocamento do campo do “feitiço da ajuda” para o do direito, abrindo passagem para a construção do Sistema Único de Assistência Social (SUAS). Nesta travessia, em 1993, foi aprovada a Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS)²³.

Contudo, nos anos subseqüentes ocorreu também a retração da implantação dos direitos sociais na prática. Isso se deu em decorrência da proeminência do neoliberalismo, fortemente abraçado pelo Estado brasileiro, inclusive desencadeou o processo de “reforma”.

Constata-se uma ambigüidade: ao mesmo tempo em que se estabeleceu importantes conquistas de cidadania, em fins da década de 1980, na década seguinte uma ala dos intelectuais, inclusive introduzida na administração pública, no poder executivo aderiu ao discurso de que a crise econômica²⁴, inclusive da dívida pública, teria como fundo os gastos com a política pública, funcionalismo e as legislações daí decorrentes o que, portanto, seriam empecilhos do desenvolvimento econômico e da criação de empregos. Por isso, a ótica adotada foi a desregulamentação do mercado de trabalho e das políticas públicas, havendo uma tentativa de transferir para a sociedade civil a responsabilidade com o que é público.

Parece que das crises cíclicas do capital é a de 1972 que põe em cheque as conquistas trabalhistas materializadas no *welfare State*. Mandel (1985) destaca que no pós Segunda Guerra Mundial a crise de 1974/75 seria uma recessão generalizada do sistema capitalista e, portanto, o fim do período denominado por ele de “longas ondas expansionistas” caracterizado pelo período que compreende os “trinta anos gloriosos”. Daí que o período subseqüente, a partir de 1972, é marcado pelas “longas ondas recessivas”.

O que importa reforçar é que com a crise do sistema capitalista nos anos de 1970 e a nova organização da produção originária do Japão – toyotismo -, mas nem por isso restrita a ele, como explica Alves (2007b), gerou um ambiente favorável a hegemonia do regime flexível de produção e das relações sociais de trabalho, que foi sendo incorporado pela

²³ Lei Orgânica da Assistência Social, entre outros, garante um salário mínimo de benefício mensal à pessoa portadora de deficiência e ao idoso, sem meios de se proverem ou de serem providos pela família, sem ter a necessidade da contribuição compulsória precedente, Lei nº. 8742, de 7/12/ 1993 – LOAS (CRESS, 2004b).

²⁴ “As relações Estado/sociedade, nesse cenário, elidem a formação de uma cultura que substitui a relação estatal pela livre regulação do mercado. Nessa ótica, a classe burguesa busca eliminar os antagonismos entre projetos de classe distintos, no intuito de construir um “consenso ativo” em nome de uma falsa visão universal da realidade social. Proceda-se, assim, a uma verdadeira “reforma intelectual e moral”, sob a direção da burguesia, que, em nome da crise geral do capital em nível internacional, consegue socializar uma “cultura da crise” transformada em base material do consenso e, portanto, da hegemonia” (SIMIONATTO, 1997).

sociedade capitalista sem maiores obstáculos. O Estado intervencionista consolidado no pós-guerra, considerado essencial no processo de acumulação de capital com algum “equilíbrio” social, se transformou em base da crise do sistema capitalista nos anos 1970 e, portanto, passou a ser combatido em nome do vigor e saúde dos mercados (TEIXEIRA, 1996).

Anderson (1995) explicita que o neoliberalismo²⁵ apesar de ter a sua origem na década de 1940 com a publicação do texto “O caminho da servidão”, de Friedrich Hayek, que ratificava a liberdade de mercado em oposição a economia regulada e ao Keynesianismo, teria ficado guardado devido ao crescimento econômico do período 1945-1970. Então, as “longas ondas recessivas” situam o movimento operário e as políticas sociais como barreiras para a geração de empregos e crescimento econômico. Num contexto de reorganização econômica, cujo sistema de acumulação passa a ser predominantemente guiado pelo mercado financeiro independente da regulação estatal (TEIXEIRA, 1996).

Desse modo, o Estado intervencionista passou a ser acusado pelo caráter nefasto da economia e em seu lugar as idéias liberais de Smith, quanto a ausência de regulação externa e a supremacia do mercado como “mão invisível”²⁶, são recuperadas para coordenar as diversas atividades dos indivíduos. Para Laurell (1995) o neoliberalismo está acompanhado de um processo acelerado de privatização, desregulamentação financeira, abertura externa, flexibilização das relações trabalhistas, reestruturação das políticas sociais etc. A autora discute as quatro estratégias para a política social no âmbito do neoliberalismo, quais sejam: o corte dos gastos sociais, a privatização, a centralização dos gastos sociais públicos em programas seletivos contra a pobreza e a descentralização.

Os governos brasileiros, a partir de Fernando Collor de Melo, seguiram os ideais do Consenso de Washington²⁷ e vêm sistematicamente reduzindo o tamanho do Estado e

²⁵ Durante seminário na UERJ “O Balanço do Neoliberalismo” Perry Anderson fez a trajetória do avanço da ideologia neoliberal no mundo inclusive nos países de governos da social-democracia e aqueles do 3º mundo. Esclarece que não se trata de uma novidade porque surge como uma crítica à política Keynesiana na década de 1940, o ponto de partida seria o texto “O caminho da servidão” de Hayek. Todavia, esse projeto teve que aguardar até os anos de 1970, quando o contexto de crise do sistema capitalista exigiu mudanças e as linhas mestras do neoliberalismo passam a ser a grande saída.

²⁶ “[...] se a cada indivíduo for garantida a liberdade de agir por conta própria, e o Estado não interferir na economia, cada país poderá atingir o pleno desenvolvimento econômico e com ele o bem-estar da sociedade. É isso que revela o princípio da mão invisível. Trata-se do princípio que procura demonstrar que a economia deve funcionar sem qualquer regulamentação social direta” (TEIXEIRA, 1996, p. 208).

²⁷ Em novembro de 1989, segundo Teixeira (1996, p. 224), “[...] reuniram-se em Washington, funcionários do governo norte americano e dos organismos financeiros internacionais ali sediados (FMI, Banco Mundial e BIRD), para fazer uma avaliação das reformas econômicas empreendidas na América Latina”. Como resultado, Teixeira (1996) citando Nogueira (1994) diz que: “[...] registrou-se amplo consenso sobre a excelência das reformas iniciadas ou realizadas na região [...] Ratificou-se, portanto, a promessa neoliberal que o governo norte-americano vinha insistentemente recomendando [...] como condição para conceder cooperação financeira externa, bilateral ou multilateral.”

buscando ampliá-lo para a economia, como refere Teixeira (1996, p. 224, grifo nosso): “Aqui, como lá, [referência aos países centrais] a lógica para superar a crise é a mesma: desmantelamento do aparato burocrático do Estado, desverticalização produtiva, flexibilização do mercado de trabalho e desregulação da economia.”

No Brasil, a reforma do Estado foi disseminada como necessária em decorrência da crise do Estado, como se nada houve em relação com a crise capitalista. Assim, um dos seus principais autores e protagonistas, Bresser Pereira, a partir do que ele denominou de busca de romper com o burocratismo e atingir a gestão pública eficiente promoveu a venda de serviços públicos como o sistema de telefonia, Companhia Siderúrgica Nacional (CSN), Vale do Rio Doce (BRAVO, MATOS, 2002); o que não poderia ser privatizado, como os serviços de saúde, educação, pesquisa e meio ambiente ficaram a cargo do direito privado, ou seja, são transformados Organizações Públicas Não-estatais (OPNES) ou Organizações Sociais (OS), sem fins lucrativos e que funcionam com a subvenção estatal (BRAVO, MATOS, 2002). Assim, o Estado se afastou da responsabilidade pública nas várias áreas da política social.

Teixeira (1996) expõe dez áreas fundamentais abrangidas pelo Consenso de Washington que podem ser resumidas em dois pontos básicos: redução do tamanho do Estado e abertura da economia. Ora fala-se da Reforma do Estado, que diante do contexto de crise econômica do sistema e, fiscal, do Estado são pontuadas as exigências de “enxugamento” dos gastos com as políticas e serviços públicos e ora desregulamenta as relações sociais de trabalho em nome da competitividade das empresas.

Teixeira (1996, p. 225) aponta ainda que o governo de Fernando Collor, a partir da redução das barreiras alfandegárias, iniciou a abertura econômica ao mercado internacional. O autor destaca que neste governo foi lançado o “[...] programa de privatização e desmonte do Estado [...] como condição para combater a inflação.” Tais indicações, como mostra Teixeira (1996), repercutiram também no mundo do trabalho, cuja mobilização era tornar as empresas mais competitivas e daí que a reestruturação produtiva passa a ser essencial para o sucesso da concorrência capitalista internacional.

A ênfase para a lógica do mercado se mantém nos dois mandatos subsequentes de Fernando Henrique Cardoso (FHC), quando o conteúdo da agenda política foi a desestatização “[...] acabar com a inflação, privatizar, reformar a Constituição para flexibilizar as relações entre o Estado e a sociedade, assim como as relações entre capital e trabalho” (TEIXEIRA, 1996, p. 225).

Trata-se então de compreender a saúde do trabalhador a partir de dois grandes pontos fundamentais: as transformações do mundo do trabalho e do papel do Estado.

O Estado, a partir do projeto neoliberal traduzidas pela redução da intervenção pública no enfrentamento da questão social e suas múltiplas expressões, tem diminuído os recursos para a política social e privatizado parte dela, como se pode verificar, por exemplo, a partir da expansão do ensino e da saúde privados. Assim, destaca-se que a partir da hegemonia financeira há uma relevância para o mercado que se opõe à regulamentação do trabalho e a garantia de direitos.

Conseqüentemente, os novos direitos sociais, ampliados pela Constituição de 1988, tornam-se distantes do usufruto do conjunto de trabalhadores. A Constituição Cidadã, sem dúvida alguma, representa avanços nunca vistos para a cidadania, só referendados na forma da lei devido a mobilização popular. Contudo, a partir da década de 1990, os defensores neoliberais responsabilizam as diretrizes e princípios de universalidade, pelo volume da dívida pública, e defendem a necessidade de substituir as políticas sociais públicas por programas focais e de responsabilidade da sociedade civil.

Netto (1999) explica que os avanços constitucionais vão além dos direitos civis e políticos. O estabelecimento dos direitos sociais aproximou o Brasil, pela primeira vez na história, do Estado de Bem Estar Social, assim, foi reconhecida até pela classe dominante como uma resposta a dívida social. Embora, fosse um pacto para manter o sistema de acumulação vigente tratou-se de uma proposta capaz de reduzir as diferenças sociais.

Contudo, a aproximação brasileira com o *Welfare State* ocorreu num momento da história em que, no mundo, avançava as mudanças na economia (reestruturação produtiva, mundialização (globalização) da economia, acumulação flexível, hegemonia financeira etc.) que impuseram resistências ao Estado Social, sendo este solapado em nome dos preceitos neoliberais (desregulamentação, flexibilização e privatização) (NETTO, 1999). Esse autor destaca que a agenda neoliberal de FHC iniciada em alguma medida com a criação do Plano Real, ainda durante o governo que o antecedeu, de Itamar Franco, que o projetou politicamente (neste governo, FHC foi Ministro da Fazenda), rechaçou os direitos sociais, os quais são vistos como os responsáveis pela dívida pública.

Behring e Boschetti (2007) afirmam que, o que houve a partir da implantação do Plano Real em 1994, foi a reformatação do Estado e sua adesão a lógica do capital, evitando a efetivação de direitos. Parece que a abertura para a “reforma” do Estado teve como motor de arranque o Plano Diretor de Reforma do Estado, criado pelo Ministério da Administração e Reforma do Estado (MARE) em 1995.

A redução dos investimentos públicos no primeiro governo de FHC em importantes áreas como Educação, Saúde, Trabalho, Assistência e Previdência foi

denominada por Netto (1999) de sabotagem das políticas sociais. Na área da educação, o autor mostra que a redução da dotação orçamentária foi de: “[...] 19,57% de 1995 para 1998, de 8,02% de 1996 para 1998 e de 7,78% de 1997 para 1998” (NETTO, 1999, p. 82). Em relação à saúde houve um aumento dos recursos em 1997, o que coincide com a vigência da Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira (CPMF)²⁸, mas em 1998 houve nova redução “[...] 11%; de fato, FHC pretendeu gastar com a saúde, em 1998, menos que em 1995” (NETTO, 1999, p. 83). Em relação ao trabalho, especificamente “[...] prevenção de acidentes de trabalho”, segundo Netto (1999, p. 84), em 1995 foram contemplados na proposta orçamentária 405.795 e em 1998, caiu para 140.000 reais. Por fim, em relação a Assistência e Previdência, Netto (1999, p. 84) destaca que: “Em 1995, o gasto público federal nestas áreas equivaleu a 43,4% da receita; em 1996, caiu para 40, 1%; em 1997, o gasto autorizado chegava a 39,9% e, na proposta orçamentária de 1998, bateu nos 39,1%.”

O exemplo dos cortes nos gastos orçamentários da política social é apenas uma face da moeda que mostra a sabotagem às conquistas da Constituição de 1988 e a opção do governo pelo grande capital, como bem explica Netto (1999) não se trata da ausência das políticas sociais. O que está em voga no neoliberalismo no governo FHC e que, infelizmente, se mantém no atual governo é a falta de “[...] um padrão de política social, pública e imperativa, que tenha por eixo uma função democrático-reguladora em face do mercado – numa palavra, o que o projeto conduzido por FHC interdita é uma política social capaz de efetivamente restringir a voracidade do capital” (NETTO, 1999, p. 87).

O processo de conter os gastos do Estado com as políticas públicas resultou em reformas, (nesse sentido a “reforma da previdência” é emblemática), eliminando alguns direitos, cortando os investimentos públicos e acima de tudo dando mais liberdade ao mercado. Trata-se de um processo de construção da “cultura da crise”, como abordado por Mota (2000), o qual incide sobre a luta de classes, à medida que os mecanismos adotados para vencer a “crise” incidem diretamente na organização e divisão sócio-técnica do trabalho e, portanto, na organização social da classe trabalhadora.

Para Mota (2000), o discurso generalizado da crise expôs as várias mudanças em curso como necessárias e positivas. Por isso que os direitos sociais garantidos na Constituição de 1988 são postos como incompatíveis com a pós-modernidade, aqueles constantes na CLT, então nem se fala, são da década de 1940 e, portanto, urge a sua reformulação, seguindo é

²⁸ Netto (1999, p. 83) observa que “[...] os recursos gerados pela CPMF foram desviados de sua destinação pelo governo FHC: dos 5 bilhões de reais gerados pela CPMF em 1997, somente 2, 9 bilhões foram alocados ao Ministério da Saúde; quanto ao exercício de 1998, supõe-se que o desvio chegue a 3, 9 bilhões de reais.” Cabe lembrar que em 2007 a CPMF foi extinta.

claro as propostas de descentralização da produção, democratização das decisões com participação dos trabalhadores por meio dos sindicatos de empresas e não de classes, acumulação flexível e, portanto, direitos flexíveis, tempo de trabalho parcial ou temporário, subcontratação etc. Em outras palavras, são medidas que se põem como necessárias, mas que corroem com a solidariedade entre a classe trabalhadora e rechaçam os direitos sociais outrora garantidos.

Resulta, então, num processo de privatização da coisa pública, por meio do consentimento social, que além da venda de empresas públicas a preços pouco rentáveis, disseminou o chamamento da sociedade civil para assumir responsabilidades sobre o que é público. Trata-se da entrega de áreas da política social ao mercado, não apenas das áreas mais lucrativas como saúde e educação, mas também da gestão do social, por exemplo, do Programa de Economia Solidária, o qual conclamou a participação da sociedade e do mercado na gestão e financiamento das políticas sociais e estabeleceu que, na ausência do Estado de direito, o cidadão pode contar com a solidariedade social e serviços comunitários.

Desse modo, a disseminação de práticas de solidariedade social desenvolvidas foi gerada, em especial, por meio das ditas Organizações Não Governamentais (ONG)²⁹, mais recentemente há a explosão das Organizações Sociais (OS), um método eficiente de o governo abrir mão de ser o gerente do que é público, à medida que passa a ser apenas consumidor de serviços desenvolvido por uma OS, o que tem defrontado com os princípios constitucionais como os de controle social e transparência nas compras, gastos e investimentos, e, ainda, no desrespeito as contratações de pessoal por meio de concurso público, avançando com a subcontratação e contratação temporária no seio dos serviços públicos.

Neste contexto, Mota (2000) destaca que a partir das mudanças do mundo do trabalho as Centrais e Sindicatos de trabalhadores aderiram novas estratégias de luta e passaram a negociar diretamente com o empresariado e não com o Estado como nas décadas de 1970/80, sendo que o conjunto das reivindicações passou a contemplar um grupo de temáticas mediadas mais pelas contingências e questões imediatas do que de ordem mais

²⁹ “Sobre as OPNES existem questões problemáticas, tais como: defende-se o controle social, mas a composição não é paritária e não aprofunda qual o poder decisório dos chamados conselhos curadores; criticam-se os espaços atuais de controle social, entendendo-os como palcos de luta corporativas, o que possibilita o entendimento que há uma confusão ente corporativismo e participação nos diferentes segmentos nos Conselhos, que logo terão diferentes interesses; a proposta de um financiamento minoritário, delegando tarefas para a sociedade civil (MOTA, 1995), na reforma entendida como “cidadão cliente”. Por fim, defende-se a autonomia dos dirigentes das OPNES, mas não se afirma qual autonomia, já que pode-se observar que o setor de planejamento continua no núcleo estratégico” (BRAVO, MATOS, 2002, p. 207).

genérica e universal. Assim, a empresa passou a ser a interlocutora direta nas negociações relativas a proteção social, salários indiretos, desconectados de uma estratégia global que considerasse a seguridade social como uma política pública. Além disso, a autora aponta, que a luta pela política social se efetivou em âmbito local e estadual, atendendo os trabalhadores mais pauperizados, isso em decorrência dos movimentos populares, daí que a política social passa a ser restritiva.

Se na década de 1930 o Keynesianismo propôs o investimento do Estado em medidas sociais responsáveis pelo estímulo da demanda, portanto, de consumo, ao mesmo tempo, que controlou as insatisfações. No contexto da globalização da economia, as condições são outras, as contradições se universalizam e as análises dos problemas se singularizam.

Grosso modo, há uma continuidade da política adotada pelo governo do Fernando Henrique Cardoso (FHC) no atual governo. Braz (2007) denomina de uma nova fase do Estado neoliberal brasileiro aquela desencadeada a partir do governo de Luiz Inácio Lula da Silva. O autor explica que se no governo de FHC a ênfase foi para as privatizações e a subordinação do Estado às finanças globais no governo subsequente, apesar de conter a venda (“entrega”) dos patrimônios públicos, reforçou o papel do Estado como “garantidor/fananciador” dos processos de acumulação capitalista.

Nesta travessia, o Estado acorda aqueles projetos que são nefastos aos direitos sociais e à classe trabalhadora. Braz (2007, p. 56) destaca que o Programa de Aceleração do Crescimento (PAC)³⁰ não altera a lógica da economia, “[...] cujo eixo central está na transferência de riquezas do setor produtivo (sobretudo do capital e do trabalho) para os segmentos rentistas da economia capitalista, substancialmente bancos e fundos de pensão.” Trata-se de uma política neoliberal e como tal enxerga os direitos constitucionais como empecilhos ao desenvolvimento econômico, daí que têm sobressaído as reformas das várias áreas como educação, na qual o ensino universitário à distância, de curta duração, entre outros, tem sido a sua maior expressão; saúde cuja administração tem sido entregue a Fundações e OS; a Previdência que “[...] é desqualificada por meio de falsas contas que indicam rombos e déficits (como preparação da contra-reforma na área)” (BRAZ, 2007, p. 52).

Na política social, destacam-se os programas de transferência de renda. Esses são Programas aceitos à medida que amenizam a situação urgente da fome e das necessidades básicas, mas são também focais, insuficientes na perspectiva da saída das pessoas atendidas

³⁰ “[...] o Programa prevê cerca de R\$504 bilhões para os próximos quatro anos em transportes, saneamento, habitação e recursos hídricos, R\$ 68 bilhões dos quais virão da União e cerca de R\$436 bilhões, de recursos privados e das empresas estatais, sendo que se prevê que boa parte virá da poupança dos trabalhadores depositada compulsoriamente pelo FGTS, a fundo perdido” (BRAZ, 2007, p. 56).

da dita condição de “vulnerabilidade social”. Deve ser dito também que esses Programas destinam-se a inclusão das pessoas a determinado patamar de cidadania pelo consumo, a adesão do beneficiado é mediado pelas Instituições Bancárias e o cartão de plástico é o seu passaporte para cidadania (informação verbal)³¹.

Essas mudanças do mundo do trabalho e da política (neoliberal) repercutem no cotidiano da classe trabalhadora, daí que não é possível analisar a questão da saúde do trabalhador fora do papel do Estado, tampouco do papel das forças sociais em jogo que legitimam ou não a atuação do Estado frente às contradições capital/trabalho.

O Serviço Social, profissão inserida na divisão sócio-técnica do trabalho sofre, portanto, com os revezes que atingem à classe trabalhadora em geral (IAMAMOTO, 2005). Além daqueles específicos à condição de trabalhador assalariado, existem os próprios da categoria como o aumento da demanda atendida com menos recursos e menos profissionais, o que tem repercutido na burocratização e rotinização das ações dos assistentes sociais. Porém, deve ser frisado que o compromisso com o Projeto Ético-Político possibilita a esses profissionais a compreensão dos problemas que chegam até os serviços para além da sua aparência imediata. É na mediação da problemática singular com a realidade particular e universal (e vice-versa) daqueles elementos presentes na relação trabalho e saúde e também na política de saúde do trabalhador, que os assistentes sociais podem fazer a diferença qualitativa para a efetivação da referida Política.

Por fim, acredita-se que o Serviço Social, enquanto membro das Equipes dos CEREST, é uma profissão que se empenha na compreensão do fenômeno como resultante das relações de produção e busca construir alternativas de ação dentro dos serviços, inclusive na interlocução com os demais profissionais e, sobretudo, com os personagens representativos dos trabalhadores, o que pode reverberar em suporte de ação política capaz de qualificar as políticas públicas.

³¹ Conforme palestra proferida por Potyara Amazoneida Pereira Pereira durante o IV Congresso Nacional de Serviço Social em Saúde – CONASSS – e VII Simpósio de Serviço Social em Saúde VI SIMPSSS, realizado de 09 a 11 de abril de 2008, UNICAMP – Campinas/SP.

CAPÍTULO 4

CEREST- FRANCA: UMA REALIDADE REGIONAL?

A Saúde do trabalhador constitui uma área da Saúde Pública que tem como objeto de estudo e intervenção nas relações entre o trabalho e a saúde. Tem como objetivos a promoção e a proteção da saúde do trabalhador, por meio do desenvolvimento de ações de vigilância dos riscos presentes nos ambientes e condições de trabalho, dos agravos à saúde do trabalhador e a organização e prestação da assistência aos trabalhadores, compreendendo procedimentos de diagnóstico, tratamento e reabilitação de forma integrada, no SUS.

DIAS, 2001, p. 17.

Eu tenho pouco relacionamento com o CEREST... Ele está centralizado no município de Franca, mas não deveria porque abrange outros municípios da região também. O CEREST e a Vigilância Sanitária têm que trabalhar juntos, fazer um Plano de forma compartilhada, aprovado e contemplado por todos. Agora, qual a função do CEREST? No meu ponto de vista é fazer a recuperação do trabalhador, fazer um plano de ação para que ele não fique doente, mas quais recursos ele vai usar? Ele vai utilizar os dados da Vigilância Epidemiológica e a força de trabalho da Sanitária para conter e prevenir. O CEREST é a parte central na política de saúde do trabalhador. Ele vai direcionar, estudar e estabelecer como que se vai levantar os casos e como cada um pode contribuir. A função do CEREST é dar suporte para Vigilância Sanitária e Epidemiológica. A Vigilância Sanitária não é só saúde do trabalhador, mas se a gente trabalhar junto e ter essa articulação entre Vigilância Sanitária e CEREST, nós podemos fazer isso. Porém, isso não está acontecendo, por isso que minha nota de zero a dez para a saúde do trabalhador em Franca e região é um. [Mas porque não está acontecendo?] Não sei, não tenho como avaliar porque não está acontecendo. (Diretor do GVS- Regional).

A forma como foi feito eu não gostei... você passar para o município uma ação regionalizada é complicado, porque o município está preocupado com a realidade dele e não dos demais municípios. Eu acho que o Centro de Referência de Saúde do Trabalhador tinha que ser gerido pelo Estado. O Estado é que teria um núcleo formado com representantes de cada um dos municípios da região. Franca é uma cidade completamente atípica na região. A indústria calçadista é muito forte em Franca, em contrapartida na região é a indústria da agricultura. Então você tem uma diferença grande entre o que fazer em Franca e o que fazer no resto da região. Agora, o município assumindo essa obrigação é complicado, por isso eu acho que isso gera uma dificuldade muito grande. (Engenheiro do GVS - regional).

É outra dificuldade, porque a Prefeitura de Franca mantém a equipe do CEREST, mas é um serviço regional, então tem que terem o envolvimento com a região e parece que os Secretários de Saúde dos municípios não inviabilizam esse trabalho na região. Porém é necessário ter todo esse suporte, por exemplo, foi determinado, que não pode-se usar o carro do CEREST para ir a outras cidades. Essas coisas, como atuar sem poder ir às cidades vizinhas, precisam ser repensadas. Eu quero dar um exemplo que não está nem na sua pergunta, mas eu quero aproveitar a oportunidade para dar a minha opinião. Alguns anos atrás gastaram setenta mil reais para comprar um aparelho que está instalado no NGA [Núcleo de Gestão Assistencial – NGA –, no qual congregam as especialidades médicas], esse aparelho faz um exame chamado Bera para identificar perda auditiva, mas é mais sofisticado, por exemplo, a audiometria, porém, ao que me consta, esse aparelho foi pouquíssimas vezes usado para a saúde do trabalhador. Ele foi comprado com dinheiro do CEREST e há pouco tempo fui marcar um exame para um trabalhador e a fila de espera é de dois meses, porque tem que fazer exame nas crianças e em toda população da cidade, tudo bem, ia ficar ocioso esse aparelho apenas para a saúde do trabalhador, poderia ser usado para atender a população em geral, mas se foi comprado com a verba do CEREST por que não prioriza os trabalhadores? Mas isso, atualmente, não existe, essa atenção prioritária aos trabalhadores. (Médico do Trabalho e ex-coordenador do CEREST).

A CIR é um Conselho Inter-Regional, nele participam todos os Secretários de Saúde das vinte e duas cidades da região, praticamente, em todas as reuniões nós saímos daqui com uma pasta de documentação (Cd, disquetes etc.)... todo dia saí uma Portaria nova... Nós temos dificuldades de entender, imagina o pessoal. Os Secretários de Saúde da região até têm boa vontade, mas eles estão presos as emergências das cidades deles. Nós temos cidades de cinco mil habitantes que não têm uma pessoa responsável pela saúde do trabalhador, que tem computador antigo

que não consegue baixar os Programas. Nos outros município, em geral, não têm uma pessoa específica para a saúde do trabalhador. Então tem que começar a desburocratizar e a pensar nessas realidades para começar a ver como é que se vai fazer saúde do trabalhador... (IST do DRS VIII).

Esse fato do CEREST ser regional é de extrema dificuldade, porque nós sabemos que a estatística no Brasil ainda não é uma matéria de excelência. Então, se em Franca já é difícil você saber o que acontece, imagine você acompanhar a distância a situação de um trabalhador ou de um grupo de trabalhadores de uma usina em São Joaquim da Barra ou em uma confecção em Ituverava, pode ser uma lanchonete, são apenas exemplos para mostrar como é complicado... Querem imaginar que se possa daqui de dentro de Franca entender, organizar e disciplinar o que está acontecendo nas vinte e duas cidades, é brincadeira. Talvez possa treinar e capacitar as pessoas específicas em cada cidade voltadas para esse tipo de ação. É o mínimo que deve ser feito. Se isso resolve e engloba tudo eu não sei, mas acho que é o mínimo que deve ser feito, senão você acaba criando até uma rivalidade.... (Piacesi, Médico e ex-gestor da Secretaria Municipal de Saúde de Franca).

Eu acho que em um momento o CEREST fez reuniões com os representantes dos municípios, foram os primeiros passos, ainda não se tinha conhecimento do que deveria ser feito. Essas reuniões discutiam regionalmente a saúde do trabalhador eram importantíssimas, ainda não eram ações práticas, eram discussões... [Por que parou com essa atividade?] Primeiro, porque saiu uma peça importante naquele momento... [refere-se ao assistente social] Outra pessoa poderia assumir, eu poderia... Eu articulo o movimento comunitário, eu faço articulações no Conselho e também poderia assumir essa função... Mas naquele momento eu me designei a fazer outra função e ninguém assumiu... Em segundo lugar, falta a figura de um Coordenador no CEREST para articular e determinar o que seja feito... Acho que faltou estímulo, vontade, comando e uma série de coisas. (Fiscal Sanitário da Vigilância Sanitária de Franca e Técnico de Segurança do Trabalho do CEREST).

Neste capítulo o objetivo é conhecer alguns aspectos da realidade social, econômica dos municípios abrangidos pelo CEREST-Regional Franca/SP. Busca identificar as contradições de um serviço criado para atuar regionalmente, mas gerido por um município, no caso, Franca/SP.

A epígrafe destacada para iniciar este capítulo sublinha que a saúde do trabalhador é uma “área da Saúde Pública que tem como objeto o estudo e intervenção as relações entre trabalho e saúde.” Esse esclarecimento remete as relações entre trabalho e saúde de um modo mais amplo, que nem sempre se apresentam na forma de agentes (químicos, biológicos, mecânico e ergonômicos), como destacado no primeiro capítulo. Ou seja, é preciso conhecer a realidade objetiva de trabalho na região e a conseqüente demanda para a saúde do trabalhador e meio ambiente. O CEREST deve, portanto, considerar não apenas as condições de trabalho, mas, sobretudo, as relações sociais de trabalho. Trata-se de uma nova complexidade das relações de trabalho que reverbera na saúde e vida dos trabalhadores, identificados não apenas nos agentes concretos e materiais, mas, sobretudo, nos “imateriais” de origem mais social do

que biológica e que, portanto, exige uma nova postura dos profissionais da saúde. O conhecimento dessa realidade é essencial para a definição de estratégias e metas de ação, as quais devem estar contempladas em um plano de trabalho.

A consolidação da Saúde do Trabalhador no SUS, como discutido anteriormente, se deu a partir das intervenções políticas dos sindicatos, das notificações e estudos epidemiológicos, de assistência e vigilância e de inversão do papel do trabalhador que de paciente e desprovido de opinião passou a ser considerado como Sujeito de direitos e de saber (LACAZ, 1996). Assim, os serviços de saúde devem estar preparados para informar o trabalhador acerca da possível relação entre o seu trabalho e a saúde, bem como de considerar que homens e mulheres inseridos nos mais diversos processos de trabalho são potencialmente fontes de conhecimento. O saber não erudito, mas apreendido na vivência e experiência cotidiana de trabalho retrata aquilo que não aparece nas notificações, por exemplo, mal-estar, cansaço, angústia, medo e nervosismo. Enfim, os serviços de saúde devem estar preparados para acolher o trabalhador e pesquisar a sua história de trabalho passada e presente e buscar conhecer a realidade do seu território (área de abrangência), criar mecanismos que mostrem a relação desta com a saúde e, sobretudo, viabilizar as condições para a sua transformação, a qual não se faz apenas com um profissional, uma disciplina ou um serviço. Como diz o dito popular: “Uma andorinha não faz verão”. O trabalho é em equipe, feito de modo interdisciplinar e intersetorial.

São pontos importantíssimos para analisar a política de saúde do trabalhador: caráter regional, articulação, integração, intersetorialidade, interdisciplinaridade e o papel do CEREST. Essas são questões que estão articuladas e, que de certo modo, será contemplada na análise deste estudo, não apenas neste capítulo, mas também nos subseqüentes.

Os depoimentos que abrem este capítulo introduzem algumas dificuldades e desafios enfrentados pelo Centro de Referência na sua condição de serviço regional. Observe-se que o Diretor do GVS-Regional Franca destaca que o CEREST está centralizado em Franca e para atender também os municípios que compõem a região deveria ter um Plano de Ação¹, compartilhado e aprovado regionalmente². Eis uma situação candente para as políticas públicas: construir democraticamente um plano de trabalho e em conseqüência possibilitar as estratégias necessárias para que este seja acompanhado, fiscalizado e, sobretudo, avaliado.

¹ Observa-se que a exigência do Plano de Ação está descrita nos documentos da RENAST, em especial na Portaria 2437, GM, 07/12/2005, a qual no artigo 2^a ao recomendar aos Estados e municípios a adoção das ações de saúde do trabalhador e estabelece que: § 2^o As ações em Saúde do Trabalhador deverão estar expressas em Plano de Ação Nacional, de vigência quadrienal, que estabelecerá as diretrizes para a elaboração de Planos Estaduais e Municipais, de duração bienal (BRASIL, 2005d).

A gestão da política de saúde do trabalhador deve considerar o caráter regional e, portanto, incluir as demandas regionais nas suas ações, as quais devem ser registradas em um plano de trabalho. Esse registro é de extrema importância para que se possa fazer o acompanhamento, fiscalização e avaliação, ou seja, o controle social, assunto discutido no sétimo capítulo. Mas também não trata-se apenas de levar um Plano para que em determinada reunião seja aprovado ou não, pois como argumentou o Diretor do GVS é necessário que este seja “[...] *compartilhado e aprovado regionalmente.*” Isto é, o processo de sua construção, deve incluir a demanda regional e também os investimentos decorrentes devem ser compartilhados por um colegiado regional.

“Compartilhado” é um verbo interessante para pensar as ações do CEREST, em especial no que tange o seu caráter regional, porque ele remete a ação de **partilhar**, mas não é uma partilha de ações fragmentadas, pois ele está antecedido pela preposição **com**.

O Plano de Ação configura as metas e diretrizes do serviço, bem como o compromisso e divisão de responsabilidades na efetivação dessa Política. Além disso, pode consubstanciar o direito dos municípios da região em ser contemplados nas ações e destino dos recursos do CEREST e, ainda, de fazer o controle social, assunto discutido adiante.

O Diretor do GVS regional destaca também a falta de articulação do CEREST com a Vigilância Sanitária do Estado (GVS-Regional), que no caso é responsável pela implantação e acompanhamento das ações de vigilância em saúde na região de Franca. Ele questiona qual é a função do CEREST, e indica que este deve dar suporte para as Vigilâncias Sanitária e Epidemiológica, o que demanda trabalho articulado e intersetorial. Porém, finaliza destacando que em Franca não há trabalho em conjunto e caso fosse para dar uma nota para a saúde do trabalhador nesta região, numa escala de zero a dez daria apenas um.

O Engenheiro do Trabalho do GVS- regional destaca em seu depoimento que o município sede se preocupa com a realidade dele e não com a dos outros e, por isso, acredita que o CEREST deveria ser gerido pelo Estado. Entende-se que esse não precisaria ser gerido pelo Estado e que a descentralização política administrativa deve ser respeitada e estimulada.³

² A mesma Portaria, referida na nota anterior, estabelece que: § 3º Os Planos Estaduais e Municipais devem ser pactuados entre os gestores do SUS, responsáveis pela sua elaboração, aprovados pelas correspondentes instâncias de controle social do SUS e pelas Comissões Intergestores Bipartite – CIB, antes de sua apresentação à Área Técnica de Saúde do Trabalhador, do Ministério da Saúde, para análise, sistematização, adequação e aprovação (BRASIL, 2005d).

³ A nova Portaria da RENAST, especifica que: § 1º Deverão ser consideradas como estratégias de cumprimento do disposto neste artigo a regionalização e a hierarquização dos serviços de saúde, a criação de mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do SUS e a atualização dos critérios de habilitação e certificação dos serviços e atividades que vierem a integrá-lo (BRASIL, 2005d).

Contudo, é necessário também que ele tenha integração com os demais órgãos públicos, especialmente, com o GVS e o DRS, que são representantes oficiais do Estado e estão em constante relação com os municípios da área de abrangência. Dessa forma, é praticamente impossível não ter articulação com essas instituições, a não ser que o Centro de Referência opte por uma ação mais individualizada de assistência ao trabalhador vítima de agravos à saúde e poucas visitas de vigilância nos ambientes de trabalho, estimuladas por denúncias, geralmente aquelas situações mais gritantes. Se for essa a linha de atuação, deve, então, constar no seu Plano de Ação aprovado regionalmente, embora contrarie os princípios de assistência, prevenção, promoção e vigilância em saúde do trabalhador, mas justifica o distanciamento do CEREST com o GVS, DRS e, conseqüentemente, com aqueles municípios da sua área de abrangência.

Por isso é importante ter em mente de qual realidade socioeconômica se está falando, pois, como já destacado, a saúde do trabalhador é regional e tem como objetivos a promoção e a proteção da saúde, e, ainda que as ações para a sua concretização devam ser realizadas “[...] por meio da vigilância dos riscos presentes nos ambientes e condições de trabalho, dos agravos à saúde do trabalhador e a organização e prestação da assistência aos trabalhadores” (DIAS, 2001, p. 17). Porém como efetivar esses objetivos em uma realidade regional?

A construção do Plano de trabalho compartilhado com os representantes dos municípios se constitui uma mediação privilegiada para a implantação da saúde do trabalhador, não apenas em Franca, mas também na região. Além disso, é um instrumento para o exercício democrático e do controle social. Observe que o Médico do Trabalho, num relato de desabafo, diz que foi comprado um aparelho para exames de perda auditiva (BERA) com os recursos do CEREST e que o trabalhador para ser atendido tinha que aguardar na fila de espera, finaliza afirmando que o trabalhador não vem sendo priorizado. Cabe então questionar se a compra desse aparelho é uma prioridade para a saúde do trabalhador em Franca? Na região? O raciocínio do entrevistado reverbera a preocupação com o destino dos recursos; se o serviço é regional por que não ir até os municípios? Por que não usar o carro adquirido com a verba de um serviço regional para ações regionais?

Como o Centro de Referência não tem um fluxo de atendimentos definidos nem no município e nem na região, o referido aparelho não aparece como relacionado a política de saúde do trabalhador. Além disso, ao analisar os relatórios das reuniões de Equipe do CEREST, observa-se que na reunião do dia 09/08/2005, há questionamentos acerca da aquisição deste aparelho de audiologia (BERA), o qual não foi solicitado pela Equipe.

Verifica-se que em algumas reuniões foi pontuada a demora da instalação desse aparelho, em decorrência da falta de lugar e também técnicos capacitados para operá-lo.

O Médico do Trabalho ressalta também a contradição do serviço ser regional, mas ter uma equipe de profissionais contratadas pela Prefeitura Municipal de Franca. Ele destaca a importância do envolvimento com a região, mas para isso é necessário dar suporte a essa equipe atuar regionalmente e critica a determinação de não poder utilizar o carro do CEREST para visitas às cidades abrangidas, ele diz que isso “*precisa ser repensado*”. Ora, para que se tenha envolvimento é necessário contatos telefônicos e pessoais, reuniões, visitas, entre outros, há um conjunto de elementos só perceptíveis pelo encontro presencial, não é a toa a necessidade de se fazer visita aos ambientes de trabalho, ou seja, nas idas às cidades vizinhas poderia ocorrer uma aproximação maior entre os técnicos, bem como o reconhecimento de problemas comuns e, ainda, de divergências. É desse contato real e presencial que é possível formar um padrão diferenciado de atuação e competências compartilhadas e permeadas pelas reais necessidades, deriva desse processo a efetivação ou não da política de saúde do trabalhador.

Deve se dizer que o problema, talvez não seja porque os profissionais do CEREST são funcionários da Prefeitura Municipal de Franca ou porque este não seja gerido pelo Estado, como o Engenheiro do GVS apontou. Mas sim da ausência de vontade política para a efetivação da Política a partir das diretrizes da RENAST e, ainda, de diálogos mais profícuos entre os técnicos do Centro de Referência e dos serviços de saúde dos municípios, o que tem resultado no não planejamento de ações (compartilhadas), o que reforça o conservadorismo e o autoritarismo presente historicamente nas administrações públicas. Acredita-se que a compra desse carro e do aparelho mencionado, deveria ter sido definida no Plano de Ação, não apenas a aquisição, mas também o uso, bem como ter sido aprovado pelo Conselho Gestor. Se adquirido com os recursos do CEREST – regional, nada mais coerente, que ser usado regionalmente e, certamente, o Médico do Trabalho do trabalho está certo na sua convicção, isso “*precisa ser repensado*”.

O Engenheiro do Trabalho do GVS destaca também as diferenças nas características econômicas e de trabalho em Franca e nos demais municípios. Ele sublinha que na região a indústria agrícola é a principal característica e em Franca é a indústria coureira-calçadista⁴. As diferenças são relevantes, mas como se demonstra mais adiante, com a terceirização do setor calçadista, partes da produção do calçado de determinadas fábricas

⁴ Coureiro-calçadista refere-se às fábricas de calçados e artefatos e também aos curtumes.

foram transferidas para a periferia ou para os municípios da região, além de fábricas inteiras terem migrado para cidades, circunvizinhas a Franca. Isso em decorrência da busca dos incentivos fiscais e de força de trabalho mais barata e despolitizada. Pelo lado, da agroindústria também houve a expansão do cultivo da cultura de cana-de-açúcar. Assim, mesmo as cidades que não têm usinas sucroalcooleiras, geralmente, já têm grande parte da terra ocupada com essa cultura, ou seja, acaba ocorrendo a vivência de problemas comuns, especialmente, baseados nessas duas atividades econômicas: agroindústria sucroalcooleira e indústria coureiro-calçadista.

Contudo, há de se considerar as diferenças entre os municípios, que como disse o Engenheiro do GVS, em Franca sobressaem as atividades relacionadas ao setor coureiro-calçadista e na região a agroindústria, é importante dizer, canavieira, pois isso implica em modos diferenciados de adoecimento e, portanto, de ações, daí, mais uma vez, a necessidade do Plano de trabalho que contemple essas realidades. O Plano deve ser construído para que as ações sejam assumidas e integradas aos serviços, o que dificilmente ocorre quando este é imposto a partir de uma relação verticalizada.

Para o Interlocutor de Saúde do Trabalhador do Departamento Regional de Saúde (IST do DRS VIII), os Secretários de Saúde da região até têm interesse em implantar a política de saúde do trabalhador, porém existe uma burocracia muito grande. Ele atenta para as dificuldades de compreensão das políticas de saúde, do excesso de Portarias e documentações. Esse ponto é extremamente importante para se pensar no planejamento das ações, em especial da saúde do trabalhador, pois o envolvimento depende do conhecimento que se tem com a causa, não se envolve com um assunto que lhe é estranho. Então, é necessário desburocratizar e descomplicar, ou seja, facilitar o entendimento das ações e responsabilidades de cada município frente a essa Política.

Outra questão destacada pelo IST do DRS é que os Secretários de Saúde da região estão imersos as suas demandas cotidianas. Talvez a saúde dos trabalhadores ainda não lhes apareça como uma demanda ou um problema e para que venha a ser parte da agenda desses municípios, provavelmente, é necessário que o CEREST desenvolva um trabalho social, educativo e político. Nesse sentido, talvez seja interessante compilar os dados sobre a relação trabalho e saúde e disponibilizá-los publicamente, envolvendo o maior número possível de personagens que possam, politicamente, criar mecanismos de intervenção ou de transformação da realidade.

O Plano Estadual de Saúde do Trabalhador indica que até 20% dos recursos da RENAST⁵ podem ser utilizados em ações de Educação em Saúde, então é possível oferecer cursos de formação em saúde do trabalhador aos trabalhadores do SUS, controle social, e por que não aos gestores? Ora, se se preza pela defesa do SUS é preciso formar os atores importantes que farão a sua defesa, inclusive os gestores, “ninguém defende aquilo que não conhece.”

Observe que o Interlocutor destacou que além das diferentes realidades econômicas dos municípios abrangidos pelo CEREST, há ainda as diferenças de infraestrutura entre os municípios, pois existem aqueles com cinco mil, outros com vinte, trinta e quarenta mil habitantes, e que os menores não contam com recursos materiais como computadores de boa resolutividade e a maioria não conta com pessoal específico para as ações de saúde do trabalhador. Há de se considerar ainda a complexidade da política de saúde do trabalhador e que há um excesso de documentos e Portarias, isso tem sido uma rotina nas políticas públicas. Assim, além das dificuldades de infra-estrutura e técnicas, deve-se considerar também que ocorrem muitas mudanças em curto prazo, o que dificulta o acompanhamento e o entendimento da estrutura da política de saúde. Daí que a formação das diretrizes básicas do campo saúde do trabalhador é uma premissa importante e necessária para que a política referente seja implantada. Na ausência desse entendimento é bem possível que se implante a Política de Saúde do Trabalhador, com cara e orientação de Medicina do Trabalho ou Saúde Ocupacional, até porque enquanto a primeira é desconhecida as outras duas são tradicionais. Lembra-se que para romper com o tradicionalismo de práticas limitadas de assistência à saúde é necessária a formação do “bloco histórico contra-hegemônico”.

Deve ser frisado que historicamente os serviços de saúde atenderam os trabalhadores lesionados, porém na linha de assistência à saúde. Narvai (1994) explica que a Assistência à Saúde se distingue de Atenção. Desenvolve tais conceitos explicitando que um não é sinônimo do outro, portanto, não se deve utilizá-los como equivalentes, especialmente na análise das políticas de saúde. Para o autor é importante os esclarecimentos conceituais para evitar o desgaste dos conceitos e/ou seu esvaziamento. A Atenção à Saúde refere-se não apenas às ações específicas do setor saúde, no caso do atendimento ao indivíduo, seja ele na rede primária (Unidades Básicas de Saúde, Estratégia de Saúde da Família), secundária (Ambulatórios e especialidades), terciária (Hospitais, Hospitais-Escolas) ou nos serviços de

⁵ No item X “Critérios para a aplicação dos recursos financeiros da RENAST exercício de 2004”, do Plano Estadual de Saúde do Trabalhador é destacada a seguinte proporção de gastos: Custeio operacional – até 40%; Investimento em Capacitação – até 20%; Projeto de Comunicação e Educação Popular – 10 %; Implementação dos Projetos prioritários – 20% e Articulação com centros colaboradores/observatórios – 10% (CEREST, 2004b).

urgência e emergência (Pronto Socorro e Pronto Atendimento). Trata-se de ações de assistência à saúde das pessoas, mas não se esgota nessas, à medida que congrega as ações “intra e extra” setor saúde, como por exemplo, o saneamento básico, habitação, trabalho etc., conforme os determinantes e condicionantes sociais reconhecidos pela Lei 8080, no seu artigo 3a⁶. Já a assistência se resume às ações clínicas, terapêuticas e, geralmente, de cunho individual.

Concorda-se com Narvai (1994), pois entende-se que a atenção à saúde dos trabalhadores vai além dos serviços assistenciais (relevantes e necessários, diga-se de passagem, porém insuficientes). Por isso a importância de cursos de formação para que seja possível transcender as ações assistenciais e tecer medidas mais amplas, de envolvimento e integração entre outros serviços e não apenas o de saúde. Assim, a efetividade prática do modelo de atenção à saúde depende de complexos processos sociais e políticos, que extrapolam a área da saúde, entre eles a formação de uma nova cultura, sobretudo, dos profissionais que vão atuar na área, para que possam exercer uma função unificadora da práxis da saúde pública com a demanda real vivenciada pela classe trabalhadora.

Então a implantação e efetivação da saúde do trabalhador depende de vontade política, formação, preparação e envolvimento dos técnicos que aí atuam, mas para isso é necessário também ter Recursos Humanos disponíveis, “intelectuais”.⁷

A existência de recursos humanos e “intelectuais orgânicos” contribui diretamente para que a referida Política seja implantada e efetivada nos moldes dos princípios e diretrizes que a constituiu, mas a ausência desses leva a sua não efetivação.

Ao analisar a implantação da Política de Educação Permanente em Saúde na localidade de Franca, Bertani, Sarreta e Lourenço (2008) destacam que essa Política foi implantada pelos gestores como um cumprimento de tarefas sem maiores envolvimento com os principais atores: gestores, trabalhadores da saúde e usuários. Neste estudo, foi verificado também que existe um problema central que é a falta de recursos humanos e que a realização dos cursos de educação permanente em saúde foi centralizada em pequenos grupos de funcionários, não conseguindo a adesão da “massa” dos trabalhadores do SUS na construção de uma nova cultura de atenção à saúde.

⁶ A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do país (LOS, Lei nº. 8080/90, art. 3º) (CRESS, 2004a)

⁷ Nos dizeres de Gramsci (1966, p. 21), não existe organização sem dirigentes com a devida coesão entre teoria e prática “[...] pessoas especializadas na elaboração conceitual e filosófica. Mas este processo de criação de intelectuais é longo, difícil, cheio de contradições, de avanços e de recuos, de cisões e de agrupamentos [...]”.

Desse modo, entre os desafios do Centro de Referência estão a atuação regional, considerando as diferentes realidades dos municípios abrangidos, a demanda dos serviços de saúde e o quadro de funcionários, mas, sobretudo, formar os “intelectuais orgânicos” para a saúde do trabalhador. O depoimento do médico e ex-gestor da saúde em Franca enfatiza que o CEREST pode capacitar e treinar trabalhadores do SUS de outros municípios, mas alerta para o fato disso não resolver a problemática e ainda criar uma rivalidade entre os profissionais dos municípios. Acredita-se que talvez possa criar uma rivalidade se as ações forem delegadas e não construídas, impostas e não compartilhadas, faladas e não consubstanciadas no Plano de Ação e, portanto, distantes do acompanhamento, avaliação e controle.

O Fiscal da Vigilância Sanitária e Técnico de Segurança do Trabalho do CEREST mencionou que anteriormente haviam ocorrido reuniões educativas com os IST. O entrevistado diz que reconhece a importância deste trabalho, devido às discussões dos problemas regionais, porém afirma que em decorrência da saída de uma “*peça importante naquele momento*” essa atividade foi interrompida, uma vez que ninguém da Equipe assumiu tal trabalho e, para ele, faltou ter um Coordenador para articular e determinar o que deveria ser feito.

Obviamente, que é necessário e importante que o serviço, no caso, o CEREST tenha um Coordenador, mas não se trata de ter alguém para delegar funções e ações e sim de construí-las. O problema é que, muitas vezes, a administração pública é avessa à participação e inviabiliza os processos democráticos de construção das metas e de acompanhamento da sua implantação. A saída da “*peça importante naquele momento*”, no caso, o entrevistado se refere a assistente social e a consequente interrupção das atividades educativas, remete a idéia de que, talvez, não seja interessante para administração municipal de Franca que o CEREST tenha uma atuação mais incisiva na formação e envolvimento da região com a saúde do trabalhador.

Após essa introdução quanto aos principais elementos do caráter regional da política de saúde do trabalhador, busca-se cortar os arames farpados que inviabilizam o contato com a realidade dos municípios da área de abrangência do Centro de Referência. Cabe, então, percorrer a trilha que possibilita responder a indagação: quais são os principais aspectos da realidade socioeconômica desta região?

4.1 CEREST- Regional Franca, de qual realidade se está falando?

[...] a pesquisa oferece subsídios técnicos que aprimora a própria intervenção garantindo assim o caráter transformador – de intervenção sobre os fatores determinantes e condicionantes dos problemas de saúde relacionados aos processos e ambientes de trabalho.

BRASIL, 2005a.

O fragmento da Lei nº. 3120/1998, referente a Instrução Normativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS, ressalta o papel da pesquisa para a intervenção nas relações de trabalho e saúde. Desse modo, busca-se desvendar os elementos constitutivos da realidade socioeconômica de Franca e região e, no próximo capítulo, aqueles que se relacionam aos agravos à saúde dos trabalhadores.

O município de Franca está localizado a 400 km distante da capital paulista, está a 100 km da cidade de Ribeirão Preto e também faz divisas com municípios mineiros como: Claraval, Ibiraci e Uberaba. O CEREST Franca, como já dito, é regional e sua área de abrangência compreende 22 municípios⁸, com 631.606 mil habitantes, em 2007 (IBGE, 2007)⁹.

Desse modo, pode-se aferir que Franca conta com o maior índice populacional, com mais de 300 mil habitantes, seguida por São Joaquim da Barra, Ituverava e Orlandia com índices acima de trinta e quarenta mil habitantes. Buritizal e Rifaina são os municípios menores com pouco mais de três mil habitantes.

Em relação a atividade econômica é possível afirmar que existem ao menos duas grandes frentes, a produção de calçados, ainda com forte concentração no município de Franca e a agroindústria canavieira, que apesar de se concentrar mais na micro região Alta Anhangüera, vem ganhando, cada vez mais, espaço na região como um todo. Dessa forma, optou-se por dedicar este capítulo aos principais elementos presentes nessas duas frentes econômicas.

⁸ Aramina, Buritizal, Cristais Paulista, Franca, Guará, Igarapava, Ipuã, Itirapuã, Ituverava, Jeriquara, Miguelópolis, Morro Agudo, Nuporanga, Orlandia, Patrocínio Paulista, Pedregulho, Restinga, Ribeirão Corrente, Rifaina, Sales Oliveira, São José da Bela Vista e São Joaquim da Barra.

⁹ Observa-se que houve queda no número de habitantes desses municípios de 2006 para 2007, conforme os dados do IBGE Cidades, Tabela I, anexa a este estudo. A Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (SEAD), oferece uma projeção para 2008, a qual se baseia nos dados do IBGE. Nesta, a população total destes municípios é de 672.986 mil habitantes, em relação a 2007 então há uma diferença de 41,38 mil habitantes em relação aos dados dispostos por município no site do IBGE@Cidades, como demonstrado na Tabela I (Apêndice C). Para a construção dessa tabela pesquisou-se cada município, individualmente, tanto no site do IBGE@Cidades quanto no do SEAD.

4.2 A realidade Econômica de Franca e o Setor Calçadista

Uma das características da indústria de calçados masculinos de couro em Franca é o emprego intensivo de trabalho vivo. Esse ramo da indústria de calçados apresenta baixo índice de concentração de capital e adota processos de produção que, de modo geral, não fazem uso de tecnologias sofisticadas. Essa indústria absorve uma quantidade significativa de força de trabalho barata e, em boa medida, especializada, ou seja, detentora de conhecimentos, habilidades e destrezas manuais ainda imprescindíveis à produção do produto. Sua produção destina-se tanto ao mercado interno quanto ao externo e é realizada em parte nas indústrias, nas bancas e parte a domicílio, e que envolve diferentes formas de relações de trabalho
NAVARRO, 2003.

Navarro (2003) apresenta importantes elementos do setor calçadista. A produção de calçados envolve uma miríade de atividades além das fábricas de calçados como curtumes, indústrias de borracha, solados, máquinas, peças e equipamentos, produtos químicos (cola, solventes, tintas etc.) e artigos e componentes em couro, serviços destinados ao comércio, ensino e tecnologia¹⁰. Por isso não é possível pensar a indústria calçadista de modo isolado, visto que esta compõe-se de um *claster*, sendo importante conhecê-lo nos seus por menores para que se possa planejar as ações de saúde do trabalhador. Embora neste estudo privilegia-se algumas características do desenvolvimento do setor calçadista do município.

O uso intensivo da força de trabalho é uma das características do setor calçadista (NAVARRO, 2003), que associado ao aglomerado de indústrias e serviços que este setor arrasta consigo cria-se a possibilidade de geração de empregos, o que, segundo Lara (2007), favoreceu o processo migratório, geralmente do Sul de Minas Gerais para a cidade de Franca. Lara (2007) aponta, a partir de Braga Filho (2000), que na década de 1970 os mineiros representavam 98% da população migrante neste município. Em 2004, utilizando dados do IPES - FACEF¹¹, diz que: “[...] a migração ainda é relevante na cidade, representando um número de 3.192 mil migrantes que deslocavam para a cidade em busca de emprego” (LARA, 2007, p. 287). Assim, a queda no índice populacional de 2006 para 2007, retratada na Tabela I (Apêndice C), pode ter alguma relação com o processo migratório que tende a diminuir diante

¹⁰ “O pólo calçadista francano é composto pelo conjunto de atividades que integram a cadeia produtiva do calçado: as indústrias cortumeiras, de calçados, de máquinas e equipamentos para a sua fabricação, de componentes, de solas e solados de couro e de borracha, indústria e estabelecimentos comerciais e de serviços dedicados à manutenção ou atualização de maquinários e ferramentas destinadas à confecção de calçados ou de seus componentes, a rede de comércio e de serviços que atendem o setor e de instituições voltadas para a pesquisa, difusão de conhecimento e tecnologia, tais como o Instituto de pesquisas Tecnológicas do Estado de São Paulo (IPT) e o Serviço Nacional da Indústria (SENAI)” (NAVARRO, 2006, p. 20-21).

¹¹ Instituto de Pesquisas Econômicas e Sociais da Faculdade de Ciências Econômicas e Contábeis de Franca – IPES/FACEF.

da atual crise econômica, vivenciada também por este setor.

Chama-se a atenção para os traços culturais derivados do processo migratório. O predomínio de migrantes mineiros na população francana, acabou desenvolvendo um jeito amineirado de ser. Isso é observado, especialmente, na comunicação, alimentação e também nas vestimentas. Como já dito, há uma aproximação de Franca, geograficamente, com algumas cidades mineiras, além daquelas já referidas, é bom citar a proximidade com a cidade de Passos (MG), a qual dista a menos de 100 km de Franca e se destaca pela confecção de roupas, sendo que, atualmente, vem ocorrendo a realocização, ainda incipiente, de algumas confecções de Passos para Franca. Do mesmo modo, ocorre também a realocização das fábricas de calçados para as cidades da região e também para aquelas do Estado mineiro.

Em decorrência da fabricação de calçados em Franca, há mão de obra especializada em costura e pesponto, mas com a reestruturação produtiva esta tem sofrido as agruras do desemprego. A existência de mão de obra especializada em costura tem facilitado a organização de confecções no município, apesar das diferenças entre a matéria prima (couro e tecido). Desse modo, tem-se percebido (empiricamente) o estabelecimento de confecções, especialmente de *lingerie* e roupas íntimas na cidade.

Observa-se que se trata da busca de mercado de mão de obra especializada e barata, com maiores possibilidades de exploração do trabalho, inclusive em conversa informal com um diretor sindical da categoria de sapateiros, que abrange também aqueles que laboram em confecções, este explicitou que tem verificado problemas relativos a moradia dos operários, que vem de Passos em nome de determinada firma para ensinar o serviço aos trabalhadores francanos, e que em decorrência da falta de serviço/pedido teria ocorrido a negação do custeio dos gastos de hospedagem e alimentação dos trabalhadores “de fora”, ficando esses perambulando pela cidade.

Não foi possível colher dados oficiais acerca do número de confecções em Franca, mas fica registrado que esse é um viés econômico que tem crescido na cidade. Contudo, a atividade econômica ainda é predominantemente calçadista.

Franca conta com 760 indústrias de calçados, conforme ilustra o Tabela 1.

Tabela 1 – Número de indústrias de calçados em Franca/SP.

Especificação	Crítérios	Quantidade de Empresas	Percentual
Micro	(0 a 19 funcionários)	552	72,63
Pequenas	(20 a 99 funcionários)	130	17,11
Médias	(100 a 499 funcionários)	65	8,55
Grandes	(≥ 500 funcionários)	13	1,71
Total		760	100

Fonte: Censo Indústria Calçadista de Franca: UniFacef/IPES - Setembro/2005 (SINDIFRANCA, 2008).

A primeira característica a ser destacada, referente a Tabela 1, é que 760 empresas não contemplam a totalidade das indústrias calçadistas, embora esta Tabela ofereça importantes características deste setor em Franca. Observe que 72,63% das indústrias de calçados do município são consideradas micro-empresas, constituídas de até 19 funcionários, seguidas de 17% daquelas classificadas de pequeno porte, com 20 até 99 funcionários. As empresas médias são representadas por 8,55% e apenas 1,71% referem-se às empresas de grande porte que têm acima de 500 funcionários. Mais de 70% das empresas que compõem o setor são de micro-empresas, sendo essa uma característica do setor calçadista em geral¹².

Deve ser dito ainda que esse número poderia ser muito maior, uma vez que as Bancas de Pesponto e Corte em Calçados, não estão inclusas na Tabela 1. Já que, na maioria das vezes, essas não têm as suas condições legais de funcionamento regulamentadas, como se pôde observar, durante atendimentos aos trabalhadores, no CEREST, que apesar de lesionados pelo trabalho, não conseguiam ser incluídos nos benefícios previdenciários em decorrência do trabalho desregulamentado e isento de qualquer segurança trabalhista feito nas Bancas. Ampliou-se o conhecimento dessa realidade, ao visitar as Bancas no bairro Jardim Tropical, em janeiro e fevereiro de 2008, juntamente com o Sindicato dos Sapateiros¹³, sendo possível constatar que as Bancas¹⁴ são estabelecimentos constituídos com poucos recursos, em

¹² “A indústria de calçados tanto em âmbito mundial quanto em âmbito nacional é um segmento conhecido pelas seguintes particularidades: baixo investimento em inovações tecnológicas; baixo custo do produto final; uso intensivo da força de trabalho; estrutura industrial com predominância das micros, das pequenas e das médias empresas, com reduzido número de organizações de grande porte” (LARA, 2007, p. 263).

¹³ Em decorrência do Projeto: “A Terceirização do Setor Calçadista e a Saúde do Trabalhador em Franca”, realizou-se visitas às Bancas e entrevistou-se os trabalhadores e banqueiros, cujo objetivo foi colher informações que precisem a relação trabalho/saúde. O Projeto está em fase de reelaboração, como demonstrado em trabalho anterior (LOURENÇO; BERTANI, 2008).

¹⁴ “As Bancas são unidades produtivas (oficinas de trabalho) que prestam serviços à indústria e seu porte é variado: há aquelas que contam com apenas 2 ou 3 trabalhadores de uma mesma família. As de porte médio, que empregam cerca de 15 ou 20 trabalhadores; e as grandes bancas, que podem empregar uma centena de trabalhadores. De forma geral, são especializadas em realizar determinadas tarefas que fazem parte do núcleo principal da confecção do calçado, como o corte, o pesponto etc. No Rio Grande do Sul, essas unidades produtivas são denominadas de *ateliers* (NAVARRO, 2006, p. 21).

geral, a moradia do trabalhador é adaptada as exigências da produção, precarizando não apenas as relações sociais de trabalho, mas, sobretudo, as dimensões do trabalho como potencial para o desenvolvimento do ser genérico e as relações sócio-afetivas e familiares.

Considera-se de extrema importância o conhecimento de tal realidade para a adequada efetivação da política de saúde do trabalhador. Daí que é preciso ter uma noção ampliada da relação trabalho e saúde que possibilite enxergar o trabalho doméstico, autônomo e desregulamentado passível de análise e intervenção pública, especialmente na garantia da saúde dos que aí laboram (MINAYO-GOMEZ; LACAZ, 2005).

Na busca de romper com a falta de dados, buscou-se na Prefeitura Municipal de Franca saber o número de Bancas registradas pelo município¹⁵, mas em decorrência dos gastos para se abrir uma firma, bem como relativos ao seu fechamento o número existente, ilustrado no Quadro 1, é totalmente irreal/falso, mas mesmo assim, optou por demonstrar tal Quadro, uma vez que este representa uma grande dificuldade da política de saúde do trabalhador: a ausência de dados reais e confiáveis. Essa dificuldade é, na realidade, um limite das políticas públicas em geral.

Ano	Bancas Abertas	Ano	Bancas Abertas
2000	19	2004	18
2001	19	2005	17
2002	19	2006	16
2003	19	2007	13

Quadro 1 - Relação de bancas de pesponto, considerando a abertura anual.

Fonte: Franca/SP, set. 2008.

Observe que o Quadro 1 se refere a quantidade de Bancas abertas em cada ano. Isso porque se trata de uma instabilidade muito grande, ou seja, as Bancas são constituídas em momentos de apogeu da produção, geralmente, de março a novembro. Após, esse período, fecham, já que não há serviço. Verificou-se junto as Bancas visitadas que essas nem buscam pela sua regulamentação, devido à instabilidade de trabalho, assim como não contam com ganhos garantidos, ficam impossibilitadas de arcar com os gastos com a manutenção do pequeno negócio e mesmo com o seu possível fechamento.

¹⁵ Deve ser dito que essa informação oferecida pela Prefeitura Municipal de Franca se deu por meio do pagamento antecipado no valor de R\$35,00.

Então essa estrutura econômica subestimada em mais de 70% em micro-empresas é uma problemática para a saúde do trabalhador em Franca. Salienta-se que nesses ambientes é sempre mais difícil o resguardo dos direitos do trabalho, bem como da política de saúde e segurança dos trabalhadores. Ademais utilizam-se de precárias estruturas e de maquinários obsoletos impondo velhos riscos à saúde dos trabalhadores. Os riscos de danos ao meio ambiente e à saúde podem ser auto-monitorados pelas grandes empresas, inclusive das suas prestadoras de serviços, devido a necessária preservação da sua imagem no mercado, porém as “[...] as empresas de porte médio ou pequeno, de propriedade nacional e com processos industriais defasados, e que tenderão a ficar à margem deste mercado. Faltar-lhes ia a cultura preservacionista e preventivista [...]” (RIBEIRO et al., 1998, p. 44). Além disso, estão distantes da fiscalização do poder público até pela sua formatação, geralmente, em ambientes domésticos, sem nenhuma indicação oficial do funcionamento do pequeno empreendimento, ou seja, estão na invisibilidade social¹⁶.

No geral, deve ser dito que segundo o Sindicato das Indústrias de Calçados de Franca, o município tem uma capacidade instalada para a produção de 37.200.000 pares de calçados por ano. O tipo de calçado produzido são Sapatos e botas em couro (masculino, feminino e infantil), tênis (couro, lona e náilon), sendo que 84% do total produzido correspondem aos calçados masculinos, 14% feminino e 2% infantil. O piso salarial do sapateiro em fevereiro de 2008 foi de R\$ 520,00; 27,02% dos trabalhadores possuem ensino fundamental completo e 25,10% incompleto; 25,48% concluíram o ensino médio, 18,44% não concluíram essa etapa do ensino formal; apenas 1,81% têm curso superior completo e 1,62% incompleto e 0,13% são analfabetos (SINDIFRANCA, 2008).

¹⁶ “São poucas e falhas as estatísticas oficiais a respeito do número total de bancas de pesponto, de corte, de ‘blaqueação’, de chanfradura etc. existentes em Franca, assim como também são falhas e poucas aquelas referentes a outras modalidades de trabalho realizado em domicílio, como a costura manual, a colocação de enfeites e ‘tressê’ e o número de crianças envolvidas na produção de calçados no município. A facilidade de se encontrar pessoas trabalhando nessas condições no município e o reconhecimento, por parte dos empresários locais, dos sindicalistas, dos trabalhadores e demais moradores da cidade, da existência de um número elevado de pessoas envolvidas nessa modalidade de trabalho dão a entender que os números oficiais, quando existem não refletem a realidade” (NAVARRO, 2004, p. 122, destaques do autor).

4.3 O setor calçadista em Franca: da sua exegese ao seu apogeu à crise

A acumulação flexível foi acompanhada na ponta do consumo, portanto, por uma atenção muito maior às modas fugazes e pela mobilização de todos os artifícios de indução de necessidades e de transformação cultural que isso implica. A estética relativamente estável do modernismo fordista cedeu lugar a todo o fermento, instabilidade e qualidades fugidias de uma estética pós-moderna que celebra a diferença, a efemeridade, o espetáculo, a moda e a mercantilização das formas culturais.

HARVEY, 2007, p. 148.

A partir da década de 1970 o modelo de produção fordista de produção em larga escala começou a ruir e a privilegiar a produção aliada aos novos comportamentos. Passou-se a produzir novas necessidades de consumo, inclusive a cultura e a arte também entraram para o mercado competitivo.

A situação de crise do sistema capitalista impôs um clima de insegurança e altamente competitivo que exigiu respostas rápidas das empresas, as quais reorganizaram a produção e a gestão da força de trabalho baseadas na acumulação flexível¹⁷.

Harvey (2007) tece críticas a tese de Offe quanto a desorganização do sistema capitalista, e argumenta que o capitalismo está cada vez mais organizado e, no oposto, a classe trabalhadora está desorganizada. O autor justifica que os aparatos tecnológicos têm permitido aos sistemas de produção e de consumo informações preciosas acerca do mercado e da mercadoria.

A ênfase na informação e nos processos de trabalho decorrentes criou também a necessidade de analistas e consultores sobre o mercado e suas tendências. O mercado financeiro, hegemônico na fase atual do sistema capitalista, está materializado na esfera especulativa por meio da qual se efetua a compra e venda de papéis, daí que seus vastos lucros dependem das informações dos mercados financeiros e taxas de câmbio. Harvey (1992) destaca o valor da informação não apenas para o mercado financeiro, embora esse tenha uma

¹⁷ “O conceito de ‘acumulação flexível’, de acordo com David Harvey, caracteriza o amplo movimento de transformações ocorridas na economia política e cultura do capitalismo mundial que surge a partir da grande crise de meados da década de 1970. É claro que existe perigo em exagerar o significado da ‘acumulação flexível’. Primeiro, uma das características histórico-ontológicas da produção capitalista é estar sempre procurando ‘flexibilizar’ as condições de produção, principalmente da força de trabalho. Um dos traços ontológicos do capital tem sido a sua notável capacidade em ‘desmanchar tudo que é sólido’, revolucionar, de modo constante, as condições de produção; por e - repor – novos patamares de mobilidade do processo de valorização nos seus vários aspectos (MARX; ENGELS, 1998; MARX, 1996). Portanto, a produção capitalista é, em si, ‘acumulação flexível’ de valor, que surge ainda em seus primórdios, quando o capital instaura o trabalho assalariado, promovendo a despossessão do trabalhador assalariado das condições de vida, a separação do trabalhador de seus meios de produção, a separação entre ‘caracol e sua concha’ (MARX, 1996). O desenvolvimento do trabalho assalariado é, então, a própria fenomenologia de sua peculiaridade ontológica: ser ‘flexível’ às necessidades imperativas do capital em processo” (ALVES, 2007d, p. 4, destaques do autor).

exigência maior desta, mas também o conhecimento técnico e científico, inclusive sobre as políticas de governo, que são essenciais para o sucesso lucrativo das operações como um todo. Trata-se da transformação do saber como mercadoria chave produzida e vendida a favor do capital. O autor enfatiza também o papel do marketing na publicidade e distribuição das mercadorias e no patrocínio dos eventos culturais e de arte, já que manter o nome em público é vital para a saúde das empresas.

Busca-se, assim, retratar aqueles acontecimentos que permitem a compreensão do processo produtivo do calçado em Franca, sua exegese e seu apogeu, ocorrido na década de 1980, quando o município ficou conhecido como “pólo calçadista” e pela crise econômica instaurada na década seguinte, quando disseminou as práticas de flexibilização das relações sociais de trabalho.

A cidade de Franca tem uma história de formação social e econômica singular que em 1980 foi expressa com a denominação do município como pólo produtor de calçados em couro masculino. Nesse processo, destaca-se o importante papel da pecuária no desenvolvimento da indústria calçadista, iniciada de modo rudimentar no início do século XIX. As condições ambientais¹⁸ do município, especialmente, o clima ameno, a qualidade da terra e abundância da água foram fatores favorecedores da pecuária, principal fornecedora da matéria prima para a produção de calçados de couro. No entanto, Navarro (2006) destaca que não apenas as condições climáticas tenham sido relevantes para a pecuária e, em consequência, para o aproveitamento do couro na confecção de calçados, mas, sobretudo, a proximidade do município com a Estrada de Goiás, o que teria possibilitado o início das relações de troca e a afirmação do comércio.

Assim, no século XX, o investimento na produção cafeeira e também em ferrovias para além de Campinas¹⁹ teria dado um impulso para as mudanças das relações sociais de trabalho, que no setor calçadista implicou na consolidação das unidades fabris. Navarro (2006) destaca algumas iniciativas de investimentos na produção industrial, as quais a partir da 1ª Guerra Mundial foram estimuladas pelos subsídios do governo brasileiro para indústria de máquinas, favorecendo a transição das características da produção artesanal e domiciliar para àquela de cunho industrial, ainda incipiente. Nesse período até fins da 2ª Guerra

¹⁸ A referência as condições climáticas serviu inclusive para o desenvolvimento da primeira fase econômica do município que em fins do século XIX, quando a Fregueisa da Franca, como era denominada se tornou um entreposto de sal. Isso devido a localização geográfica do município e a capacidade criatória da pecuária, dando início também a ocupação de seleiros e sapateiros, devido à fabricação rústica de cintos, arreios e pequenas peças em couro (NAVARRO, 2006, p. 34).

¹⁹ A chegada da ferrovia a Franca ocorreu em 1887 (NAVARRO, 2006, p. 52).

Mundial, a produção dos curtumes em Franca era a atividade mais importante, inclusive como exportador de couro (NAVARRO, 2006).

Na trajetória histórica da consolidação e crise do setor calçadista francano, Navarro (2006) expõe, que foi a partir da década de 1950, que foi intensificado o uso das máquinas no processo produtivo, bem como ampliado as plantas industriais, as quais ainda gravitavam em torno das residências.²⁰ Até a década de 1960 o parque industrial de calçados se estruturava a partir do pequeno capital, acumulado pelos trabalhadores que se dedicavam a confecção de calçados nas suas próprias residências ou em pequenos empreendimentos, ou seja, a produção ainda se assentava nas fases de artesanato e manufatura, apenas a partir dos anos 60 que os contornos da grande indústria passaram a ser possível (LARA, 2004; 2007).

No ambiente fabril, a produção ganha contornos da organização científica do trabalho e novos incrementos, como a esteira mecânica, vão sendo introduzidos. Mas as condições de produção industrial vão ganhar novo impulso com a política do regime militar que priorizou a industrialização e incentivou a exportação de matéria-prima e produtos manufaturados. Nesse período ocorreu a consolidação do município como pólo calçadista.²¹

Nas décadas de 1960/70 houve estímulo governamental para gerar aumento nas exportações. Lara (2007), citando Barbosa (2004), aponta que o setor calçadista francano já caminhava em direção a organização de uma estrutura produtiva que possibilitasse a competitividade no mercado internacional, que a empresa de Calçados Samello já havia iniciado. Assim, os incentivos e concessões financeiras por parte do Estado teriam facilitado e estimulado o ingresso do calçado francano no mercado internacional.

As primeiras exportações realizadas por outras empresas que não a Samello, registradas em 1971, foram todas elas de indústrias que no período imediatamente anterior se beneficiaram do recém-criado financiamento estatal de médio e longo prazo para a aquisição de maquinário com juros subsidiados, o que demonstra o ‘senso de oportunidades’ do empresariado em relação às facilidades oferecidas pelo regime. Empresas como a FIPASA, Agabê, Cia. De Calçados Palermo, Terra, Sândalo e Pestalozzi foram, juntamente com a Samello, pioneiras na exportação; entretanto diferentemente do ocorrido no caso desta última, aquelas somente conseguiram alcançar a condição de exportadoras mediante ao acesso ao crédito oficial [...] (BARBOSA, 2004 apud LARA, 2007, p. 291).

²⁰ “No mesmo local onde a dona de casa prepara o almoço, passam as carretas com os calçados ou várias pessoas costuram vaquetas. Os quartos e salas dividem suas funções com o almoxarifado e com os depósitos de produtos acabados, havendo total interpenetração entre fábrica e casa” (VASQUEZ, 1977 apud NAVARRO, 2006, p.119).

²¹ “A comercialização dos calçados produzidos em Franca no mercado internacional teve início em 1969, quando a Calçados Samello S.A. realizou o primeiro embarque para o exterior. Durante a década de 1970, as exportações de calçados produzidos em Franca vão se consolidar, tornando o município o maior pólo exportador de calçados masculinos de couro do país, embora o volume da produção comercializado no exterior tenha suplantado poucas vezes por aquele destinado no mercado interno” (NAVARRO, 2006, p.146-147).

O ingresso do setor calçadista no mercado mundial deve ser pensado ainda sob o prisma da divisão internacional do trabalho. Desse modo, o calçado brasileiro, na década de 1970, conseguiu conquistar mercado por oferecer preços mais competitivos que o calçado italiano e espanhol (MACHADO NETO, 2006). Os Estados Unidos da América (EUA) se destacavam, na época, como o maior produtor mundial de calçados. Contudo, ao término da Segunda Guerra Mundial até o início dos anos de 1970, a partir da expansão de emprego e renda e da utilização da força de trabalho na produção de bens de maior valor agregado possibilita a transferência da produção daqueles que requeriam uso intensivo de mão de obra para os países onde dispunha de sua abundância e, portanto, de valor acessível a maior capacidade de competitividade no mercado. Nessas condições, “[...] países como Brasil, Coreia do Sul e Taiwan ingressaram nesse mercado no final da década de 1960, pois contavam com mão de obra elástica e custo baixo, além de possuírem capacidade produtiva dedicada à produção de calçados para o mercado local” (COSTA, 2002 apud MACHADO NETO, 2006, p. 62). Dessa forma, houve um processo de inversão, os EUA que foram o maior produtor nos anos de 1960, passa na década 1990 a produzir apenas 10% das suas demandas internas.

É bom ter em mente que apesar de estar canalizando a discussão para o setor calçadista francano, no sentido de oferecer informações acerca da economia local, as características inerentes a este não ocorre somente no município, tanto em termos de consolidação quanto de crise, visto que é reflexo da economia nacional e como tal sofre as interferências da econômica global. Então os incentivos governamentais da década de 1970 se destinaram ao ingresso da economia no mercado internacional, sendo o setor calçadista francano contemplado em decorrência da sua história produtiva. É a partir deste período que as empresas, fazendo uso dos recursos disponibilizados pelos governos, começam a incrementar e modernizar o processo produtivo do calçado. Navarro (2006, p.147) destaca que os subsídios nacionais para a exportação do calçado brasileiro foram questionado pelo governo estadunidense o que resultou “[...] na sobretaxação do calçado brasileiro importado pelos EUA e na retirada, a partir da década de 1980, de alguns dos benefícios concedidos pelo governo brasileiro às exportações realizadas pelo setor.”

Observa-se que a competitividade e busca de baixar os custos da produção levou a realocação produtiva. No âmbito internacional, houve a transferência para os países em desenvolvimento dos produtos que exigem uso intensivo de mão de obra. No contexto nacional, houve a transferência dos grandes centros para o interior. A política de interiorização da produção buscou mão-de-obra mais barata e matéria prima abundante, sendo

a existência de ferrovias importantes ferramentas para a efetivação do interior como pólo produtor de calçados.

Nesse sentido, regiões como Franca, estado de São Paulo, e Vale dos Sinos²², estado do Rio Grande do Sul, que já tinham tradição na produção de calçados ganham um impulso para o aumento da produtividade a partir dos anos de 1960, quando a produção de calçados centralizada em São Paulo e no Rio de Janeiro se desloca para o interior.

Lembrando que este setor produtivo, geralmente, carrega consigo a formação de outras indústrias e serviços em paralelo, com destaque para a fabricação de máquinas e equipamentos. Assim, é oportuno citar a criação, na década de 1970, em Franca, de duas importantes empresas em funcionamento até os dias atuais: “[...] a Ivomaq Indústria e Comércio Ltda. e a Poppi Máquinas e Equipamentos Ltda. Em 1977, a Poppi começou a produzir máquinas para a montagem da frente, do ‘bico’ do calçado, sob a licença de uma indústria italiana, a ‘Molina Bianch’” (NAVARRO, 2006, p. 156, destaques do autor) e instituições de ensino e apoio tecnológico, instaladas, no município, em meados da década de 1970, sendo o SENAI – Serviço de Aprendizagem Industrial e o Núcleo Tecnológico de Couros, Calçados e Afins, do IPT - Instituto de Pesquisas Tecnológicas do Estado de São Paulo, o primeiro “[...] atuando na área de treinamento de mão-de-obra calçadista [...]” e o segundo “[...] na área de pesquisa, desenvolvimento de produtos e tecnologia para as indústrias de calçados e na formação de técnicos especializados em controle de qualidade” (NAVARRO, 2006, p. 158).

A década de 1980 foi marcada pela ascensão do município de Franca como principal produtor de calçados masculinos de couro do país, com ampla expansão do mercado interno e externo e também de postos de trabalho. Isso em decorrência, como já dito, das medidas protecionistas do governo à exportação de calçados, que segundo Navarro (2006) se mantiveram até meados de 1980.

Em 1986, o “Plano Cruzado” incentivou a formação de micro-empresas e o consumo interno, repercutindo na produção calçadista em Franca que chegou ao *record* de 35 milhões de pares (NAVARRO, 2006). Contudo, esse *boom* foi tão intenso quanto rápido, pois já no ano seguinte com a falência do “Plano Cruzado” a produção caiu pela metade acompanhada pela queda brusca do número de pessoas empregadas neste setor. Assim, na

²² “A primeira fábrica de calçados do Brasil foi fundada no ano de 1888 (DROUVOT, 2005), no Vale dos Sinos, interior do Estado do Rio Grande do Sul, pelo filho de imigrantes Pedro Adams Filho, que também possuía um curtume e uma fábrica de arreios” (ABICALÇADOS, 2004 apud MACHADO NETO, 2006, p. 60).

década de 1990, o município perdeu considerável número de postos de trabalho, algo em torno de 16 mil vagas (NAVARRO, 2003; 2006), como se pode observar Tabela 2.

Tabela 2 - Produção de calçados em Franca: 1984 a 2003.

Ano	Postos de Trabalho	Produção de Calçados em (Milhões de Pares)	Vendas para o mercado interno (milhões de pares)	Vendas para o mercado externo (milhões de pares)
1984	34.509	32	15	16,7
1985	32.169	30	18	10,7
1986	36.609	35	26	9,1
1987	26.704	17	9	8
1988	29.408	24	15	9,1
1989	29.572	27	17,5	9,4
1990	27.088	27	18	8,9
1991	24.939	24	17	7
1992	26.901	25,7	15	10,6
1993	27.376	31,5	17	14,5
1994	24.676	31,5	19,8	11,6
1995	18.761	22	14,6	7,4
1996	18.791	24,8	18,7	6
1997	17.174	29	24,3	4,7
1998	15.360	29	25,4	3,6
1999	16.927	29,5	25,4	4
2000	18.925	32,5	27	5,5
2001	18.117	32,5	26,3	6,2
2002	18.400	30	24	5,9
2003	20.799	32,1	24,09	7,5

Fonte: Sindicado da Indústria de Calçados de Franca apud LARA, 2007, p. 293.

Ao observar esses dados, é importante pensar que o setor calçadista é uma particularidade da organização produtiva no sistema capitalista e não um caso a parte. Obviamente que tem as suas singularidades, mas carrega em si a carga da produção de valores de troca, da busca de acumulação, do lucro e da capacidade de competitividade e, portanto, engaja-se nos pressupostos universais do capitalismo.

Os determinantes do “[...] complexo de reestruturação produtiva” (ALVES, 2000) adotados, no contexto da economia brasileira, especialmente a partir da década de 1990, vão incidir sobre a organização e gestão da produção calçadista, a organização do trabalho passa a ser formatada a partir da terceirização e subcontratação.

A produção calçadista tem características próprias como o uso intensivo da força de trabalho vivo, de tecnologias simples no processo produtivo e um heterogêneo parque produtivo, constituído em grande parte de pequenas e médias empresas, no qual coexistem o processo de trabalho praticamente artesanal, com uso de tecnologia rudimentar, e algumas empresas de maior porte, relativamente, automatizadas que utilizam de base microeletrônica (CAD/CAM) (LARA, 2007).

Como já enfatizado, nos primeiro e terceiro capítulos desta tese, a reestruturação produtiva envolveu não apenas a reorganização da gestão e da produção, mas também a abertura comercial e a reforma do Estado, que sob os pressupostos do neoliberalismo desregulamentou as relações sociais de trabalho com fortes repercussões para o mundo do trabalho.

Observe-se que em 1987²³, a produção de calçados em Franca caiu pela metade, pois produziu apenas dezessete milhões de pares contra trinta e dois milhões em 1984. Esta queda representa a desaceleração da economia vivida pelo país como um todo, sendo a reestruturação produtiva, uma estratégia para as empresas se manterem no mercado cada vez mais competitivo, inclusive em decorrência da globalização, mais uma vez é importante lembrar que se tratou de uma reestruturação do capital e não apenas do setor calçadista, aliás, esse é apenas uma expressão daquele.

Em 1993, a produção calçadista em Franca volta a subir e depois nos anos 2000 mantém na casa dos trinta milhões de pares, semelhante a produção de 1984/85. Contudo, o número de trabalhadores empregados oficialmente neste setor não acompanhou a melhora nos índices de produção. Se em 1984 o número de postos de trabalho era de trinta e quatro mil quinhentos e nove para uma produção de trinta e dois milhões de pares, em 1994 o número de postos de trabalho foi de vinte e quatro mil seiscentos e setenta e seis para a produção de trinta e um milhões de pares de calçados. Ou seja, manteve-se o índice da produtividade, mas com dez mil postos de trabalho a menos. Isso expressa as características da reestruturação produtiva que, no seu movimento contraditório, impôs novas tecnologias acompanhadas de novas formas de gestão do trabalho, comumente baseadas na *lean production*, isto é, produção enxuta (ALVES, 2000). Por um lado, passa-se a exigir um trabalhador mais qualificado capaz de operar máquinas mais sofisticadas, de trabalhar em equipe, propor alternativas aos problemas internos da produção e dos relacionamentos interpessoais e, por outro lado, expõe

²³ “O terceiro período da década de 80 (1987-89) foi caracterizado pela paralisia e estagnação econômica e pelo retorno a políticas mais ortodoxas de administração da economia, ao mesmo tempo em que se elevaram os patamares inflacionários e se agravou a crise cambial [...]” (MATTOSO, 1995, p. 140).

grande parte da força de trabalho à insegurança, ao trabalho subcontratado, terceirizado, desqualificado, mal remunerado, desprotegido de qualquer benefício previdenciário ou ao direito do trabalho, bem como ao desemprego.

As repercussões da reestruturação produtiva no âmbito local, na busca de competitividade no mercado interno e externo, busca eliminar custos da produção, agindo estrategicamente sobre a força de trabalho vivo.

Em 1995, presencia-se uma queda brutal na produção calçadista francana, que caiu de trinta e um milhões para vinte e dois milhões de pares de calçados. O número de postos de trabalho de vinte e quatro mil seiscentos e setenta e seis, em 1994, desce para dezoito mil setecentos e sessenta e um, em 1995.

A década de 1990²⁴ foi marcada pela instituição do Plano Real²⁵ e pela reformatação do Estado brasileiro que se definiu pela lógica do capital e a crise, vista como crise do Estado. Enquanto tecnicamente se justificou a reforma do Estado, reduzindo a sua performance, priorizando as privatizações e a autonomia das empresas e do mercado, ideologicamente produziu um ambiente favorável a essas reformas, já que o movimento sindical e social em função da precarização do trabalho e do desemprego perdeu forças no âmbito político e no confronto entre classes (ALVES, 2000). O Estado brasileiro num contexto de crise, desde a década de 1980, quando se tem o fim do “milagre econômico”, estruturou mecanismos para a modernização da produção “conservadora” (industrial e agrícola), inscrita no cenário da recessão e de crise inflacionária, se subordina à economia mundial, num processo de sua financeirização. A abertura econômica acabou produzindo efeitos negativos sobre a indústria nacional, que não estando preparada tecnologicamente passou a enfrentar extremas dificuldades de competitividade e manutenção no mercado. Daí que diante da abertura econômica e financeira, com perdas de estímulos aos investimentos no setor produtivo, aumento do desemprego e vertiginosa orientação de investimentos para a especulação financeira, de modo geral, esses fatores macroeconômicos levaram as mudanças no plano microeconômico que, no setor calçadista, provocou além da reorganização da gestão do trabalho e da produção, a sua realocação.

Em 1999, a produção calçadista em Franca teve sensível melhora, subindo para vinte e

²⁴ “[...] o que irá caracterizar efetivamente os primeiros anos dessa década será a subordinação das políticas antiinflacionárias ao compasso cadenciado de múltiplas iniciativas neoliberais de reestruturação do Estado, pagamento da dívida externa sem contrapartida de reconstrução dos mecanismos de crescimento econômico, e de políticas de abertura indiscriminada ao exterior ameaçariam as bases estruturais da indústria que a história econômica nacional construiu ao longo de muitas décadas” (MATTOSO, 1995, p. 144).

²⁵ A implantação do Plano Real em 1994 provou queda na exportação dos calçados brasileiros “[...] em decorrência de uma valorização irreal de nossa moeda em relação ao dólar, que retirou a competitividade dos nossos produtos no exterior” (MACHADO NETO, 2006, p. 68).

nove milhões de pares produzidos. Apesar dessa reação econômica elevando a produtividade para quase trinta milhões de pares de calçados, o número de postos de trabalho teve queda chegando a menos de dezessete mil vagas. Em 2003, a produção sobe para trinta e dois milhões de pares e parece que houve uma sensível melhora no número de postos de trabalho, subindo para a casa dos vinte mil. “Somente em 2000, dois anos após o fim da paridade cambial, é que o setor deu início ao processo de recuperação das vendas externas” (MACHADO NETO, 2006, p. 68).

Quanto ao destino da produção de calçados francanos para o exterior também vem caindo. Em 1984, a cifra enviada ao exterior foi pouco mais de dezesseis milhões de pares, em 1991, essa quantia caiu para menos da metade, ou sete milhões. Após ter sensível melhora nos anos de 1993, atingindo quatorze milhões de pares em 1994 volta a cair, descendo para onze milhões e seiscentos mil pares. Já em 1998, o total exportado ficou nos ínfimos três milhões e seiscentos mil. E melhora, em 2003, quando sobe para sete milhões e quinhentos mil pares destinados ao mercado externo.

Machado Neto (2006), a partir de Seragini (2001), destaca que entre as dificuldades para o Brasil exportar está a escassa estratégia de marketing que permita que os consumidores de outros países tenham uma percepção das condições culturais e sociais de onde origina o produto a ser consumido. O autor sublinha também algumas pesquisas para dar relevo as dificuldades do país, no que tange a sua condição de exportador, citando o estudo de Almeida e Drouvot (2004) direcionada a dois grupos diferentes do público francês, sendo um de estudantes e outro de executivos. No primeiro grupo, a imagem do Brasil²⁶ parece associada a agricultura, representada pelo café, seguida de estereótipos desenvolvidos pela mídia e pelo aspecto festivo e futebolístico, nesse caso, sobressaíram o carnaval, o futebol e a música popular. Interessante que o Brasil foi lembrado também pelo “culto ao corpo”, em decorrência das cirurgias plásticas. O segundo grupo, executivos da área de compras, destacou o café, seguido do setor industrial, da indústria aeronáutica (Embraer) e a indústria têxtil, entre outros.²⁷ Conclui o autor que a indústria calçadista é pouco conhecida no exterior e, portanto, carece de maiores divulgações para ingressar no mercado internacional. O autor destaca que a exportação ultrapassa fatores burocráticos, financeiros e técnicos e que é preciso criar uma identidade do calçado francano no exterior.

²⁶ As autoras buscaram saber: “Quando você pensar no ‘made in Brasil’ quais são os produtos ou atividades que surgem a mente imediatamente?” (ALMEIDA; DROUVOT, 2004 apud MACHADO NETO, 2006, p. 44).

²⁷ Deve ser dito que: “O Brasil é líder na exportação de produtos como o açúcar, o café, o minério de ferro, a soja, o suco de laranja, a carne de frango, carne bovina, o tabaco e o álcool. Figura ainda em segundo lugar entre os exportadores de ferro e aço, em terceiro na exportação de celulose e em sexto na exportação de calçados. A presença em oitavo lugar no ranking das exportações de aviões, demonstra que a indústria brasileira pode ser competitiva em mercados que envolvam tecnologia de ponta” (PRATES; EDWARD, 2004 apud MACHADO NETO, 2006, p. 51).

Como alternativa a divulgação dos produtos brasileiros no mercado externo foi criada, em 2005, pelo governo federal a logomarca brasileira e, ainda, melhorias no *design* dos produtos²⁸, sendo o setor coureiro calçadista um dos beneficiados.

Contudo, acredita-se que não se trata apenas de marca ou de reconhecimento dos produtos brasileiros no exterior, pois se por um lado a partir da década de 1980 houve um conjunto de mudanças na economia marcadas pela: abertura comercial, a valorização da taxa de câmbio no Plano Real e a redução dos incentivos fiscais e, por outro lado, a redução das alíquotas de importação e, ainda, a agressiva participação dos países asiáticos, especialmente da China, constituem fatores relevantes para a perda de espaço para o calçado francano no mercado nacional e internacional.

Navarro (1996) destaca que a crise econômica repercutiu no arrocho salarial e implicou em queda no consumo interno de calçados, bem como nas dificuldades de competição intercapitalista. A autora salienta que na década de 1990 as iniciativas do governo brasileiro quanto a abertura dos mercados re-significaram as opções de consumo interno, pois, devido a retração de emprego e salário, o setor investiu mais em calçados populares com preços mais acessíveis, apesar da baixa capacidade de concorrência com os calçados recém chegados da China e dos países asiáticos.

O destino da produção para o mercado interno é visível também na Tabela 3.

Tabela 3 - Produção de calçados em Franca: 2004 a 2008.

Ano	Postos de Trabalho	Produção de Calçados (Milhões de Pares)	Vendas para o mercado interno (milhões de pares)	Vendas para o mercado externo (milhões de pares)
2004	19.789	35,4	25,6	9.798.991
2005	23.927	27,9	19,4	8.500.493
2006	21.908	25,5	19,3	6.239.123
2007	20.135	26,1	20,8	5.310.565

Fonte: SINDIFRANCA, 2008.

A Tabela 3 remete a idéia de declínio e emergência do setor calçadista. Em 2004 a produção de 35 milhões de pares de calçados foi superior aos anos de maior produção, das duas décadas anteriores, embora se verifique menor número de postos de trabalho que em

²⁸ Machado Neto (2006, p. 49) citando o Programa São Paulo Design (2005) destaca que: “com o objetivo de consolidar a Marca Brasil no cenário Internacional, o Ministério do Desenvolvimento, Indústria e Comércio criou o PSD – Programa Brasileiro de Design, com o objetivo de implantar ações indutoras da modernização industrial e tecnológica, através do design, para melhorar a qualidade e a competitividade do produto brasileiro. Buscando sinergia com a estratégia do Governo Federal, a Secretaria de Ciência e Tecnologia e Desenvolvimento Econômico do Estado de São Paulo implementou, em conjunto com o IPT – Instituto de Pesquisas Tecnológicas -, a FIESP e o CEBRAE, o Programa São Paulo Design, com o objetivo de expandir a colocação de produtos industrializados em seu território, no mercado internacional, considerando as suas diferentes peculiaridades regionais e setoriais”.

2003, como ilustrado na Tabela 2. Um esclarecimento importante a ser feito é que para construção dessa Tabela (3), especialmente na segunda coluna – Postos de Trabalho – foram considerados apenas os dados, dispostos no site do Sindifranca, referentes aos meses de janeiro de cada ano, uma vez que há uma oscilação muito grande durante o ano todo.

Observa-se que em 2004 há uma melhora no volume exportado, o que segundo Machado Neto (2006) faz parte da melhora nas exportações brasileiras que foi em torno de 12% em relação a 2003 e que o setor coureiro-calçadista representou 3,5% do total das exportações brasileiras. Contudo, é perceptível a queda na produção calçadista francana.

A crise vivida pelo sistema capitalista mundial, desde os anos de 1970, ecoou fortemente na produção e venda dos produtos do setor coureiro-calçadista. Além das dificuldades no âmbito nacional, da abertura da economia, da baixa capacidade tecnológica do parque produtivo, do Plano Real, entre outros, destaca-se a realocação geográfica industrial como parte do “complexo de reestruturação produtiva” (ALVES, 2000).

A produção de calçados tem como principal característica o uso intensivo de mão de obra. Desse modo, na busca de maior competitividade no mercado mundial houve a realocação da produção, ora de um país para outro, ora de uma região para outra dentro de um mesmo país. Neste contexto, como apontado por Lara (2007), nos últimos trinta anos, a produção calçadista foi transferida dos países da Europa e EUA para os países periféricos, já que nestes a força de trabalho tem um valor ínfimo em relação àqueles.

Lara (2007, p. 273), relativizando Costa (1993), destaca as diferenças salariais entre alguns países produtores de calçados e infere que “[...] a produção de calçados é muito mais vantajosa em países como a Indonésia, a Tailândia, que em outros como a Alemanha, pois o salário de um trabalhador na Alemanha equivale ao salário de 13 trabalhadores na Indonésia” e conclui que isso “[...] sem questionarmos as condições e relações intensificadas de exploração do trabalho infantil e do feminino mal remunerado.”

O Brasil²⁹ aparece em terceiro lugar na produção mundial de calçados precedidos pela China e Índia, sendo a primeira a principal produtora e o seu produto custa em média 30% mais barato.³⁰

²⁹ “O Brasil tem importante destaque na produção mundial de calçado, o setor nacional é constituído por aproximadamente 6 mil empresas, que empregam 210 mil trabalhadores segundo as estatísticas oficiais, a capacidade instalada estimada gira em torno de 600 milhões de pares/anos, sendo 70% destinados ao mercado interno e 30% à exportação, chegando a faturar US\$ 8 bilhões/ano. Com esses dados, o Brasil assegura a terceira posição na produção mundial de calçados, atingindo 570 milhões de pares correspondendo a 4,7 % da produção mundial que em 2000 foi de 12.125 milhões de pares” (LARA, 2007, p. 275).

³⁰ Machado Neto (2006, p. 57) destaca que a China é uma grande exportadora e consumidora de calçados. Diz ele que em 2004, esta foi a responsável por cerca de 63,8% da exportação mundial de calçados daquele ano.

No Brasil também ocorreu a realocação da produção. Como já dito, a estrutura produtiva de calçados do país pode ser representada em dois pólos: Vale dos Sinos (RS)³¹, especializado em calçados femininos, e Franca (SP)³², em calçados de couro masculino. No estado de São Paulo, duas outras cidades se destacam na confecção desse produto, Birigui na linha infantil e Jaú na feminina. Outros estados como Santa Catarina e Minas Gerais também têm tradição no setor.

Entretanto, a partir da década de 1990, houve o reordenamento deste setor, com reflexos para a redução dos postos de trabalho e no número de pares de calçados produzidos e exportados, sendo típica a crise do setor em Franca, como demonstrado na Tabela 2. Neste município, a redução da quantidade de calçados exportados, pode ser expressa na quantia de quase nove milhões de pares, na década de 1990, e apenas cinco milhões trezentos e dez mil quinhentos e sessenta e cinco pares no ano de 2007, como ilustrado na Tabela 3.

Acredita-se que além dos fatores políticos e econômicos, já relatados, esta diminuição da exportação local está diretamente relacionada a realocação das empresas de âmbito geral. Trata-se de uma estratégia capitalista de busca de condições adequadas ao custo mais baixo da produção e, portanto, de maior capacidade de competição no mercado globalizado. Daí que:

A guerra fiscal, que se iniciou durante o período de estabilização econômica, a partir de 1994, está intensificando o deslocamento da produção calçadista daqueles importantes pólos produtores do Brasil para a região nordestina, sendo esta uma das grandes tendências futuras do setor (HENRIQUES, 1999 apud MACHADO NETO, 2006, p. 67).

Lara (2007, p. 278) destaca que a região Nordeste, em especial, os Estados de Ceará, Bahia, Paraíba e Pernambuco foram localidades bastante almeçadas pelo empresariado em decorrência do valor pago a força de trabalho, diz ele: “Enquanto no ano de 2001 o salário do trabalhador no setor de calçados no Sul e Sudeste era de R\$ 280,00, no Nordeste era de R\$180,00.”

Essa realocação acabou por constituir o Nordeste como novo pólo produtor de calçados que, segundo Machado Neto (2006, p. 66), apesar da escassez de dados, no ano 2000, “[...] corresponderam cerca de 14% do total de calçados exportados pelo Brasil, com

³¹ Vale dos Sinos (RS) responde por 40% da produção nacional de calçados, por 75% das exportações totais e gera quase 50% dos empregos no setor (SINDIFRANCA, 2002 apud MACHADO NETO, 2006, p. 65).

³² Franca (SP) tem cerca de 360 empresas dedicadas, preponderantemente à fabricação de calçados de couro masculino, fabricam cerca de 36 milhões de pares por ano, representando 6% da produção nacional e 3% das exportações totais do Brasil (MACHADO NETO, 2006).

destaque para o Ceará, com 11% do total exportado.”³³

Além da guerra fiscal e da abundância da força de trabalho e baixos salários, Machado Neto (2006) destaca a proximidade do mercado norte-americano e a possibilidade de utilização dos portos nordestinos, como importantes determinantes para o crescimento da produção de calçados no Nordeste, em especial no âmbito de exportação, uma vez que é possível obter a redução nos custos de transportes da mercadoria para os EUA, importante consumidor do calçado brasileiro³⁴, além dos portos nordestinos apresentarem vantagens quanto aos custos e intensidade de utilização.

Além da migração para outros Estados, observa-se que a principal mudança adotada pelas indústrias calçadistas francanas para se manterem no mercado, conforme estudos de Navarro (2003; 2006) e Lara (2004), tem sido a terceirização da produção, a qual é feita, especialmente, por meio da transferência de parte da produção fabril para os ambientes familiares, onde vem sendo constituídas as chamadas Bancas de Pespontos ou de Corte.

A produção de calçados, conforme Navarro (2003; 2006) e Lara (2004; 2007) tem forte característica artesanal, geralmente, associado a fragmentação das tarefas o que estimula o surgimento de aglomerações setoriais, no caso a formação de Bancas de Pesponto e Corte em Calçados.

Então, apartir dos anos de 1990, houve a transferência de parte da produção para os prestadores de serviços, os quais, na maioria das vezes, são ex-funcionários (sapateiros) que diante do desemprego, da precarização do trabalho, dos baixos salários da categoria e, portanto, por questões de sobrevivência, eles na busca de melhores condições de vida, têm aderido a filosofia do empreendedorismo. No caso, o empreendimento se dá pela formação das denominadas Bancas (de Pespontos e Corte). Assim, essas etapas da produção saem das

³³ Machado Neto (2006, p. 66) explicitando o estudo do Sindifranca (2002) diz que: “O principal centro calçadista do estado é a região metropolitana de Fortaleza, onde, além da capital, sobressaem-se as cidades de Caucaia, Horizonte, Maranguape e Cascavel. No interior do Estado, os destaques são as cidades de Sobral, Crato e Juazeiro do Norte, sendo que esta última, além de ser um pólo dinâmico e relativamente consolidado no contexto estadual, é a área de maior concentração de micro e pequenas empresas calçadistas do Estado do Ceará. No ano de 2002, as empresas do estado empregavam 36,7 mil pessoas, o que correspondia cerca de 14% dos postos de trabalho no setor.”

³⁴ Sendo os EUA um dos principais destinos do sapato brasileiro é preciso pensar nos reflexos da atual crise econômica desencadeada no cenário americano, mais precisamente no mercado imobiliário, fluxo de crédito e de extrema instabilidade financeira. Esta crise resultou, entre outros, na elevação do desemprego. “[...] Os cortes de postos de trabalho em novembro [referencia ao ano de 2008], os maiores desde 1974, indicaram que a atual recessão – que já dura 12 meses – poderá ser não só a mais forte, mas também a mais longa desde a Grande Depressão. O período máximo por enquanto é de 16 meses, em meados dos anos de 1970 e no começo dos anos 1980. E 2008 já se aproxima do recorde de cortes de emprego desde a Segunda Guerra. Só nesta semana, a empresa de Telecomunicações AT&T anunciou o corte de 12 mil empregos; a Dupont, do setor químico, cortou 2.500 e a Viacom, de mídia, 850. A GM, lutando contra a falência, anunciou ontem que cortará mais 2.000 postos [...]” (DESEMPREGO, 2008, p. B4).

fábricas rumo às residências dos trabalhadores, já que pelo baixo poder aquisitivo os “pequenos empreendedores” (banqueiros) acabam adaptando o espaço doméstico para se tornar também espaço produtivo.

Lara (2004; 2007) destaca vários estudos que indicam que a terceirização no setor calçadista era uma prática utilizada há vários anos, porém foi na década de 1990 que houve a sua intensificação como estratégia para baratear os custos da produção, eliminando, oficialmente, várias vagas no interior das fábricas. Eliminadas no ambiente fabril e abertas no ambiente doméstico e familiar, o que imprime um caráter de “trabalho invisível”, termo usado por Lara (2004; 2007).

A terceirização da produção de calçados, do modo como vem sendo feita em Franca, chegou a ser denunciada pelo Sindicato dos Sapateiros. Em 2004, esse assunto tornou-se objeto de ação do Ministério Público do Trabalho – Procuradoria Regional do Trabalho da 15ª Região. A partir dessa ação propôs-se o Termo de Ajuste e Conduta (TAC), conforme abordado por Lara (2007), que pela importância desse documento inclusive para nortear as ações intersetoriais em saúde do trabalhador, sublinha-se que o TAC prevê que a contratação de prestadores de serviços, só pode ser feita a partir de pessoas jurídicas regularmente constituídas e devidamente inscritas nos órgãos públicos competentes. Contudo, as observações empíricas permitem inferir, como já dito, que as Bancas, em sua maioria, não são empreendimentos devidamente regulamentados.

O referido TAC destaca também que os vencimentos dos trabalhadores, mesmo quando em outros municípios que se distanciem até 150 km de Franca, deve prevalecer o piso salarial assegurado aos trabalhadores das indústrias de calçados de Franca/SP. O documento estabelece também a não contratação de empresas prestadoras de serviços, que não ofereçam instalações físicas adequadas, mantendo o meio-ambiente de trabalho sadio na forma da lei das NR em vigor e tampouco que utilizem do trabalho de crianças ou adolescentes menores de 16 anos, salvo na condição de aprendiz, conforme legislação em vigor no país.

Em relação aos contratos de prestação de serviços, o TAC destaca que deve ser observada a legislação trabalhista, previdenciária, de engenharia e segurança do trabalho e normas coletivas em vigor. O documento reza que fica proibido os trabalhadores desenvolverem as suas atividades em suas residências, bem como a proibição das empresas prestadoras transferirem a execução do contrato para outras empresas prestadoras de serviços, na forma de quarterização.

Quanto ao trabalho em domicílio:

O Compromissário obriga-se a restringir a contratação de trabalho domiciliar às atividades de costura manual – exceto costura na forma – trissê e enfeite, a qual deverá contemplar o registro em CTPS e a observância da legislação trabalhista, e o cumprimento da convenção coletiva da categoria no que se refere ao pagamento mínimo do piso salarial da categoria, bem como descanso semanal remunerado e os demais direitos convencionados ou que venha a ser convencionado entre sindicato patronal e dos trabalhadores, sendo vetada a contratação de autônomos para este fim; É vedado ao Compromissário utilizar-se da figura do “gato”, atravessador ou equivalente para a distribuição do trabalho à domicílio (TAC, 2004 apud LARA, 2007, p. 239).

Destaca-se ainda que o referido TAC resguarda a obrigatoriedade de o estabelecimento manter no mínimo de 20% da sua produção das seções de corte, pesponto, preparação, costura manual e costura na forma, podendo terceirizar apenas o excedente destas seções, as demais seções devem ser realizadas no próprio estabelecimento à exceção da blaqueação. Contudo, mais uma vez, destaca-se que o que se verificou nas Bancas visitadas no bairro Jardim Tropical e também pelos atendimentos realizados no CEREST é que o referido TAC não está sendo observado e tampouco faz parte dos debates acerca da saúde dos trabalhadores. Pode-se dizer, até mesmo, que este importante documento ainda está na invisibilidade social.

4.4 A região de Franca

Para o viajante que percorre as rodovias paulistas, após a cidade de Campinas, seguindo em qualquer direção, a impressão que terá é que estará no meio de um gigantesco canavial.

SILVA; MARTINS, 2007, p. 32

Os autores têm razão, ao transitar de um município para outro, verifica-se a mudança de imagem ambiental (socioeconômica) também na região de Franca. As características de culturas variadas nesses municípios que, até pouco tempo, compunham-se de plantações de café, milho, soja, arroz e criação da pecuária, atualmente, reduz-se ao verde das folhas de cana-de-açúcar ou ao cinza provocado pelas queimadas das mesmas.

Então, nesta densa trilha que compõe a saúde do trabalhador, deve ser considerada a estrutura (organização, gestão e processo) de trabalho e seu significado para os modos de vida, trabalho e saúde que neste estudo deve aparecer, sumariamente, nas características socioeconômica da região de Franca que, como mencionado, pode ser de um modo mais geral representada pela indústria coureiro-calçadista e também pela agroindústria canavieira.

Nesta região, o café já foi importante carro chefe da formação socioeconômica,

mas, hoje, o café é cultivado em pequena escala, por dezessete municípios, sendo Cristais Paulista e Pedregulho os maiores produtores, como demonstrado Tabela II (Apêndice C) e a sua produção anual é de apenas 33. 916 mil toneladas (IBGE, 2006) e aparecem junto com outros produtos menos expressivos como banana, laranja e uva, os quais não têm uma produção homogênea nesta região. Deve ser dito também que o município de Pedregulho vem se destacando pela produção de café orgânico sem a adição de agrotóxicos.

A grande onda da vez é a cana-de-açúcar, de acordo com os dados do IBGE (2006), no item Agricultura Temporária, esta foi produzida no montante de vinte e quatro milhões quinhentos e oitenta e quatro mil e cento e setenta e cinco toneladas de cana, como se pode observar na Tabela 4. Diante do avanço da cultura canavieira a pecuária e outros produtos correspondentes também tentam sobreviver. A produção de leite, ovos e mel destes municípios está disposta na Tabela III (Apêndice C). Observa-se que todos os municípios produzem leite e Patrocínio Paulista é o município que aparece como o seu maior produtor, e também onde se localiza uma importante usina de laticínio.

Deve ser dito que o emprego tecnológico e apoio político têm sido útil ao setor canavieiro. A grande posse fundiária tem mais condições de angariar recursos públicos/financiamentos para a ampliação da produção, mas verifica-se que o cultivo de gêneros alimentícios variados, fica extremamente prejudicado. Como já dito, o arroz e o feijão, produtos essenciais da cesta básica brasileira, têm sido produzidos em quantidades insignificantes nos municípios dessa região, especialmente se comparados com a cana-de-açúcar, conforme a Tabela IV anexa a este estudo (Apêndice C). As pequenas propriedades dão espaço para as grandes na medida em que somente o capital ampliado pode investir na produção canavieira devido as inovações tecnológicas necessárias para a competitividade no mercado mundializado e financeirizado.

Isso tem funcionado como uma válvula de pressão para que os proprietários rurais vendam as suas propriedades ao setor que mais cresce. Antigos produtores, fazendeiros e sitiantes têm cedido às propostas de venda das suas terras para as usinas, alguns vão para outros Estados, onde conseguem comprar terras mais baratas que aqui, interior do Estado de São Paulo, e expropriam os pequenos produtores de outros Estados como Maranhão, Mato Grosso, Bahia, entre outros. Isso leva a questão premente que apenas os mais ricos podem viver da terra (MARX, 2004).

Estudiosos, pesquisadores e militantes têm mostrado que a terra tem encarecido no estado de São Paulo o que faz com que os pecuaristas e os plantadores de soja vendam suas terras no território paulista, especialmente no interior do Estado, para o setor

sucroalcooleiro. Vendem aqui e rumam para as regiões do Mato Grosso, Amazonas, Pará e Maranhão, onde adquirem propriedades rurais por valores menores do que aqueles aqui comercializados. Silva (2008, p. 2), a partir dos dados do IBGE e do Ministério da Agricultura divulgados pelo jornal Folha de São Paulo em 2008, aponta o crescimento da pecuária na Amazônia Legal e no Pará e, em oposição, a diminuição da pecuária no Estado de São Paulo. Destaca que no período de 1994 a 2006 a criação de bovinos passou de 34,7 milhões para 73 milhões, na Amazônia Legal e o Pará teria tido um aumento de 7, 800% na produção de carne. Por seu turno, no estado de São Paulo ocorreu um decréscimo de 15% nas áreas de pastagens e 17% na criação de bovinos, considerando o período de 1995 a 2006.

Este processo ocasiona desequilíbrio ambiental e social, paralelamente. O avanço das culturas de soja, da cana-de-açúcar e da pecuária, implica no uso de extensas áreas que em nome da lucratividade e do latifúndio, usam, cada vez mais, modernas tecnologias, gerando dificuldades do pequeno agricultor se manter no ramo e, ao mesmo tempo, gera a sua proletarianização. Além disso, deve-se atentar para o avanço dessa cultura às reservas florestais.

Esse desequilíbrio socioeconômico e ambiental pode ser expresso pela máxima da Professora Maria Morais que diz, que enquanto os bois (\$) sobem, rumam ao Norte e Nordeste, os homens, expropriados, migram para o Sudeste em busca de algum trabalho, (SILVA, 2008). Ou seja, os investimentos da produção de soja e pecuária nessas áreas têm implicado na expulsão dos trabalhadores de culturas de subsistência, os quais por falta de outras alternativas têm se tornados trabalhadores migrantes e, dentre outras atividades sazonais por eles realizadas, sobressai o corte da cana-de-açúcar, no interior do Estado de São Paulo.

Marx (2004, p. 74) já havia explicitado que, enquanto, por um lado, ocorre a acumulação por parte de poucos, por outro lado, ocorre a despossessão e a maior dependência do trabalho assalariado para a sobrevivência da grande maioria. A propriedade fundiária e ao mesmo tempo industrial dilui a “[...] diferença entre capitalista e proprietário fundiário, de modo que, no todo, só se apresentam, portanto, duas classes da população, a classe trabalhadora e a classe dos capitalistas.”

A cana-de-açúcar vem praticamente se tornando uma monocultura³⁵, perceptível pela visão dos extensos campos verdes (*Mar Verde e Rios de Álcool*) (SILVA, 2005) e

³⁵ Como se pode observar nas reportagens que tratam da expansão da cana-de-açúcar ocorrida na região de Ribeirão Preto e que, atualmente, se expande para a região de Franca. “De repente, 8,74 milhões de pés de laranja desapareceram. Outros 51.549 hectares de milho e soja também. Esse cenário foi registrado em apenas cinco anos na região de Ribeirão Preto, graças ao avanço da cana-de-açúcar em áreas em que alimentos eram plantados. E o que era pasto virou canavial, principal “vítima” desse acelerado desenvolvimento do setor sucroalcooleiro” (CANA, 2008a, p. C1), se estende para a região de Franca.

também nos números oficiais dos produtos desses municípios, como se destaca na Tabela 4.

Tabela 4 – Produção de cana de açúcar na região de Franca, em 2006.

Nome dos Municípios	Produção de Cana-de-açúcar (t)
Aramina	844.798
Buritizal	834.368
Cristais Paulista	-
Franca	112.000
Guará	1.480.000
Igarapava	1.524.324
Ipuã	2.016,00
Itirapuã	-
Ituverava	2.160.000
Jeriquara	375.466
Miguelópolis	1.789.970
Morro Agudo	7.835.267
Nuporanga	1.488.013
Orlândia	1.679.091
Patrocínio Paulista	603.000
Pedregulho	232.000
Restinga	944.000
Ribeirão Corrente	110.000
Rifaina	20.859
Sales Oliveira	1.575.379
São Joaquim da Barra	1.953.594
São José da Bela Vista	810.000
TOTAL	24.584.175

Fonte: Adaptado de IBGE, 2006.

Destaca-se que apesar da generalização da cultura canavieira nos municípios em questão há uma predominância naqueles que compõem a micro-região Alta Anhangüera³⁶, responsável por 67,30% do total de cana-de-açúcar produzida, como destacado em outro trabalho (LOURENÇO, BERTANI; LACAZ, 2008).

Observe-se que a produção da cana-de-açúcar está ausente em apenas dois

³⁶ Esta micro-região compõe-se de seis municípios: Ipuã, Morro Agudo, Nuporanga, Orlândia, Sales Oliveira e São Joaquim da Barra, conforme descrito na Introdução deste estudo.

municípios, Cristais Paulista e Itirapuã³⁷. Dessa maneira, para facilitar a compreensão da expansão da cana busca-se evidenciar alguns elementos favorecedores da conformação desta região como canavieira e seus respectivos produtos: açúcar e álcool.

4.5 O boom da agroindústria canavieira

A cana é a coqueluche do momento, era para gerar emprego e renda, mas não é isso que ocorre, a renda é para elite.

Diretor Sindical, do Sindicato de São Joaquim da Barra³⁸.

O desenvolvimento e crescimento da economia agroindustrial canavieira, no Brasil, contou com forte investimento do Estado. Alves (1991) elucida que a partir da década de 1970 o país enfrentou crise no setor de produção de açúcar, devido a queda dos preços para exportação desse produto. Somam-se a isso as dificuldades financeiras dos produtores para arcar com as dívidas referentes ao processo de modernização da agricultura iniciado na década anterior. O autor salienta que a partir dos diagnósticos da baixa produtividade das usinas existentes, o Instituto de Açúcar e Álcool (IAA)³⁹ implantou algumas medidas com vistas a elevar a produtividade do setor, como as pesquisas para melhorar a capacidade genética da matéria prima (e, portanto, da sua produtividade) e a modernização da agroindústria.

Neste período ocorreu também a crise do petróleo⁴⁰. O Brasil busca meios para se esquivar do descontrole da alta no valor do barril de petróleo e derivados, oriunda de uma crise internacional, isto foi uma das condições favoráveis para o Programa Nacional do Álcool (Proálcool) e o conseqüente consenso social construído em torno deste setor.

³⁷ Deve ser dito que a partir de 2008, houve mudanças nestes dados, pois de acordo com o canasat, projeto desenvolvido pelo Instituto Nacional de Pesquisas Espaciais (INPE) em parceria com a União da Indústria da Cana de Açúcar (ÚNICA), a cultura avançou 8,73% na safra de 2008/09 na região de Ribeirão Preto. “Passou a ocupar 1,78 milhão de hectares (ha) em 89 cidades, contra 1,64 milhão na safra de 2007/08, que já tinha apresentado um crescimento de 7,09% em relação ao ano anterior [...]” (CANA, 2008b, p. C1). Assim, a reportagem destaca que já não há município nesta região que não tenha cana-de-açúcar. “A cidade de Itirapuã era o único reduto sem cana na região de Ribeirão. Era porque os satélites do INPE detectaram nesta safra a presença de 91 hectares de cana no município de 5.800 habitantes. Apesar de não ser tida como propícia para a produção canavieira, por ter declividade acentuada – impedindo, portanto, a entrada de máquinas para a colheita – e, de ser permeada de pequenas propriedades rurais – o que também é considerado ruim –, a cana já conseguiu entrar no município graças ao arrendamento de áreas” (CANA, 2008c, p. C1).

³⁸ O recorte desta mensagem, devidamente autorizada pelo seu interlocutor, decorreu do contato com o Sindicato dos Trabalhadores Rurais para a discussão do trabalho na agroindústria canavieira, conforme se discute em outro trabalho (LOURENÇO; BERTANI; LACAZ, 2008).

³⁹ Iamamoto (2001b) aponta que o Instituto de Açúcar e Álcool (IAA) (Decreto no. 22.789, de 01/06/1933) foi criado com a função de dirigir, fomentar e controlar a produção de açúcar e álcool em todo o país.

⁴⁰ “[...] o preço do petróleo importado, que passou de US\$ 2,5 por barril em 1973, para US\$ 10,5 em 1974, para mais de US\$ 20,0 em 79, chegando a US\$ 34,4 em 1981 [...]” (ALVES, 1991, p. 34).

A partir do Proálcool efetivam-se as inovações e investimentos nas unidades produtivas para dilatar a capacidade de produção de álcool. Segundo Alves (1991) a implantação do Proálcool contou com duas fases, 1975 e 1979, respectivamente.

No primeiro momento, 1975, o alvo são as usinas de açúcar, fomentando a construção de destilarias anexas, transformando a ociosidade das usinas existentes em capacidade produtiva de álcool anidro, “[...] para ser misturado como aditivo à gasolina, em substituição ao poluente chumbo-tetraetila, na proporção de 20% de álcool para 80% de gasolina para cada litro do produto” (ALVES, 1991, p. 37). Já no segundo momento, 1979, a expansão da capacidade produtora de álcool e a sua matéria prima se deram por meio do incentivo à construção de destilarias autônomas, com ênfase para a produção de álcool hidratado para o consumo de automóveis.

Alves (1991) destaca que a política econômica e de governo integrou o setor sucroalcooleiro à indústria automobilística, uma vez que os motores tinham que ser projetados ou adaptados ao consumo de álcool, assim poderia ser usado como combustível sem a adição de gasolina. O governo visava a expansão da produtividade do álcool anidro e hidratado.

Para que as condições de produção do combustível renovável se tornassem reais era necessário também aumentar a produtividade da matéria prima, que dependia em parte da expansão da área plantada e de recursos financeiros para o cultivo e maior aproveitamento da cana-de-açúcar. Dessa forma, o Estado estipulou critérios especiais para o crédito aos usineiros e aos fornecedores da matéria prima para a produção de açúcar e álcool, isso se deu por meio de créditos subsidiados⁴¹.

Nesse sentido, Iamamoto, (2001b) chama a atenção para a histórica desigualdade de investimentos no setor. Lembra a autora que a formação do Complexo Agroindustrial (CAI) Brasileiro aglutinou os interesses de poucos. Do lado da agricultura a “burguesia agrária” representava os interesses dos grandes proprietários e arrendatários; por parte do complexo industrial estavam os produtores de insumos; da parte financeira o capital bancário, conformou-se assim a possibilidade de modernização à apenas uma parcela dos agricultores, citando Szmrecsányi (1983), Iamamoto (2001b, p. 129). sublinha que “[...] 80% dos estabelecimentos agropecuários do país não recebem crédito rural, enquanto 1% dos seus maiores mutuários – aproximadamente 10 mil grandes produtores – recebe nada menos que 40% do total dos recursos disponíveis.”

O subsídio estatal acabou por propiciar o que Alves (1991) denominou de

⁴¹ Sistema Nacional de Crédito Rural (Lei nº. 4829, de 5.11.65), foi uma peça essencial da “modernização conservadora” da agricultura (IAMAMOTO, 2001b).

“modernização conservadora” da agricultura, uma vez que permitiu a expansão da área produtiva, mas não representou o seu acesso ao maior número de pessoas, ao contrário, a partir do Proálcool, por exemplo, deu-se a valorização das terras, e em contrapartida a sua concentração se restringiu às mãos dos maiores produtores. Nesse sentido, Yamamoto (2001b, p. 130) também destaca que “[...] conforme Censo Agropecuário de 1975, mais de 54% da cana cultivada em plantações com mais de quinhentos hectares são controlados por menos de 10% dos produtores.”

Em conseqüência, já neste período, a produção de alimentos ficou em segundo plano, algumas vezes, afastada para áreas distantes e em terras menos produtivas, afetando duplamente àqueles de menores posses e, sobretudo, os que possuem apenas a força de trabalho, os quais além de fazerem parte do público excluído do apoio financeiro e técnico do governo sofrem também com o aumento dos preços dos alimentos, que tendem a ter uma alta elevada devido a sua escassez, estimulada pelos investimentos em apenas uma cultura.

Assim, a modernização da agricultura não implicou, necessariamente, em melhoria da qualidade de vida da população em geral, antes se trata de escolhas determinadas pelas possibilidades de lucro.

Observa-se que a partir da segunda fase do Proálcool houve a formação de usinas sucroalcooleiras. Dessa maneira, desde a década de 1980 instituiu-se o alargamento da cultura canavieira que passa a ganhar novos contornos de produtividade nos últimos anos. Nesta região, além das extensas áreas de plantação de cana verifica-se a existência de seis importantes usinas, sendo que apenas duas dessas não produzem açúcar, como destacado Tabela 5.

Tabela 5 - Ranking de produção das unidades da região Centro-Sul, safra 2007/2008.

Classif.	Unidades	Municípios	Prod.	Prod.	Prod. Etanol (mil litros)		
			Cana-de-açúcar (t)	Açúcar (t)	Anidro	Hidratado	Total
4°	VALE DO ROSÁRIO	Morro Agudo	5.717.163	386.460	93.089	140.764	233.853
20°	ALTA MOGIANA	São Joaquim da Barra	3.681.114	320.666	66.626	36.635	103.261
46°	JUNQUEIRA	Igarapava	2.541.083	207.323	68.404	43.490	111.894
47°	MB	Morro Agudo	2.537.219	136.915	72.587	67.424	140.011
80°	BURITI	Buritizal	1.875.283	0	59.014	109.704	168.718
137°	CEVASA	Patrocínio Paulista	1.267.374	0	76.465	33.694	110.159
	TOTAIS		17.619.236	1.051.364	436.185	431.711	867.896

Fonte: Construída a partir dos dados oferecidos pela União da Indústria de Cana-de-açúcar – ÚNICA.

Para a construção da Tabela 5 partiu-se dos dados mais gerais disponibilizados no site da União da Indústria de Cana-de-açúcar (UNICA), no qual consta a relação de 281

usinas da região Centro-Sul⁴², que é a responsável, segundo Andrade e Diniz (2007), por 85% da produção brasileira, sendo os 15% restantes produzidos na região Norte-Nordeste (N-NE)⁴³. Neste quadro de quase trezentas usinas classificadas a partir dos dados da safra 2007/08, 168 estão localizadas no Estado de São Paulo e 6 na região de Franca, conforme ilustrado na Tabela 5.

O Estado de São Paulo concentra mais de 60% da produção nacional⁴⁴, conforme a tabela oferecida por Andrade e Diniz, (2007, p. 20). A partir dos dados oferecidos pelos autores incluiu-se a produção relativa aos municípios da região de Franca, compilados do site da ÚNICA, com o intuito de demonstrar a participação desses municípios na produção sucroalcooleira do Estado.

Tabela 6 – Produção de cana, açúcar e álcool.

	Brasil	São Paulo	SP/BR (%)	Região De Franca	%
Cana	401.895.200 t	257.040.710 t	64,00	1.767.374	0,69
Álcool	16.904.573x10 ³ litros	10.695.549x10 ³ litros	63,20	867.896	8,11
Açúcar	28.926.002 t	19.687.559 t	68,20	1.051.364	5,34

Fonte: Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento – MAPA (16/01/2007) (ANDRADE; DINIZ, 2007, p. 20; ÚNICA, 2008).

Com essas Tabelas (4, 5 e 6) acerca da participação da região de Franca na produção nacional e estadual de cana, açúcar e álcool, se quer frisar o peso dessa atividade econômica nos municípios e, em consequência, nos modos de vida e também de doenças, adoecimentos e mortes da população trabalhadora. Implica em reconhecer a determinação do modo de produção sobre a vida das pessoas ou nos modos de “andar a vida” (LAURELL; NORIEGA, 1989).⁴⁵

Há uma mudança profunda na organização da economia. Se em Franca o setor calçadista se afirmou nos últimos anos por meio das pequenas e micro-empresas do ramo de calçados, especialmente, por mobilizar baixos investimentos. Na agroindústria canavieira, ocorre o

⁴² A região Centro-Sul é composta dos seguintes Estados: DF, GO, MT, MS, MG, ES, RJ, SP, PR, SC, e RS.

⁴³ A região Norte-Nordeste é composta dos seguintes Estados: AC, RO, AM, RR, AP, PA, TO, MA, CE, RN, PI, PE, PB, AL, SE, e BA.

⁴⁴ Andrade e Diniz (2007, p. 22) chamam a atenção do contraste entre área destinada ao cultivo da cultura canavieira e aquela destinada a reserva ambiental: “A cultura da cana predomina nas regiões Centro, Nordeste e Noroeste do Estado de São Paulo, em mais de 200 municípios. Sua ocupação territorial atinge taxas elevadíssimas, superando, não raro, 50, 60, 70% das terras municipais disponíveis. Concomitantemente, nestes municípios, as áreas de vegetação nativa, raramente, ultrapassam 6,7%”.

⁴⁵ Laurell e Noriega (1989) desenvolvem a tese de que a historicidade da doença está mais relacionada ao grupo social a que o indivíduo pertence do que a ele próprio. Os autores ressaltam a natureza do social e, portanto, as formações sociais e determinados momentos históricos são enfatizados para a explicação dos problemas de saúde.

movimento inverso, uma vez que este é marcado pela formação de oligopólios, com altos investimentos externos, mas ainda com profundas limitações para as relações sociais de trabalho.

Frisa-se que se trata de um setor dominado por grandes grupos econômicos. Em outras palavras, é constituído por empresas que congregam os oligopólios financeiros nacionais e internacionais. Isso vem se dando pela fusão, tipo de transação capitalista de junção de empresas, que pode ser visualizado como o ocorrido com as duas usinas de Morro Agudo, quando a Cia. Açucareira Vale do Rosário e a Usina de Açúcar, Álcool e Biodiesel (MB) foram fundidas na usina Santa Elisa da região de Ribeirão Preto, resultando na formação da Santelisa Vale. “A fusão faz com que o grupo seja o segundo maior do país, atrás somente da Cosan, que tem capacidade para moer 40 milhões de toneladas, mas o crescimento previsto pode aproximá-lo da liderança” (APÓS, 2007, p. C3). Observa-se também que há a participação de capital estrangeiro.

O grupo norte-americano Goldman Sachs investiu 40 milhões na Santelisa Vale e ficou com 17% de participação no grupo. A holding reunindo as usinas da região de Ribeirão Preto tem 14 mil funcionários e 240 mil hectares de área de cana plantada – própria, arrendada e de fornecedores -, com faturamento anual de cerca de R\$1, 8 bilhão, sem contar a participação na Crystalserv. O próximo passo é a abertura de capital que está sendo preparada..., disse o diretor financeiro Mark Garman (APÓS, 2007, p. C3).

A propriedade das usinas não está mais nas mãos de um senhor, coronel, ou dono, conhecido localmente, mas dilui-se nas mãos dos oligopólios. Como pontua Marx (2004) a propriedade rural cai nas mãos dos capitalistas, proprietários latifundiários. Atualmente, o termo – latifúndio - talvez nem dê conta mais de expressar a dimensão da concentração da terra capitalizada em poder dos poucos (grandes) grupos⁴⁶, à medida que não se trata mais de uma grande fazenda, mas de amplas fazendas ligadas aos investimentos e capital financeiro globalizado, em vários lugares – estados e países⁴⁷. Frisa-se que a grande empresa ou grande grupo tenta passar uma imagem de utilidade social, quanto à maior possibilidade de produtividade. Contudo, essa aparência é quebrada quando se verifica que enquanto a propriedade se concentra nas mãos de poucos, restam aos demais a “livre” oferta da sua força de trabalho, geralmente, realizada em condição de desvantagem daquele que a compra,

⁴⁶ Essa questão foi suscitada pela Professora Maria Moraes Silva durante palestra - O Rural encoberto: violência no campo e precarização das relações de trabalho - proferida no dia 03 de abril de 2008, no V Simpósio de Questão Agrária da UNESP de Franca – Agronegócio: sua vida depende dele? Organizado pelo Núcleo Agrário Terra e Raiz e grupo de Pesquisa Terra e Raiz, realizado nos dias 01,02 e 03 de abril de 2008, na UNESP, Franca/SP.

⁴⁷ Neste sentido, Silva (2008) menciona o exemplo da Adecoagro, empresa do Grupo do investidor George Soros que controla 250 mil hectares de terra em três países da América Latina: Brasil, Uruguai e Argentina, segundo o site da empresa (<http://www.adecoagro.com>).

especialmente, no caso dos trabalhadores rurais do setor canavieiro. Esses além de serem reduzidos a trabalhadores temporários têm sido, cada vez mais, substituídos pelas máquinas, e o aumento do desemprego dificulta a luta por melhores condições de vida, trabalho e saúde.

Além das duas características importantes desta atividade econômica já mencionada (o seu domínio por grandes grupos econômicos e o seu cultivo como monocultura), destaca-se também que o processo de mecanização e automatização vem adentrando as grandes empresas do meio rural. A substituição do corte manual da cana-de-açúcar pelo mecânico tem gerado desemprego nessas cidades. A partir da legislação ambiental, que prevê o fim das queimadas das folhas da cana-de-açúcar no Estado de São Paulo vem ocorrendo o avanço do corte mecanizado e, conseqüentemente, o desemprego⁴⁸. “O Sindicato dos Trabalhadores rurais de Ribeirão Preto já trabalha com a estimativa de perda de 10% nos empregos a partir do ano que vem [...]”, uma vez que “[...] atualmente 70% das áreas da região já estão mecanizadas, o maior índice do Estado” (DEZ, 2007, p. 1).

A propriedade rural assume caráter industrial e financeiro de reprodução dos capitais, por vezes, distanciados das relações da comunidade, onde localiza o empreendimento, ou o agronegócio. A fusão das empresas em uma *holding* permite a apropriação do lucro mais rapidamente devido ao controle que exerce sobre o mercado. Trata-se de criar mecanismos para a competição no mercado globalizado e internacional, o que tem favorecido a concentração de determinados setores nas mãos de grandes empresas ou grupos.

A cana-de-açúcar, matéria prima para a produção de açúcar e etanol, combustível renovável, se tornou *commodities* (produtos primários) com disparada nas bolsas de valores, atraindo investidores de vários países. É importante destacar que a consolidação das empresas não tem se dado pela sua nacionalização e sim pela formação de grupos, caracterizado pela abertura de mercados e investimentos no capital financeiro. O setor canavieiro é um típico exemplo da concentração do capital⁴⁹.

É importante deixar claro que as características de oligopólios e de mundialização da agroindústria sucroalcooleira, não implica na divisão dos problemas sociais daí

⁴⁸ “São muitos esses anti-heróis; segundo os usineiros, há 335 mil cortadores de cana no Brasil, incluindo os 135 mil de São Paulo. No Estado, prevê-se a extinção do corte manual para 2015, junto com as queimadas que facilitam a colheita” (OS ANTI-HERÓIS, 2008, p. 4).

⁴⁹ Andrade e Diniz (2007, p. 25) pontuam que, atualmente, destacam quatro grandes blocos de Usinas (Cosan, Copersucar, Crystalselv e Açúcar Guarani). A organização empresarial do setor implicou também na formação paralela, três Associações de Usinas: a ÚNICA (União da Indústria de Cana-de-Açúcar), com forte representação nas regiões de Ribeirão Preto e Piracicaba; a BIOCANA (Associação dos Produtores de Açúcar, Álcool e Energia), em Catanduva e a UDOP (União dos Produtores de Bioenergia), em Araçatuba.

decorrentes, exemplo disso são as mortes dos cortadores de cana⁵⁰, o pagamento por produção⁵¹, o desemprego, o trabalho sazonal, as dificuldades enfrentadas pelos trabalhadores quanto a moradias e até mesmo ausência de pagamento pelos serviços realizados, como tem mostrado as frequentes denúncias de trabalho escravo⁵². Ou seja, a riqueza do setor é apropriada pelos pequenos grupos, mas as agruras do trabalho intenso nas lavouras, o pagamento por produção, os problemas de saúde decorrentes da intensificação do trabalho, as precárias moradias e transportes e o desemprego é vivido coletivamente pela classe trabalhadora.

Observa-se que muitos municípios passam a conviver com os problemas sociais decorrentes da monocultura canavieira, sem ter especificamente usinas no seu território. Isto é, as pessoas que vêm de outros Estados para a colheita da cana alojam-se em cidades que não contam com a arrecadação de impostos derivados das usinas, mas que acabam assumindo gastos, especialmente nas áreas de saúde e assistência social com a população migrante, sem terem esses gastos computados no seu orçamento prévio, ou arrecadação de impostos. Isso tem provocado um desequilíbrio na economia desses municípios, sendo comum as reclamações⁵³ quanto ao custo social e de saúde dispendido aos trabalhadores migrantes.

⁵⁰ O trabalho no corte de cana ganhou visibilidade social nos últimos anos, quando houve denúncias de morte no trabalho. “No período de 2004 a 2006, houve 17 mortes, registradas pela Pastoral dos Migrantes, provocadas, supostamente, pelo excesso de esforço uma verdadeira overdose do trabalho denominada *birola* pelos trabalhadores” (SILVA; MARTINS, 2007, p.13). Parece que o número das mortes por exaustão, oficialmente, já saltou de 17 para “22^a, desde 2004, sob suspeita de excesso de esforço no corte da cana. As mortes são alvo da investigação da Procuradoria do Trabalho, em conjunto com a plataforma DHESC, braço da ONU (Organização das Nações Unidas) (EDILSON, 2007, p. C3A). Essas são aquelas reconhecidas pela sociedade e debatidas nas várias audiências públicas promovidas pelo Ministério Público, Sindicatos e Pastoral do Migrante, mas não se sabe ao certo o número das mortes ocorridas por exaustão.

⁵¹ O aliado do aumento da produtividade é o pagamento por produção, principal estratégia para interiorizar a intensidade do ritmo de trabalho. Isso tem levado a denominação de “superbóias-frias”, aqueles que cortam acima de 15 toneladas por dia. “O esforço para isso é imenso. Um estudo da ESALQ (Escola Superior de Agricultura Luiz de Queiroz) mostra que, para cortar dez toneladas de cana, um trabalhador rural precisa desferir 9.700 golpes de podão. Para chegar a dezoito toneladas, são necessários intermináveis 17.460 golpes” (LAVOURAS, 2007, p. C3). Assim, para obter um salário melhor se submetem a um ritmo extenuante que desgasta o corpo e por vezes sucumbe a vida.

⁵² “A Convenção nº. 29 da OIT de 1930, define sob o caráter de lei internacional o trabalho forçado como “todo trabalho ou serviço exigido de uma pessoa sob a ameaça de sanção e para o qual não se tenha oferecido espontaneamente. A mesma Convenção nº. 29 proíbe o trabalho forçado em geral incluindo, mas não se limitando, à escravidão. A escravidão é uma forma de trabalho forçado. Constitui-se no absoluto controle de uma pessoa sobre a outra, ou de um grupo de pessoas sobre outro grupo social. **Trabalho escravo se configura pelo trabalho degradante aliado ao cerceamento da liberdade.** Este segundo fator nem sempre é visível, uma vez que não mais se utilizam correntes para prender o homem à terra, mas sim ameaças físicas, terror psicológico ou mesmo as grandes distâncias que separam a propriedade da cidade mais próxima” (REPÓRTER BRASIL, 2008, grifo nosso). Neste sentido, as usinas de cana-de-açúcar têm liderado o ranking das “[...] libertações feitas pelo grupo móvel [Ministérios Público e do Trabalho] em todo o ano passado (5.877). Em 2007, mais da metade das pessoas resgatadas em condições degradantes ou análogas à escravidão no Brasil (3.117) saíram de usinas de cana-de-açúcar” (BLIZ EM ALAGOAS, 2008, p. A8).

⁵³ Conforme observações feitas durante reuniões com os Interlocutores de Saúde do Trabalhador e também visitas a alguns municípios da região.

Salienta-se que geralmente o que se ouve é que a instalação de usinas, bem como a expansão da área cultivada da cana-de-açúcar representa para o município desenvolvimento econômico, uma vez que cria novas vagas de empregos e oferece possibilidades de giro na economia local. Entretanto, tem-se observado que o aumento da produtividade não implica em aumento do número de pessoas empregadas no setor, ou seja, a princípio pode até empregar muitas pessoas, mas há um movimento tendencial em desempregar, como destacado anteriormente pelo Diretor Sindical do segmento dos trabalhadores rurais de São Joaquim da Barra, na epígrafe que abre este tópico. Além disso, a qualidade do emprego é questionável, tanto em decorrência da terceirização e relações sociais de produção, quanto dos agravos à saúde dos trabalhadores. Ademais acirra as condições de vida e trabalho por se tratar de uma monocultura.

Após essas informações acerca da realidade socioeconômica da região de Franca a partir do setor calçadista e da agroindústria canavieira, destaca-se a questão da regionalização da saúde.

4.6 Regionalização da saúde

A regionalização [...] é a distribuição espacial de serviços de saúde, em qualquer nível de complexidade, organizados para atender à população de uma região, exigente de simultânea hierarquização desses níveis, cada qual com resolutividade própria. Conhecer primeiro as necessidades e os serviços e, no processo social, hierarquizar e regionalizar. Regionalizar serviços não significa, portanto, apenas distribuí-los espacialmente, mas também e, sobretudo, organizá-los com o indispensável suporte técnico e de recursos humanos, com suficiência de recursos e poder decisório definido. Do contrário, um dos objetivos principais da regionalização, que é integrar e racionalizar serviços, evitando duplicidade de meios, não será conseguido, produzindo-se, ao revés, efeitos perversos, como deixar de prover serviços onde estes se fazer necessários e manter serviços ou criar serviços onde deles não há necessidade. SANTOS, 1997, p. 254.

Para compreender o caráter regional da política de saúde do trabalhador, é necessário entender que este faz parte do processo de descentralização e hierarquização dos serviços de saúde públicos estabelecidos a partir do Sistema Único de Saúde (SUS). Por outro lado, a descentralização da gestão e da operacionalização das ações de saúde vem sendo disseminada a partir dos ideais do neoliberalismo, que na realidade não tem a intenção democrática como previsto pelos movimentos populares, pois antes parte da introdução de mecanismos gerenciais que acabam por incentivar a privatização (LAURELL, 1995). Assim, o discurso de re-distribuição do poder entre os entes da federação, nos três níveis de governo,

com vistas a romper a centralização política, que historicamente foi usada como mecanismo de troca de favores e de cooptação dos grupos sociais, acabou, pois por servir aos objetivos de diminuição de gastos do governo federal.

Esse resgate da base federativa expande a autonomia política dos municípios, com vistas a melhorar a eficiência da sua gestão, a alocação de recursos, a participação da comunidade e o compromisso dos municípios em assumir os problemas respectivos dessa área. Não se pode perder de vistas que o deslocamento do processo decisório da União e Estado para os municípios tem favorecido o seu acompanhamento pela sociedade civil, ou o controle social, como se discute adiante.

Desse modo, a descentralização da política de saúde a partir da década de 1990, foi acompanhada de um amplo processo de municipalização, quando o governo municipal assumiu a competência pelo planejamento e operacionalização das ações de saúde⁵⁴, que historicamente esteve atrelada a responsabilidade da esfera federal.

Nestes termos, a cidade de Franca foi habilitada pelo Ministério da Saúde como Gestão Plena (LOURENÇO, 2004), quando o município assumiu os problemas de saúde do seu território, esse é um processo ainda com muitos obstáculos e em construção. Mas pelos objetivos desse tópico – regionalização da saúde – interessa de um modo geral destacar a organização das ações de saúde nestes municípios.

A administração da saúde conta com uma divisão de área (regional) pela Secretaria de Saúde do Estado, na qual a região de Franca congrega 22 municípios. No âmbito municipal, para que fosse facilitado o desenvolvimento das ações, especialmente de referência e contra-referência, foi feita também a divisão em três micro-regiões⁵⁵, segundo a capacidade técnico-operativa dos municípios em resolver os seus problemas de saúde e dos que são por eles referenciados.

Salienta-se que a municipalização da política de saúde, significa que os municípios devem assumir a responsabilidade frente às suas demandas e problemas, os quais

⁵⁴ Entre as leis que estabelecem o funcionamento do SUS, a partir da descentralização e regionalização destaca-se a Lei Orgânica da Saúde (LOS, ns. 8.080 e 8142, ambas de 1990) e a Norma Operacional Básica (NOB, editada em 1991, 1993 e 1996). A NOB tratou de organizar a transferência de responsabilidades da União para os municípios. Assim, a gestão descentralizada esteve atrelada a condição dos municípios em assumir os seus problemas de saúde. Desse modo, a habilitação da esfera municipal foi organizada em três níveis de gestão: incipiente, semi-plena e plena. A primeira modalidade, refere-se mais as ações de Atenção Básica, a segunda, amplia um pouco mais os atendimentos feitos na condição incipiente, já a gestão plena refere-se a condição do município em assumir a totalidade dos problemas, incluindo a rede hospitalar pública e privada conveniada, inclusive para as ações de média e alta complexidade. Neste tipo de gestão, o município recebe os recursos diretamente do Ministério da Saúde para o Fundo Municipal de Saúde, ou seja, sem a intermediação do Estado. Lembra-se que a constituição do Fundo Municipal de Saúde auxilia a fiscalização dos respectivos gastos pelo controle social.

⁵⁵ Alta Anhangüera, Alta Mogiana e Três Colinas, como destacado na Introdução deste estudo.

podem ser classificados como inerentes ao atendimento primário, secundário e terciário. O primeiro, refere-se as ações de atenção básica, constituídas por aqueles atendimentos considerados como porta de entrada do SUS. Nesses buscam-se resolver os problemas de saúde de pequena magnitude e encaminhar para os demais serviços àqueles, cuja dimensão e complexidade fogem à sua condição de atendimento básico.

A partir do processo de municipalização ocorreu a descentralização da atenção básica, pois “[...] 97, 06% das unidades básicas estão sob o comando municipal- [...]” (CAMPOS, 2006, p. 141). Esta condição (atendimento básico) está presente nos municípios que congregam a região de Franca, embora se reconheça que não há uma homogeneidade, o que é próprio do processo de descentralização.

Verificou-se que a Atenção Básica em Franca e região é desenvolvida por meio das Unidades Básicas de Saúde (UBS), Estratégia de Saúde da Família (PSF) e em alguns casos, ainda existem os antigos Postos de Saúde. Nesses serviços, são oferecidos acompanhamentos à saúde da mulher, da criança, do adulto e do idoso, geralmente, por meio do atendimento e acompanhamento clínico e de enfermagem. As cidades maiores contam com equipes multiprofissionais compostas de assistente social, dentistas, enfermeiras, fisioterapeutas, médicos, psicólogas, entre outros. Importa dizer que pelas reuniões realizadas com os representantes dos municípios – Interlocutores em Saúde do Trabalhador – por mais de três anos, enquanto assistente social do CEREST, não se observou, nesses municípios, o envolvimento necessário ao trabalho de Equipe interdisciplinar e intersetorial, ao menos no que tange a área saúde do trabalhador⁵⁶. Claro que existem algumas experiências, mas são iniciativas isoladas. Também não se verificou uma atenção diferenciada ao adolescente nos serviços de saúde nesta região.

A descentralização das ações de saúde “[...] avançou bastante no atendimento secundário – 60% dos ambulatórios, centros de referência e serviços de urgência e de apoio diagnóstico estão sob gestão municipal [...]” (CAMPOS, 2006, p. 141). Neste processo,

⁵⁶ Vasconcelos (2003, p. 89) destaca que: “O que podemos perceber hoje, no cotidiano das unidades de saúde, são profissionais de saúde presos ao modelo clínico-assistencial. Permanecendo no interior dos seus consultórios – não raro o único espaço da unidade que conhecem além da sala de assinatura do “ponto”, habitualmente situada ao lado da sala do diretor [...]”. A autora revela em sua pesquisa que os profissionais da saúde ainda não conseguem desenvolver ações de educação e prevenção, a medida que estão submersos a demanda cotidiana atendida dentro das unidades. Assim, o profissional que se destaca na articulação com a população e serviços circunzinhos a unidade de saúde são os assistentes sociais que apesar dos vários limites da respectiva atuação abordado pela autora é possível dizer que o Serviço Social se destaca “[...] na procura de parcerias para realizações de suas ações, acaba por fomentar e incentivar o oferecimento de ações que transcendem o consultório e a cura, incentivando o trabalho em Equipe” (VASCONCELOS, 2003, p. 90).

Franca se destaca com atendimentos ambulatoriais e de Centros de Referência como de Saúde do Trabalhador, DST/AIDS, renais crônicos e diabetes, entre outros, geridos pelo município.

O atendimento terciário em Franca apesar de desde 1998, quando Franca assumiu a gestão plena em saúde, ter ficado sob a responsabilidade do município, na atual administração da saúde municipal este foi devolvido à gestão estadual, o que vai ao encontro da informação oferecida por (CAMPOS, 2006, p. 141), quando se refere que no âmbito nacional “[...] 56,12% das unidades de internação ainda estão sob administração das Secretarias de Estado da Saúde”, o que evidencia que o processo de descentralização ainda não se completou.

Quanto à saúde do trabalhador, esta é incipiente em todos os municípios da região e vem sendo implantada por meio das Vigilâncias Sanitárias, geralmente por meio de ações de fiscalização em alguns empreendimentos, como demonstrado mais adiante.

Um traço importante a se observar na configuração dos serviços de saúde na região de Franca é o crescimento de serviços privados, como se pode visualizar na Tabela VI, anexo a este estudo (Apêndice C). As três micro-regiões: Franca (Três Colinas), Ituverava (Alta Mogiana) e São Joaquim da Barra (Alta Anhangüera), possuem 233 equipamentos de saúde. Desses 40, 77% são públicos, 50,79 % privados e 3,43% estaduais ou federais (IBGE, 2006), como se pode observar na Tabela VI (Apêndice C). Das informações que se têm acerca dos serviços de saúde em Franca e região, pode se afirmar que talvez não tenham sido computados pelo IBGE os números dos postos dos atendimentos de Saúde da Família, mas isso não traz muitas alterações nesses dados, como já explicitados por Bertani, Sarreta e Lourenço (2008).

Ressalta-se que paralelamente ao sistema público, vem-se alavancando o acesso a serviços privados de saúde, via convênios médicos individuais ou de grupos formados por meio de empresas, o que é reflexo da forma como a política pública vem sendo tratada pelo Estado.

Menicucci (2006) discute que apesar da universalização da saúde no Brasil, o que se verifica é a constituição de um serviço dual e não um sistema único. Trata-se, por um lado, da constituição histórica da assistência pública à saúde e, por outro lado, dos incentivos fiscais diretos e indiretos do Estado para a constituição da rede privada, mercado da saúde. Ao longo dos tempos, como destaca Menicucci (2006), a expansão da assistência médica comprada por determinadas empresas para atender os seus funcionários estimulou a formação da medicina de grupo. Isso foi favorecido também pela compra de serviços privados pelo próprio Estado,

num verdadeiro desprivilegiamento do que é público, como denunciado pelo Movimento de Reforma Sanitária (BRAVO, 1996).

Para Menicucci (2006), trata-se de um quadro de difícil reversão, já que historicamente foram sendo estruturados os interesses privados da saúde, inclusive o atendimento das demandas dos trabalhadores via convênios entre empresas e determinados grupos, o que não favoreceu a solidariedade coletiva pela defesa da política pública de saúde. Na prática, diante dos limites financeiros do SUS, em especial da atenção terciária (hospitalar), repercute no imaginário popular e da classe trabalhadora os ideais da posse de um convênio que lhe permita em situação de necessidade ser atendido por determinado grupo/convênio e não necessariamente a defesa do SUS. Daí que a conquista por convênios médicos estão nas pautas de reivindicações de grande parte das categorias de trabalhadores, o que os distanciam da luta pelo direito à saúde pública e universal.

Para concluir este capítulo, enfatiza-se que a partir das mudanças do mundo do trabalho verificou-se dois de seus importantes reflexos, que afetaram as atividades socioeconômicas na região de Franca. Por um lado, estão as atividades socioeconômicas ligadas ao setor sucroalcooleiro caracterizadas pelas fusões de grandes empresas, processo que aumenta o poder enquanto grupo econômico/corporação, como abordado por Harvey, (2007). Por outro lado, constatou-se a disseminação das micro-empresas, como as Bancas de Corte e Pesponto em Calçados em Franca. Ou seja, ocorreu um movimento paradoxal, pois, simultaneamente, houve o crescimento e o surgimento dos pequenos negócios, os quais florescem a partir de estruturas familiares e domiciliares, mas estão ligadas (por meio das contratações) às operações de larga escala (HARVEY, 2007). Essas mudanças estão acompanhadas, como bem destaca o autor, do aumento do trabalho autônomo em todas as áreas, desde os operários-artífices até os consultores, projetistas, publicitários, entre outros, que acompanhados pelas inovações tecnológicas e por um eficiente sistema informacional têm gerado respostas flexíveis nos mercados de trabalho e de consumo.

A acumulação flexível de substrato financeirizado, provocou o enxugamento das plantas industriais que somado ao processo de terceirização atingiu a base da organização sindical, o que resultou, no amplo e precário mundo do trabalho (ALVES, 2000). O autor destaca que as mudanças do mundo do trabalho têm disseminado os valores empresariais para toda a sociedade. Essas têm um caráter ideológico-cultural que não isenta a classe trabalhadora das suas influências. Assim, o dia-a-dia de um trabalhador é marcado pelo individualismo que no ambiente competitivo alimenta a ideologia do empreendedorismo em detrimento da solidariedade coletiva. Pelo lado da organização sindical, segundo Alves

(2000), esta assumiu a postura mais corporativa e um discurso mais de concertamento que de confronto e de debate anticapitalista, e, assim, se dispôs a dialogar com o capital.

Desse modo, os sindicatos de trabalhadores, cujo valor histórico fundamental remete a defesa dos direitos sociais e a imposição de barreiras à sanha insaciável da acumulação capitalista (ALVES, 2000) se distancia do confronto com o capital e da defesa das políticas públicas, em especial, a de saúde.

Essas orientações gerais da realidade socioeconômica desses municípios e da organização dos serviços de saúde são essenciais para nortear a construção do Plano de Ação do CEREST e seu desenvolvimento prático.

Trata-se, desse modo, de apreender as relações entre trabalho e saúde na sociedade brasileira, identificando as suas particularidades regionais e locais, como importante estratégia para a elaboração de um plano de trabalho que contemple as reais necessidades dos trabalhadores seja de Franca ou da região. Enfim, acredita-se que o Serviço Social tem muito a contribuir com esse debate que envolve a conexão social dos problemas singulares com aqueles de maior amplitude (universal e particular). Além disso, a atuação do Centro de Referência deve contar com a interlocução com outros serviços e, sobretudo, com os grupos e classe trabalhadora. Para tanto, o trabalho do assistente social, ganha relevância à medida que esta profissão tem como preocupação central da sua prática, a organização popular e, na saúde, dos usuários que envolvem as questões pertinentes ao trabalho, saúde, qualidade de vida, processo de adoecimento e doenças e também os direitos sociais e a efetivação das políticas públicas. Tanto na formação de grupos para adesão ao tratamento, reabilitação etc, quanto para o envolvimento e acompanhamento das políticas públicas por meio dos Conselhos⁵⁷.

Mas deve ser mencionado, que o exercício do papel profissional junto a equipe do CEREST necessita de um aperfeiçoamento que ultrapasse a formação acadêmica que congregue a pesquisa acerca dos processos de trabalho e sua relação com a saúde, a legislação da área, as discussões e estudos acerca da realidade e dos problemas daí decorrentes. Isso não se limita ao Serviço Social, mas são premissas para o desencadeamento do trabalho em Equipe capaz de acumular as condições necessárias que são exigidas para uma análise e

⁵⁷ “Na situação de pobreza e miséria em que sem encontra um grande contingente da população brasileira - 30 milhões no calculo de alguns, 45 milhões no de outros -, já se sabe que as políticas de assistência são imprescindíveis. Todavia, é exatamente essa realidade que exige não uma política assistencialista em si e sim uma política de assistência que incorpore, em vez de ações festivas para o aumento ilusório da auto-estima dos pobres, ações sistemáticas de formação, de capacitação, de organização para o exercício do controle social e do acesso aos direitos sociais garantidos por lei, para que esse contingente da população possa usufruir as condições de exercício pleno da cidadania” (VASCONCELOS, 2003, p. 24).

intervenção capaz de abranger o complexo quadro, no qual desencadeiam os acidentes, doenças e adoecimentos relacionados ao trabalho.

CAPÍTULO 5

A INVISIBILIDADE SOCIAL DAS DOENÇAS RELACIONADAS AO TRABALHO

O Brasil ainda é um recordista mundial de acidentes de trabalho, com três mortes a cada duas horas e três acidentes não fatais a cada um minuto. Oficialmente são registrados 390 mil acidentes de trabalho por ano no Brasil, com cerca de três mil mortes. Mas o Ministério da Previdência Social calcula que esse número chegue a 1,5 milhão/ano, considerando todas as ocorrências que deveriam ser cadastradas e não são.

ILO, 2005; BRASIL, 2003; CUT, 2004 apud FACCHINI et al, 2005, p. 858.

Nós observamos por meio dos RAAT e dos casos que chegam à fisioterapia que o que mais acontece em Franca são os acidentes que afetam as mãos, no caso das doenças, sobressaem as Lesões por Esforço Repetitivo (LER), têm também os problemas de coluna, lombalgia, cervicalgia, ou seja, a maior incidência é coluna e membros superiores. A causa, eu acredito que é a organização do trabalho e pelo lado do trabalhador ele quer ganhar um pouquinho mais e por isso faz horas extras e isso acaba ocasionando as LER/DORT... (Fisioterapeuta do CEREST).

Não temos dados oficiais, mas pelos atendimentos que fazemos no Sindicato eu posso dizer que a força de trabalho está desbotada... Isso por causa do desemprego, hora extra, Bancas... Se o trabalhador sente alguma coisa ele acaba não procurando o médico e trabalha doente e quando nos procura a coisa já está agravada, então esse relatório de quantos e onde estão o Sindicato não há, mas isso tem que ser feito. [O CEREST já encaminhou informações oficiais sobre os acidentes e doenças relacionados ao trabalho em Franca?]. Algumas vezes, teve um período que a Assistente Social fazia alguns eventos e nos convidava, eram apresentados os dados, mas agora não tem mais. Nós procuramos informações a respeito, mas não tem uma parceria do CEREST com o Sindicato. (Diretor II - Sindicato dos Sapateiros - e conselheiro do Conselho Gestor do CEREST).

O que mais tem acontecido em Franca são acidentes de trabalho com trabalhadores responsáveis pela coleta de lixo do município. Isso aparece em primeiro lugar e inclusive nesse ano houve um acidente fatal lá. (Auxiliar de Enfermagem do Trabalho do CEREST).

Eu não tenho esses dados por completo, mas sei que são acidentes de trabalho que afetam as mãos, geralmente provocados por facas, prensas, os detalhes eu não tenho, entendeu? (Fiscal Sanitário da Vigilância Sanitária de Franca e Técnico de Segurança do Trabalho do CEREST).

Franca tem um passivo de trabalhadores com possibilidades de contaminação por chumbo do período em que a tachinha utilizada na produção de calçados ainda era à base de chumbo. E isso, mais cedo ou mais tarde, vai estourar superlotando tudo quanto é dispositivo de saúde de Franca. Não existe um levantamento estatístico para saber qual é a proporção de pessoas em Franca que trabalharam até na década de 1970 e 80, no setor calçadista com as tachinhas e que ainda não desenvolveram, mas podem desenvolver algum problema de saúde em decorrência do contato com o chumbo. E pode ter aqueles que desenvolveram e talvez estejam sendo tratados por outros problemas porque falta também um olhar do médico que atende no Posto de Saúde. O problema pode estar mascarado. Ele pode ser um excelente profissional, mas se ele não tiver a visão de saúde do trabalhador acaba criando um problema muito sério. (Engenheiro do GVS - Regional).

Eu não tenho dados estatísticos, mas pela minha experiência posso dizer que certamente um grande problema, hoje são os acidentes de trajeto. Se eu não estou enganado o trânsito é hoje a principal causa de morte e os trabalhadores são as principais vítimas. (Piacesi, médico e ex-gestor da Secretaria Municipal de Saúde de Franca).

O CEREST está fazendo assistência, mas não tem um planejamento que contemple ações mais amplas, então é difícil até você falar do que mais está ocorrendo. [Como você vê isso?] Eu vejo que a assistência faz parte das ações, mas o CEREST tem que ser mais atuante dentro da comunidade, multiplicar os conhecimentos, propor negociações. Ser um pólo formador na região, nós temos uma região grande de 700 mil habitantes. Na região, o destaque é para a atividade relacionada a cana e o trabalho na agricultura, já em Franca é mais o setor calçadista. Então nós temos

uma região diversificada e isso reflete nos adoecimentos e acidentes. Dessa forma, eu vejo que o Centro de Referência é extramuros e nós estamos aqui, enclausurados, é como eu me sinto. (Psicóloga do CEREST).

Estes depoimentos apontam para alguns problemas relacionados à saúde dos trabalhadores como os acidentes com mãos, Lesões por Esforço Repetitivo (LER), Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho (DORT), acidentes de trânsito e acidentes fatais, que vêm ocorrendo em Franca e região. Eles expressam também a ausência de dados oficiais e de ações integradas de prevenção e de promoção da saúde. São alguns dos desafios que norteiam o processo de implantação e efetivação da política de saúde do trabalhador em Franca e região.

A falta de dados acerca do que ocorre com a população trabalhadora em Franca é uma percepção predominante entre os entrevistados. Essa lacuna levou a Equipe do CEREST, já em 2004, implantar como alternativa de ação o Relatório de Atendimento ao Acidentado do Trabalho (RAAT), o qual diferentemente da Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), abrange todo trabalhador, independente do seu vínculo empregatício.

O RAAT foi implantado em Franca e na região, e passou a registrar todo atendimento de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho. Este não invalida a CAT, na realidade, é uma notificação de cunho epidemiológico que não depende de maiores burocracias para ser preenchido, porque está disponível em todo serviço de saúde e sempre que for diagnosticada a relação do problema de saúde com o trabalho, este deve ser preenchido, (LOURENÇO, BERTANI, 2007b). Importante dizer que este documento deve estar disponível na recepção dos serviços (públicos e privados) e, portanto, a equipe de saúde e não apenas o médico tem um papel preponderante frente a notificação. O laudo é médico, mas este é antecedido pelos dados do trabalhador e da ocorrência, daí a importância de envolver toda a Equipe dos serviços para que esta também fique atenta para a relação trabalho e saúde e também para que se possa desenvolver atenção à saúde e não apenas à assistência, como discutido no capítulo anterior.

Lacaz (2007) destaca que a ação prático-teórica, do campo saúde do trabalhador, é inter(trasn)disciplinar e o objeto é o processo saúde e doença, o qual é amplo e complexo. Portanto, o saber limitado de uma disciplina é insuficiente para dar respostas à problemática trabalho e saúde, que, na realidade, expressa a multiplicidade de fatores que envolvem a contradição capital/trabalho. Daí que:

A investigação em Saúde do Trabalhador parte das classes, frações de classe e grupo de trabalhadores organizados política e economicamente, adotando como instrumentos elementos da Saúde Coletiva, da clínica, da epidemiologia aos quais agregam-se ferramentas do planejamento, política, economia etc., visando à prevenção e buscando manter os determinantes da saúde, mediante construção do conhecimento da realidade mais integrado e participativo (LACAZ, 2007, p. 760).

Nesta perspectiva, a intervenção e atenção em Saúde do Trabalhador representam a concretização da interface dessas múltiplas influências recebidas da “Saúde Coletiva, da clínica, da epidemiologia aos quais agregam-se ferramentas do planejamento, política, economia etc.”, como destacou Lacaz (2007, p. 760). Então, trata-se de considerar os vários saberes daqueles que compõem as equipes de saúde e também daqueles que aí buscam resolver os seus problemas de saúde, os trabalhadores. Crê-se que é na interação das várias fontes de conhecimento que se alimentam e se constroem novos saberes. Acredita-se que a produção e sistematização desse conhecimento têm uma tripla dimensão: social, educativa e política, necessária a efetivação do CEREST.

A dimensão **Social** na atenção à saúde do trabalhador revela as possibilidades das demais funções (educativa e política). Ou seja, assume o desafio de traduzir, elaborar, sistematizar e trazer à luz do dia as interfaces da subalternidade, exploração, precarização, intensificação dos ritmos e jornadas de trabalho e alienação com os problemas de saúde dos trabalhadores, principalmente em relação aos adoecimentos contemporâneos de causalidade complexa, cada vez mais, difusa entre os elementos pós-modernos (consumismo, trabalho imaterial, financeirização da economia com repercussões para o trabalho sem produto, precarização do trabalho, fragilidade da classe operária, trabalho doméstico, domiciliar, por conta, *part time*, entre outros) que envolvem a organização da sociedade e do trabalho.

Dessa maneira, as ações - da dimensão **Social** da Saúde do Trabalhador - não se limitam somente à esfera macro-social (conjuntural, estrutural), mas também se realizam na esfera das relações micro-sociais (serviços de saúde, sindicatos, atuações intersetoriais, eventos que envolva a sociedade desde os grupos de apoio, orientação e acompanhamento aos trabalhadores até os Seminários, entre outros, eventos de maior dimensão). A dimensão social se concretiza, especialmente, a partir da função **Educativa** na saúde do trabalhador.

O aspecto **Político** diz respeito, essencialmente, as transformações possibilitadas a partir do social e educativo.

É uma relação vigorosa, extremamente articulada, e certamente a ausência de uma dessas dimensões (social, educativa e política) provoca ou rui com o sucesso das demais, uma é a base da outra. Ou seja, a transformação social depende do conhecimento do real, que deve

ser divulgado e disponibilizado aos técnicos, militantes, estudiosos, pesquisadores e, sobretudo, ao coletivo de trabalhadores, para que assim possam ser construídas as condições políticas da contra-hegemonia e possível transformação de determinada realidade.

Cabe, então, pensar a Saúde do trabalhador a partir dessas três dimensões: social, educativa e política. Embora pareça simplista, este raciocínio permite apreender a natureza interventiva deste campo, o qual não se limita as análises dos fatores de risco nos ambientes de trabalho, mas lida com situações-limites envolvendo seqüelas permanentes ou temporárias provocadas pelo trabalho e, sobretudo, aquelas que nem sempre aparecem como do trabalho e, portanto, estão na invisibilidade social (LOURENÇO, 2008). A partir da atuação prática e social, mas não apenas, é possível veicular e revelar o modo de adoecer e morrer da classe trabalhadora (notificar), difundir esse conhecimento (envolver os trabalhadores do SUS, os sindicatos e a sociedade como um todo com ações educativas), explicitar e propor a alteração em uma dada realidade, ou seja, criar condições políticas para a mudança.

O sindicalista em seu depoimento afirmou que durante um período a Equipe do CEREST procurou sistematizar as informações e repassá-las à sociedade, especialmente por meio de eventos públicos como Seminários, cursos, Conferência Municipal de Saúde do Trabalhador¹, reuniões etc. Mas parece que essa ação não vem mais ocorrendo, uma vez que o próprio Técnico de Segurança do Trabalho do Centro de Referência se referiu, de modo genérico, que as principais ocorrências são acidentes de trabalho com mãos, provocados por prensas e facas, mas que não tinha mais detalhe. Anteriormente, o sindicalista disse que não há uma parceria entre o órgão que representa os trabalhadores do setor calçadista e o da saúde do trabalhador.

A saúde do trabalhador deve ser vista para além da política de saúde do SUS. Esta Política é uma racionalidade que permite estruturar, organizar e praticar a saúde do trabalhador como uma política pública, mas não deve ser feita de modo isolado. Na realidade, entende-se que esta pode ser a trilha para ações mais amplas. Portanto, as ações devem ser, preferencialmente, realizadas em parcerias com outros serviços ou órgãos.

Essa compreensão é necessária para que as ações não se restrinjam a espontaneidade de alguns técnicos que provocam incursões intersetoriais, que apesar de positivas não representam uma linha de ação institucional. Em geral, não há ação intersetorial desenvolvida pelo CEREST – Franca, como se observará no próximo capítulo.

¹ Em 2005 foi realizada a 1ª Conferência Municipal de Saúde de Saúde do Trabalhador de Franca e a 1ª Conferência Regional de Saúde do Trabalhador, como uma das principais ações do CEREST naquele ano, conforme se aborda no próximo capítulo.

Outra problemática sublinhada nos depoimentos refere-se a tradição em abordar a relação trabalho e saúde como uma questão de casos isolados, longe dos estudos epidemiológicos associados a grupos humanos/coletivos. O Engenheiro do Trabalho do GVS, em seu depoimento, lembra do uso de tachinhas à base de chumbo, até os anos de 1980, no processo de confecção de calçados em Franca. Neste processo o trabalhador segurava esse instrumento na boca para facilitar o ato de pegar e pregar a tachinha no solado. Embora seja uma questão pouco conhecida e totalmente alheia às discussões e ações dos serviços públicos, dos debates políticos e, certamente, do meio acadêmico, deve ser reconhecido que se trata de um fato histórico e pode acontecer de ter trabalhadores que desenvolveram problemas de saúde decorrentes do contato com o chumbo e estarem sendo tratados anonimamente sem nenhuma relação com o trabalho, “[...] *o problema pode estar mascarado*”, como mencionou o entrevistado, visto que os médicos precisam ter visão de saúde do trabalhador para levantar essa problemática.

Essa preocupação remete também ao compromisso do CEREST, de modo articulado com outros órgãos, inclusive, com as Universidades, em estabelecer diretrizes de ação intersetorial tanto em relação ao que se está posto no plano da pseudoconcreticidade quanto ao que ainda não foi revelado. Trata-se de pensar não apenas nos problemas que chegam, os quais, como referiu o Técnico de Segurança do Trabalho do CEREST, podem ser expressos pelos acidentes de trabalho que afetam as mãos, mas deve-se atentar também para aqueles que se mantêm ocultos, como a boa lembrança do uso das tachinhas a base de chumbo na confecção de calçados. Além disso, deve-se pensar não apenas no processo de trabalho nas fábricas, mas nos serviços e, sobretudo, na nova configuração que as mudanças do trabalho impõem, por exemplo, a informalidade, o trabalho domiciliar e doméstico e também o rural, (MINAYO-GÓMEZ; LACAZ, 2005).

Interessante a percepção do sindicalista que apesar de mencionar que não têm dados estatísticos elabora, a partir da sua vivência no Sindicato, uma concepção muito importante para se pensar os agravos à saúde de quem trabalha. Segundo ele: “[...] *a força de trabalho está desbotada*”, ou seja, talvez não esteja sofrendo nenhum acidente ou doença propriamente dita, mas pode estar imersa no desemprego, no excesso/intensificação do trabalho, nas amplas jornadas (horas extras) e nas relações de trabalho precarizadas. Essas são questões intimamente relacionadas às condições de vida e saúde, embora nem sempre ofereça uma materialidade para se fazer o nexo causal entre determinado problema de saúde e essas situações, mas não se pode dizer que esses fatores não interferem no processo de vida e saúde.

Além disso, essa asserção, “[...] *a força de trabalho está desbotada*”, remete ao entendimento ampliado do processo trabalho/saúde/doença. Ou seja, foge a interpretação tradicional, especialmente sob a orientação da MT/SO, que os acidentes de trabalho, incluindo as doenças, só podem ter o trabalho como causa necessária, quando devidamente comprovados, geralmente, com base nos fatores de risco ou em um agente causador. Então, a visão do sindicalista traz a tona questões, que apesar de já terem sido reconhecidas como determinantes sociais da saúde, ainda não o foram no âmbito da prática da política de saúde do trabalhador. Eis um pilar central para se discutir a saúde e qualidade de vida no e pelo trabalho no século XXI: a organização do trabalho e as relações sociais de trabalho (pensando em redução de carga horária, melhorias salariais e segurança contratual).

Talvez, o CEREST, enquanto “*Pólo formador*”, como se referiu a Psicóloga, pudesse estar estudando com mais afinco nas notificações dos acidentes e doenças relacionadas ao trabalho, pois, como a entrevistada disse, a região é grande, são quase setecentos mil habitantes, como explicitado no capítulo anterior. Ou seja, é difícil desenvolver qualquer atividade sem o conhecimento da realidade onde se pretende atuar. Mas é preciso também buscar saber o que não aparece, isto é, o que ainda não está sendo notificado. Daí que ela (psicóloga) pontua “[...] *o Centro de Referência é extramuros e nós estamos aqui, enclausurados, é como eu me sinto.*” Essa frase remete a ao reconhecimento da impossibilidades da Equipe do Centro de Referência em desenvolver as atividades fora dos muros institucionais. Essa é uma problemática que precisa ser enfrentada, no capítulo anterior o médico do trabalho já havia afirmado que os técnicos daquele serviço não podem ir até aos municípios de abrangência daquele órgão. Nos depoimentos que abrem o segundo capítulo o Engenheiro do Trabalho afirmou que há uma hierarquia a ser respeitada e que além das diretrizes do SUS para a Política de Saúde do Trabalhador ainda tem o Secretário, o Diretor de Vigilância em Saúde e o Prefeito municipal. Portanto, compreender o CEREST dentro dessa estrutura permite pensar o significado do trabalho dessa Equipe, que nos dizeres da Psicóloga, talvez esteja “enclausurada”.

Sentir-se enclausurada é uma percepção de sofrimento, trata-se de uma contradição candente. A Psicóloga que “cuida” do sofrimento dos trabalhadores atendidos por aquele serviço, sente-se enclausurada, ou seja, impossibilitada de agir.

Clausura, que dizer estado ou condição de quem não pode sair de um recinto. Assim, sentir-se fechada (“enclausurada”) no trabalho, deve ser visto em uma perspectiva mais ampla para além dos muros institucionais. Trata-se de perceber as novas imposições do capital para o mundo do trabalho, independentemente se está na fábrica ou no serviço público. Expressa-se aí a quebra da autonomia profissional no processo de trabalho, se na fábrica o

trabalhador fica a mercê do sistema de máquinas e de uma vigilância mais acirrada por parte da gerência e dos novos mecanismos de gestão², nos serviços públicos, resguardando as consideráveis diferenças em todos os planos (contratação, gestão, salários etc.), também é perceptível a quebra de autonomia e identidade no trabalho. Se na fábrica há uma pressão para produzir, no serviço público pode ocorrer o oposto, ou seja, uma pressão para que determinado serviço não apareça ou não exerça as suas reais funções. Cabe, então, questionar que interesses estariam por trás das perspectivas de atuação do CEREST para que esse ficasse mais na assistência e seus profissionais se sentissem enclausurados?

O mundo do trabalho modificou, metamorfoseou-se³ e os seus problemas também. Então os agravos à saúde daí decorrentes não podem ser pensados apenas a partir da esfera ambiental ou clínica, é preciso avançar nas análises.

Ribeiro (2005) destaca que as mudanças no mundo do trabalho contribuíram para a queda dos acidentes de trabalho “típicos”, a partir de meados do século XX. Isso em decorrência das inovações tecnológicas e das relações sociais de trabalho, secundariamente, contribuíram as legislações pertinentes à saúde e segurança no trabalho. Contudo, o autor sublinha que as transformações do mundo do trabalho contemporâneo arrastam consigo as mudanças no modo de adoecer, assim os acidentes coletivos de grande repercussão ou dos altos índices de acidentes de trabalho (típicos) parecem sob maior controle, porém, as doenças relacionadas ao trabalho, as quais têm causalidade complexa e não atuam, necessariamente, sobre determinada parte do corpo “[...] mas sobre órgãos e funções internas, que tem relações de afinidade com a vida afetiva, psíquica e social” (RIBEIRO, 2005, p. 126) representam hoje uma nova problemática a ser enfrentada pelos serviços de saúde, previdência e, sobretudo, pelo coletivo de trabalhadores. Daí que o autor explica que ao contrário das moléstias do trabalho e “[...] das doenças parasitárias,

² Aqui, faz-se referência às inovações tecnológicas, informacionais e de gestão propostas pelo toyotismo. “Utiliza-se de novas técnicas de gestão da força de trabalho, do trabalho em equipe, das ‘cédulas de produção’, dos ‘times de trabalho’, dos grupos ‘semi-autônômos’, além de requerer, ao menos no plano discursivo, o ‘envolvimento participativo’ dos trabalhadores, em verdade uma participação manipuladora e que preserva, na essência, as condições do trabalho alienado e estranhado” (ANTUNES, 2005, p. 52, destaques do autor).

³ Ao discutir o fim do trabalho, Antunes (2005, p. 211) destaca que em vez de adeus ao proletariado o que há são novos segmentos ampliados que compõe a classe-que-vive-do-trabalho, daí a metamorfose. O autor questiona se essa classe estaria desaparecendo e responde: “Começo afirmando que se pode observar um processo múltiplo: de um lado verificou-se uma desproletarização do trabalho industrial, fabril, manual, especialmente (mas não só) nos países de capitalismo avançado. Por outro lado, ocorreu um processo intensificado de subproletarização, presente na expansão do trabalho parcial, precário, temporário que marca a sociedade dual no capitalismo avançado. Efetivou-se também uma ‘expressiva’ terceirização do trabalho em diversos setores produtivos, bem como uma enorme ampliação do assalariamento no setor de serviços; verificou-se igualmente uma significativa heterogeneização do trabalho, expressa pela crescente incorporação do contingente feminino no mundo operário. Em síntese: houve desproletarização do trabalho manual, industrial e fabril: heterogeneização, subproletarização e precarização do trabalho. Diminuição do operariado industrial tradicional e aumento da classe-que-vive-do-trabalho.”

infecciosas ou metabólicas conhecidas que, supostamente, têm uma história natural, esses adoecimentos têm uma história social que nada tem de típica” (RIBEIRO, 2005, p. 126). Esse assunto será mais bem detalhado adiante, mas por hora, chama-se a atenção para o papel das relações sociais de trabalho, expressados nos depoimentos pela terceirização, exploração e o sentir-se “enclausurado” ou “desbotado” como desencadeadores do processo de doenças ou adoecimentos, como já indicado no primeiro capítulo.

Nesse sentido, cabe destacar o processo de liofilização⁴, que segundo Ricardo Antunes, em explicação verbal⁵, se trata de “desidratar a força de trabalho vivo”. Este conceito - “liofilização” – provém da área química e refere-se ao processo de desidratação feito em alta pressão e temperatura branda.

Portanto, ao trazer para a análise sociológica do mundo do trabalho, Antunes (2003; 2007b) está se referindo as mudanças tecnológicas e organizacionais que visam eliminar e reduzir ao máximo a força de trabalho do processo de trabalho. Trata-se da nova gestão do trabalho que embebida pelos ideais toyotistas prevê a *lean production*, isto é a produção enxuta, com o menor número de funcionários possível, onde tinham cinco trabalhadores ficam dois, onde exige o trabalho de manufatura e uso intenso de mão de obra, com maiores dificuldades para a automação⁶, transfere para terceiros, geralmente, para micro e pequenas empresas, quando não para as próprias residências dos trabalhadores. Essas mudanças no mundo do trabalho, acompanhadas do desemprego, subemprego, enfim, da

⁴ “Se, no passado recente, só marginalmente nossa classe trabalhadora presenciava níveis de informalidade, em 2007 mais de 50% dela se encontra nessa condição (aqui concebendo a informalidade em sentido amplo), desprovida de direitos sem carteira de trabalho. Desemprego ampliado, precarização exacerbada, rebaixamento salarial acentuado, perda crescente de direitos, esse é o desenho mais freqüente da nossa classe trabalhadora. Resultante do processo de liofilização organizacional (CASTILLO, 1996) que permeia o mundo empresarial, onde as substâncias vivas são eliminadas, como o trabalho vivo, sendo substituídas pelo maquinário técnico-informacional presente no trabalho morto. E, nessa empresa liofilizada, é necessário um ‘novo tipo de trabalhador’, que os capitais denominam, de modo mistificado, como ‘colaborador’” (ANTUNES, 2007b, p. 16).

⁵ Conforme palestra “A Situação dos Trabalhadores do Brasil no início do Século XXI”, ministrada durante o IV Seminário de Saúde do Trabalhador de Franca *Saúde não tem Preço* e III Seminário de Movimentos Sociais e Cidadania, realizados de 12 a 15 de novembro de 2003, na FDHSS-Franca/SP.

⁶ “Além do *Just-in-time/Kaban*, outro pilar de sustentação do sistema toyota de produção é a automação ou automação com toque humano. Se o *Just-in-time/Kaban* diz respeito à produção fluída, a automação trata da produção flexível. Neste caso, as máquinas são flexíveis tendo em vista que podem evitar os problemas autonomamente. A automação implica a utilização de máquinas automatizadas que estão acopladas a um dispositivo de parada automática. O Sistema Toyota de Produção exige não apenas máquinas automáticas, que funcionem sozinhas uma vez que estejam ligadas, mas máquinas automáticas “inteligentes”, capazes de parar diante de condições anormais, impedindo deste modo, produtos defeituosos. Utilizando a experiência da máquina de tecer auto-ativada, inventada por Toyota Sakichi (1867-1930), fundador da Toyota Motor Company, Ohno cria o conceito de automação. Diz ele: “O tear parava instantaneamente se qualquer um dos fios da urdidura ou da trama se rompesse. Porque um dispositivo que podia distinguir entre condições normais e anormais foi inserido na máquina, produtos defeituosos não eram produzidos” (OHNO, 1997 apud ALVES, 2007d, p. 52-53).

precarização do trabalho representam as possibilidades de “desidratação da força de trabalho vivo”.

Em Franca, essa situação é visível, em decorrência do amplo processo de reestruturação produtiva vivido pelo setor calçadista, como demonstrado no capítulo anterior. Tudo isso, incide sobre a organização coletiva dos trabalhadores que passam a conviver com perdas salariais significativas, direitos trabalhistas e previdenciários e com a piora nas condições e organização do trabalho. Daí a proposição ofertada pelo sindicalista: “[...] *a força de trabalho está desbotada*”, a qual vai ao encontro do processo de liofilização proposto por Antunes.

Observa-se que no caso das Bancas e também da costura manual de calçados, o trabalhador deixa de ser funcionário para ser empreendedor, quando passa a prestar serviços para a empresa que ele foi funcionário, recebe por serviço prestado e, na maioria das vezes, não conta com nenhuma garantia trabalhista, é “patrão de si mesmo” (ALVES, 2007b). São trabalhadores que se adoecidos e lesionados não contam com proteção social, quando não têm serviço, passam meses sem trabalhar e, portanto, sem receber, pois se produz ganha, se não produz não ganha (LOURENÇO, 2008). Por isso que não tem como compreender a saúde do trabalhador fora das questões econômicas. Na atualidade há um expressivo número de doenças mentais relacionados ao trabalho, essas não seriam uma representação do processo de liofilização, “desbotamento” ou “enclausuramento” do trabalho?

Ao tomar os agravos à saúde dos trabalhadores como expressão da Questão Social, deve ser dito que esses problemas apesar de se manifestarem individualmente, são particularidades do processo social de vida e trabalho, que a classe trabalhadora está imersa. A saúde do trabalhador depende não apenas de condições seguras no ambiente de trabalho, mas, sobretudo, de direitos trabalhistas e previdenciários e do rendimento propiciado por este trabalho, como garantidor das condições adequadas de vida. Está, portanto, dependente de melhores salários e de acesso as políticas públicas.

A epígrafe que abre este capítulo chama a atenção para o fato que 1,5 milhão de pessoas no Brasil são vítimas do processo e organização do trabalho, mas, e em Franca, o que os dados dizem? Então, neste capítulo a trilha que está sendo desbravada deve levar ao conhecimento dos agravos que mais ocorrem em Franca e região, mas o objetivo não é apenas fazer justaposição dos dados, uma vez que interessa destacar também que existem situações que afetam a saúde dos trabalhadores, mas nem sempre são registradas e ainda indicar e discutir o papel do CEREST e dos envolvidos com a saúde do trabalhador. No caso, como se verá adiante as doenças relacionadas ao trabalho perfazem o total de 6,30% em relação a

7.116 notificações, ou seja, é um percentual relativamente baixo, especialmente frente aos acidentes “típicos”, representados por 80,69%. Os acidentes de trajeto constituem 12,68% do total dos registros. A proporção indicada aponta para a baixa notificação de doenças relacionadas ao trabalho, mas isso não permite inferir que elas não existam, antes são subnotificadas.

Kosik (2002) explica que não é que a aparência fenomênica pertença a uma ordem diversa da essência, é que ambos se revelam de modo isolado e independente, isto é, o fenômeno seria aquilo que aparece com mais frequência e que tem uma forma aparente e oculta a essência, daí que o desvendamento da essência depende do esforço em conhecer a sua estrutura, e exige também um *détour*.

Neste capítulo, o objetivo é chamar a atenção para aqueles processos e relações sociais de trabalho que podem provocar o adoecimento expressado pela liofilização, desbotamento ou enclausuramento de quem trabalha, mas que nem sempre está materializada em uma doença específica ou que não tem uma causalidade direta e, por isso, são mais difíceis de serem diagnosticadas como do trabalho. Esses problemas, geralmente, são abordados como peculiar do indivíduo e, devido à falta de estudos mais profícuos, não há uma relação com a sua atividade profissional. Tais surgem a partir do trabalho, de determinada categoria profissional, mas ficam na invisibilidade social. Cabe, então, cortar os cipós, contornar as pedras e obstáculos, romper com cercas aqui e acolá, erguer outras na tentativa de decifrar uma paisagem, que pelos depoimentos, ainda é pouco conhecida.

5.1 Agravos à Saúde do Trabalhador, o que os dados dizem?

O sistema produtivo como está organizado no mundo, pouco há de necessariamente digno e muito há de aviltante, transformando o trabalho prejudicial à saúde física e mental.

Koshiro Otani

As medidas adotadas pela economia mundial para o enfrentamento da crise do sistema capitalista, como já discutido, implicam em perdas de direitos previdenciários (social e trabalho) e na piora das condições de vida em geral e funcional. Do ponto de vista da saúde, esse quadro pode ser visto a partir dos números de acidentes e doenças relacionados ao trabalho.

Em 2006, o INSS registrou, segundo os dados do Anuário Estatístico de Acidentes de Trabalho do Ministério da Previdência Social, 503,9 mil acidentes de trabalho, desses 2717 correspondem a óbitos. “Comparado com 2005, o número de acidentes de trabalho registrados aumentou 0,8%. Os acidentes típicos⁷ representaram 80% do total de acidentes, os de trajeto⁸ 14,7% e as doenças do trabalho⁹ 5,3%” (BRASIL, 2006a). No estado de São Paulo foram 188.477 acidentes, 37% do montante, seguindo a mesma proporção na classificação entre típico, trajeto e doenças do trabalho (sendo 79,81%, 15,05% e 5,12%, respectivamente). Destaca-se que desses, 644 pessoas perderam a vida.

Frisa-se que os acidentes de um modo geral, são subnotificados. Na realidade, apenas a partir da década de 1970, com a estatização brasileira do Seguro Acidentes de Trabalho pelo INSS, passou-se a ter dados dos benefícios e afastamentos por invalidez (permanente e temporária) e mortes subjacentes ao trabalho. Nesse período, o Brasil apresentava maior número de óbitos entre a População Economicamente Ativa (PEA) em relação a outros países industrializados (LACAZ, 1995). Em decorrência, o governo brasileiro teria implantado algumas medidas como a obrigatoriedade dos Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho (SESMT)¹⁰ e a mudança na Lei Acidentária, como demonstrado no terceiro capítulo. Após, foi observada redução nos números de acidentes, contudo, os dados, referentes aqueles eventos de maior gravidade e morte, subiram em comparação ao total de registro, “[...] o que desmente as informações oficiais de que estaria ocorrendo uma melhoria na segurança no trabalho. A agressividade e insegurança dos locais de trabalho vêm provocando o aparecimento de uma verdadeira legião de inválidos” (LACAZ, 1995, p. 133).

Observa-se que, do período de 1971 a 1984, houve queda nos dados de acidentes de trabalho (LACAZ, 1995). A redução dessas ocorrências sem que tenham reduzido as condições agressoras à saúde é representada também pela baixa nos números de doenças profissionais, que na década de 1980 girava em torno de 3 mil casos. O autor relativiza que países como Itália e Alemanha Ocidental, apesar de terem dados de acidentes próximos ao do Brasil, em relação às doenças atingiam “[...] cifras 10 a 15 vezes maiores e onde, se sabe, as condições de trabalho são melhores que no Brasil!” (LACAZ, 1995, p. 133). Para ele, o

⁷ São os acidentes decorrentes da característica da atividade profissional desempenhada pelo trabalhador.

⁸ São os acidentes ocorridos no trajeto entre a residência do trabalhador e o seu local de trabalho ou vice-versa.

⁹ São aquelas doenças direta ou indiretamente relacionadas a determinadas atividades profissionais e reconhecidas pela Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho do Ministério da Saúde e da Previdência Social, (DIAS, 2001).

¹⁰ Ver Norma Regulamentadora nº 4 que trata dos Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho – SESMT -. (BRASIL, 1978).

reduzido número de doenças relacionadas ao trabalho entre os brasileiros tem a ver com a assistência médica privada realizada pelos serviços médicos de empresas ou pelos convênios particulares e, ainda, com o pouco envolvimento dos serviços de saúde públicos.

Lacaz (1995) destaca que, em meados da década de 1980, quando se realizaram importantes experiências de saúde do trabalhador no sistema público de saúde houve aumento das notificações das doenças. Porém, nos anos de 1988 e 1990, quando houve queda nestes números, o autor relaciona a fase de redirecionamento dos PST, como discutido no terceiro capítulo. Fica, então, sublinhada a importância dos serviços de saúde, especialmente do CEREST, frente a notificação dos agravos à saúde dos trabalhadores.

Wünsch Filho (1999) ao discutir a queda na notificação destaca que “Em 1970 ocorriam 167 acidentes em cada grupo de mil trabalhadores segurados pela Previdência Social; em 1980 esta relação reduz-se a 78 por mil; em 1990, a 36 por mil; em 1994, atingiu 16 por mil.” Isso vai ao encontro da expansão do processo de terceirização da produção por meio do trabalho informal. Portanto, a queda nos registros de acidentes de trabalho pode estar mais relacionada às mudanças na economia do que na melhora das condições de trabalho.

Reforça-se também que os acidentes de trabalho são mais notificados em relação às doenças e mortes. Em relação ao reconhecimento e registro das doenças relacionadas ao trabalho, explicita-se que as moléstias clássicas são mais facilmente reconhecidas como do trabalho e, portanto, mais notificadas que àquelas que apesar de ter relação com o trabalho não tem um agente causador específico. Por exemplo, o saturnismo tem uma relação direta com o trabalho e assim é mais facilmente identificada e classificada como proveniente do trabalho, mas aqueles sofrimentos e afecções que têm relação com o trabalho, mas não tem um agente causador específico, geralmente são tratados como um problema individual e distante da organização e processos de trabalho. Do mesmo modo, existem muitas dificuldades para a notificação das mortes, especialmente, àquelas que ocorrem após o acidente e em decorrência de complicações, ou seja, num primeiro momento, pode-se até notificar o acidente, por exemplo, traumatismo craniano por queda, e se dias depois a vítima vem a óbito, ocorre, muitas vezes, de não ser feita a devida comunicação.

Deve ser dito que para enfrentar a subnotificação dos agravos à saúde dos trabalhadores, o INSS criou o Nexo Técnico Epidemiológico Previdenciário (NTEP). Assim, o nexo de individual passa a ser epidemiológico. Trata-se do Decreto nº. 6042 (BRASIL, 2007a), discutido e implementado a partir da 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador (3ª CNST), realizada em 2005, a qual contou com o envolvimento histórico dos três Ministérios: Trabalho, Previdência e Saúde. Nesta Conferência, entre outros pontos, foi

discutida a construção do NTEP, ou inversão do ônus. Ela foi, assim, denominada devido ao fato de historicamente ter sido responsabilidade do trabalhador lesionado comprovar se o seu problema era ou não relacionado ao trabalho. Dessa maneira, a partir de março de 2007, passou a vigorar o NTEP, o qual promove o reconhecimento das patologias relacionadas ao trabalho, por meio de análises epidemiológicas entre a Classificação Nacional de Atividades Econômicas (CNAE) e a Classificação Internacional de Doenças (CID-10).

Dessa forma, o nexos é epidemiológico e não mais por meio da comprovação individual do trabalhador. Com a inversão de ônus é a empresa que precisa provar que tem todas as medidas de saúde e segurança e que o trabalhador não adquiriu o eventual problema em determinado trabalho. Além disso, foi instituído que o Fator Acidentário Previdenciário (FAT) possa premiar as empresas, com redução das alíquotas, com menores índices de adoecimentos e a cobrar mais daquelas empresas que apresentam maiores índices de agravos.

Desse modo, é possível afirmar que as doenças relacionadas ao trabalho estavam na invisibilidade social devido a sua não notificação, pois, a partir do NTEP, houve aumento nos registros, especialmente das doenças relacionadas ao trabalho, conforme ilustrado na Tabela 7.

Tabela 7 – Registro dos acidentes e doenças relacionadas ao trabalho do INSS.¹¹

Categorias	2006	2007	Varição
Trabalhadores empregados registrados	27.088.114	29.720.306	9,70%
Benefícios de auxílio por acidentes de trabalho	112.688	231.288	106%
Benefícios de auxílio doença (não relacionadas ao trabalho)	1.578.144	993.178	-37%
Total de empregados afastados do trabalho	1.690.812	1.224.466	-28%
Registro de Lesões (acidentes típicos)	91.680	131.517	43%
Registro de doenças osteomusculares (Ler/Dort)	7.880	78.229	893%
Registro de Doenças Mentais	488	6.950	1324%

Fonte: OLIVEIRA, 2008, p. 42.

Reconhece-se os avanços propostos pelo NTEP, pois, conforme destacado na Tabela 7, foi possível dar visibilidade social as doenças relacionadas ao trabalho, especialmente, àquelas que atingem a esfera mental e osteomuscular, sendo que na primeira o aumento foi de mais de mil por cento e, na segunda, mais de oitocentos por cento.

¹¹ Nexos mostra Resultado. “Levantamento realizado pelo Laboratório de Saúde do Trabalhador da Universidade de Brasília (UnB) comprovou que, até 2006, os dados sobre acidentes e doenças do trabalho eram subnotificados em quase 50 % dos casos. Com a nova metodologia desenvolvida pela instituição e adotada pelo INSS em 2007, os números duplicaram. Os registros de doenças mentais relacionadas ao trabalho foram os que apresentaram maior crescimento” (OLIVEIRA, 2008, p. 42).

Entretanto, apesar desse notório avanço, deve-se dizer que o “complexo de reestruturação produtiva” (ALVES, 2000) é um limite para a efetivação do Decreto nº. 6042 (BRASIL, 2007a), o qual impõe a “inversão de ônus”. A terceirização da produção e o subemprego representam sérios limites ao NTEP, por exemplo, uma Agência de Empregos pode-se diferir em grande medida da empresa onde o trabalhador vai atuar, além disso, são CNAE diferentes. Em outro trabalho¹², verificou-se que um dos trabalhadores entrevistados havia sofrido grave acidente em uma usina sucroalcooleira, porém tinha sido contratado por uma firma de metalurgia. Assim, esse trabalhou por três anos dentro da usina, onde veio, em dezembro de 2004, a sofrer o grave acidente. Observe como fica complicado para se fazer o vínculo automático entre o CNAE e o acidente, e essa dificuldade tende a aumentar em casos de doença relacionada ao trabalho, pois existem condições que são específicas às usinas como: vapor, produtos químicos, trabalho em turno, premiações por produção etc., portanto, se diferem das condições referentes a metalurgia. Além disso, o trabalhador, do referido estudo, salientou que a firma usava como estratégia demitir todo funcionário no fim de ano, para recontratá-los no início do ano seguinte em nome de outra firma, no caso, dos familiares do empregador. Assim, o processo de doença e adoecimentos se torna fluído e difícil de ser reconhecido e registrado como tal.

A terceirização e a subcontratação remetem a saúde do trabalhador um deslocamento de informação de onde ocorre o acidente. Pois, as notificações dos agravos são feitas, geralmente, no nome da empresa contratante, portanto, pode ocorrer do mesmo ter acontecido na usina, mas ter sido notificado pela empresa (terceira) que o contratou, claro que juridicamente a responsabilidade é dividida entre a empresa contratante e àquela em que o trabalhador desenvolve as suas funções. Entretanto, ao ter o acidente ou doença reconhecidos pela empresa contratante, pode-se estabelecer a incompreensão da realidade objetiva de trabalho. Além desse sério problema, há ainda de se considerar as dificuldades dos serviços de saúde para fazerem a notificação, como se discute no próximo item.

¹² Lourenço; Bertani e Lacaz (2008), em fase de elaboração.

5.2 Invisibilidade social das doenças relacionadas ao trabalho, por quê?

O problema é muito complicado. O ritmo de trabalho está mais acelerado, a quantidade de trabalho que você faz hoje é maior que no ano passado, que no ano anterior, está aumentando cada vez mais. Não há, por exemplo, nas fábricas de calçados em Franca uma pausa no trabalho, e parece que essa é uma tecla que ninguém bate em cima. (Biro, Ex-sindicalista e ex- Presidente do Conselho Gestor do CEREST).

A subnotificação é porque falta conhecimento específico ao profissional de saúde, não adianta achar que ele vai relacionar o caso com o local de trabalho, porque ele não tem essa visão, ele não foi treinado na escola para isso. A lei fala o seguinte: qualquer possibilidade de doença ocupacional tem que ser notificada, no caso faz-se a CAT [Comunicação de Acidente de Trabalho], a qual pode ser feita pelo trabalhador ou Sindicato. E cabe a Previdência Social investigar e apurar se é ou não do trabalho. Agora se o trabalhador não sabe isso, e a maioria não sabe, você acha que o médico que está atendendo sabe que o problema do trabalhador pode ter vínculo com a atividade que o sujeito exerce? A grande maioria não sabe. Talvez uns 2% fizeram o curso de Medicina do Trabalho e pode até ter essa noção, mas a grande maioria não tem... Noções de saúde do trabalhador deveria ser dado na graduação de Medicina e também em todas as profissões que possam atuar na área da saúde, mas não tem. Então quando uma enfermeira sai da Faculdade e vai atuar em uma Unidade de Saúde, como ela imagina que aquele problema da pneumonia da pessoa que ela está atendendo pode ser relacionado ao ambiente de trabalho, que o sujeito pode estar exposto a uma quantidade de poeira que estaria lhe causando aquele problema? No geral, não imagina. É pneumonia? Então eu vou tratar igualzinho eu trato toda pneumonia, eu vou encaminhar ao médico para o tratamento. Esse que é o grande problema. (Engenheiro GVS - Regional).

Tem problemas de saúde como as LER/DORT que mexe muito com o emocional da pessoa, as pessoas conhecidas ou da família, às vezes, companheiros acham que o trabalhador está com frescura, tem a questão da sexualidade, enfim a pessoa fica deprimida... Na perícia, tem que levar relatórios médicos, para isso, o trabalhador percorre os consultórios pegando relatórios. A pessoa que está afastada fica na viacrúcis, um mês recebe, no outro recebe alta do INSS, é comum a alta, mesmo quando doente. Ficando sem receber, geralmente, a parte emocional fica mais complicada e precisa ser cuidada, mas não pode psicologizar tudo... (Psicóloga do CEREST).

O problema que eu vejo é que muitas doenças como as LER/DORT não são diagnosticadas como tal. Às vezes, eu observo que vem aqui uma Coladeira de Peças em Calçados, fala da sua dor para o doutor, mas ele pergunta assim: "em casa você lava roupa, torce roupa, pega criança?" Eu acho que a mulher faz as atividades dela em casa, mas ela não lava roupa por oito horas e nem pega uma criança por oito horas. Na fábrica são 8 horas diárias, se trabalha na esteira tem que acompanhar a produtividade e a velocidade da máquina, mas isso nem sempre é considerado. (Auxiliar de Enfermagem do Trabalho do CEREST).

Eu acho que existe realmente mais acidentes que doenças, mas ainda existe a subnotificação, por quê? Porque existem vários fatores: econômicos, sociais, pessoais, psicológicos... A pessoa não quer assumir a dor, porque não quer perder o emprego ou ficar afastada pelo INSS, porque esse é outro problema sério que ela vai enfrentar, então, fica escondendo a doença. Quando chega até nós, muitas vezes, vai levar muito tempo para se tratar e nem sabe se vai ter cura, especialmente essas tendinites. Existem os fatores associados que dificulta o diagnóstico e, muitas vezes, o médico especialista que está atendendo não tem a visão do Médico do

Trabalho e existe essa dificuldade também. Às vezes, na Unidade Básica o trabalhador que está com dor no ombro, pode ser devido a sua atividade funcional, mas o doutor vai dar um antiinflamatório e mandar ficar em casa, mas não se atenta para isso. Tanto é que hoje existe uma orientação do Conselho Regional de Medicina para incluir na anamnese a seguinte pergunta: Qual é seu trabalho? O que você faz? Qual é sua profissão? Para estar atento nessa questão. (Médico do Trabalho e ex-coordenador do CEREST).

Ao considerar os agravos à saúde dos trabalhadores como expressão da Questão Social, deve-se dizer que se trata de uma questão ampla, complexa e social, que não supõe entender apenas as causas em si das ocorrências, mas, sobretudo, o lugar ocupado pelas vítimas, representado pela divisão social de classe e do trabalho, e as relações sociais decorrentes. Envolve também a discussão acerca do desenvolvimento histórico da concepção dos agravos à saúde, especialmente das doenças relacionadas ao trabalho.

Deve-se dizer que ao longo da história da humanidade, o entendimento acerca das origens das moléstias foi se modificando, conforme determinados períodos históricos e os respectivos acontecimentos, descobertas e avanços científicos. Assim, segundo Facchini (1993a) o entendimento, na Antiguidade, acerca das doenças estava relacionado as explicações sobrenaturais, geralmente explicada como um castigo dos deuses. Esse modo “mágico- social” de interpretar as doenças, teria sofrido forte mudança quando as observações empíricas dão relevo às questões do ambiente, trabalho, posição social dos indivíduos e humores corporais.

Esse modelo, segundo Facchini (1993a), sofre regressões durante a Idade Média, quando a fé e a religiosidade são colocadas em primeiro plano. A mudança viria com a instalação de universidades e o comércio a partir do século XI, mas os questionamentos que fervorosamente toca as doutrinas tradicionais foram se estabelecendo no período do Renascimento (séc. XV ao XVIII). Ou seja, foi na transição para o capitalismo que a Revolução Científica (séc. XVII) redimensionou o entendimento, agora, a partir do empirismo e do racionalismo científico.

Nas condições de produção implantadas pelo capitalismo houve, por um lado, o acirramento das condições de vida e, por outro, a evolução da ciência e da técnica. Pelo lado da saúde pública, parece que o nascimento da epidemiologia é um marco importante deste período, assentada na observação detalhada e no registro sistemático das doenças da população (BUCK, 1988 apud FACCHINI, 1993^a, p. 36).

Ribeiro (1999, p. 42) destaca as características dos agravos à saúde nos diferentes períodos históricos. Assim, explica que “[...] as doenças infecto-contagiosas, parasitárias e por subnutrição, seguidas por doenças típicas do trabalho, especialmente aquelas relacionadas a

inalações de poeira minerais e orgânicas e, menos freqüentemente, por ‘acidente tipo’ de trabalho”, marcaram o primeiro ciclo da Revolução Industrial (de 1780 a 1870).

A saúde foi percebida como o resultado das condições ambientais e sociais, levando a intervenção do Estado por meio da Medicina Social ou de Saúde Pública e os estudos do período, por exemplo, de Ramazzini (1700) e de Engels (1885), discutidos no segundo capítulo, foram salutares para o atrelamento dos determinantes sociais do processo saúde-doença. Contudo, a partir da segunda metade do século XIX, como expõe Facchini (1993a) os estudos da microbiologia defendem que toda doença tem uma causa, estabelecendo o paradigma da unicausalidade na interpretação dos problemas de saúde.

Ribeiro (1999) destaca que no período pré-monopolista de 1870 a 1920 e o monopolista entre 1920 a 1950, quando consolida a indústria pesada de bens de capital houve declínio das doenças infecto-contagiosas e parasitárias presentes no ciclo anterior, enquanto que as doenças e os acidentes de trabalho “típico”, considerando os de trajeto ganham relevo. O autor sublinha ainda que a necessidade de comprovação da relação entre causa (materialidade “físico-química” e “exposição ao risco”) e efeito (agravos) tem menos a ver com a ciência do que com a instauração dos sistemas indenizatórios normatizados pelo Estado.

O autor aponta que a partir dos anos 1950, desenvolveu-se a fase oligopolista do capitalismo que se acentuará a partir da década de 1970, quando “[...] a prevalência maior continua sendo dos acidentes típicos de trabalho, mas, sobretudo, de doenças de causalidade não direta, com uma relação com o trabalho menos explícita e mais sutil” (RIBEIRO, 1999, p. 42).

Novas mudanças foram consubstanciadas a partir da 2ª Guerra Mundial, neste momento, as doenças infecto-contagiosas dão espaço para aquelas enfermidades consideradas crônico-degenerativas, sendo o modelo unicausal insuficiente para demonstrar as suas causas, (FACCHINI, 1993a).

A multicausalidade das doenças relacionadas ao trabalho é vista pela epidemiologia como biológica e social. Por um lado, o agravamento é verificado a partir da comprovação, inclusive laboratorial, por outro lado, a partir da observação da evolução do agravamento na população. “O instrumento de observação deixou de ser, em alguns casos, o microscópio, passando para a análise dos números e de suas correlações estatísticas. É um ‘olhar armado com outras lentes’, a das ciências matemáticas” (RIBEIRO, 1999, p. 49, destaque do autor). Ou seja, a associação de vários fatores e as correlações possíveis entre as causas, segundo o autor, coloca em xeque o princípio de causa e efeito, que a Medicina Ocupacional e o direito insistem em manter.

Dessa maneira, a abordagem da MT tornou-se insuficiente para apreender a multicausalidade dos fenômenos que se inter-relacionam no desencadeamento dos agravos, como discutido no capítulo 2. A SO avança ao incorporar aspectos preventivos e epidemiológicos na intervenção frente aos agravos à saúde dos trabalhadores. Contudo, segundo Lacaz (1996; 2007), este modelo (SO) se manteve limitado ao paradigma da causalidade a-histórica ao desconsiderar o caráter social da doença, como já sublinhado no terceiro capítulo. Assim, a singularidade do Ser é vista sem conexão com a coletividade/universalidade.

Neste modelo, os agravos são vistos a partir da

[...] realidade imediata da relação corpo – máquina – e dos fatores de risco, ou seja, os rebatimentos para a saúde [...] são resultados da interação do corpo (hospedeiro) com agentes/fatores (físicos, químicos, biológicos, mecânicos), existentes no meio (ambiente) de trabalho que mantém uma relação de externalidade aos trabalhadores (LACAZ, 2007, p. 759).

O autor explica que: “O trabalho é apreendido pelas características empiricamente detectáveis mediante instrumentos das ciências físicas e biológicas” (LACAZ, 2007, p. 759). Portanto, a partir dessa concepção foram desenvolvidos os estudos, normas e “[...] parâmetros preconizados para a média dos trabalhadores normais quanto à susceptibilidade individual aos agentes/fatores” (LACAZ, 2007, p. 759). Daí que foram determinados os Limites de Tolerância numa tentativa de adaptar o homem/sujeito aos ambientes e objetos e vice-versa.

O autor chama a atenção para a complexidade das doenças cardiovasculares (hipertensão arterial e doença coronariana), psicossomáticas e mentais contemporâneas, as quais envolvem os aspectos da “organização do trabalho e sua relação com a subjetividade e coletivos dos trabalhadores” (LACAZ, 2007, p. 759) de difícil apreensão pelas abordagens tradicionais da MT/SO.

Mendes e Dias (1991) destacam que a partir das mudanças ensejadas pela organização do trabalho e o conseqüente deslocamento do “perfil da morbimortalidade” do trabalho, as doenças clássicas dão espaço às relacionadas ao trabalho. Desse modo, a SO investe na estratégia de educação em saúde, na perspectiva de modificar o comportamento das pessoas e o estilo de vida. Além da insuficiência deste modelo, os autores Mendes e Dias (1991) destacam também que há de se pensar que os pequenos e médios estabelecimentos continuam sem nenhuma atenção à saúde de quem trabalha, sendo que estes permanecem expostos aos “[...] problemas clássicos e graves, até hoje não solucionados pelos modelos utilizados.” Deve ser dito que a Legislação determina a instituição dos Serviços

Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho (SESMT) de acordo com o número de funcionários e grau de risco dos estabelecimentos (Quadro II da NR 4, BRASIL, 1978). Além da obrigatoriedade destes serviços não abranger todos os empreendimentos, observou-se, cotidianamente, que muitas empresas que deveriam pela quantidade de trabalhadores contratados e também pelo seu grau de risco ter o SESMT não tinham esses serviços próprios e faziam o contrato com empresas especializadas, as quais definem os exames (admissionais, periódicos e demissionais) sem qualquer compromisso efetivo com a organização e processos de trabalho que os sujeitos estão inseridos.

Facchini (1993a) destaca que a articulação entre estudos estatísticos e variedade de riscos conforma um conjunto de mediações que levou ao surgimento do modelo multicausal, realizado por meio das abordagens: simples análise das múltiplas causas, da determinação social da doença e ecológico. O primeiro se assenta na lógica de uma rede de relações causais entre os fatores de risco e as doenças. Já o modelo de determinação social da doença, como o próprio nome diz, propõe o entendimento da doença como fruto de um processo social, daí que a teoria materialista dialética tem sido um importante instrumento de análise e para o desvendamento de problemas de saúde-doença que afetam determinados grupos inseridos de modo desigual nesse sistema. O último - modelo ecológico - privilegia o desenvolvimento da História Natural da Doença, sendo muito usado no planejamento de ações de saúde pública.

Lacaz (2007, p. 759) infere que ângulos diferentes da abordagem ganham corpo com os estudos da Medicina Social Latino-Americana, os quais priorizam o processo de trabalho, como “[...] categoria explicativa que se inscreve nas relações sociais de produção estabelecidas entre capital e trabalho”, já discutidas no terceiro capítulo.

Laurell e Noriega (1989) abordam a problemática trabalho e saúde a partir da concepção de desgaste no processo de trabalho-reprodução, com destaque para a organização e divisão do trabalho, cujos elementos são representados pelas inovações tecnológicas, aumento da produtividade, trabalho em turno etc. e também o desemprego que afetam o modo de adoecer e morrer, “biopsíquico”, no e pelo trabalho. Consideram, portanto, que o desgaste se inter-relaciona com os elementos da organização, divisão, processo e relações sociais de trabalho.

A Saúde do Trabalhador, como discutido no terceiro capítulo, enquanto campo do conhecimento avança em relação aos demais modelos (MT e SO), especificamente por alargar o entendimento da relação trabalho e saúde para além dos fatores de risco e ambientes de trabalho, bem como do papel do Estado frente a essa questão e, ainda, na

conscientização/informação/inter-relação dos trabalhadores e também dos respectivos sindicatos acerca dos agravos que os acometem. Cabe, então, evidenciar aqueles elementos que permitem retratar como os agravos à saúde vêm sendo interpretados e ou compreendidos em Franca/SP.

A Invisibilidade social das doenças relacionadas ao trabalho é um título paradoxal, pois quer expressar que cotidianamente os serviços de saúde se defrontam com os agravos à saúde dos trabalhadores, mas que subsumidos pela demanda crescente por assistência à saúde e pela crise do sistema, mantém esses problemas, decorrentes do trabalho, como uma problemática geral de saúde ávida por assistência, o que traz graves conseqüências para as possibilidades da Atenção à Saúde. No que diz respeito ao sistema previdenciário, também não se tem verificado muitas facilidades para o acesso do trabalhador aos direitos decorrentes. Assim, em linhas gerais, tenta-se dar as cores que compõem a relação dos agravos à saúde com o trabalho. Parte-se do princípio que a falta de articulação entre as políticas de saúde, previdência e trabalho alimentam o processo de invisibilidade social com sérias conseqüências para as relações sociais de trabalho, condições de vida e saúde da classe trabalhadora.

Historicamente, a seguridade social não teve uma posição efetiva frente a problemática trabalho e saúde, inclusive, deve ser dito, que apesar de se observar alguns avanços frente à notificação, como demonstrado por meio dos dados possibilitados pelo NTEP (Tabela 7). É sabido que os trabalhadores vítimas enfrentam um longo percurso para ter acesso aos benefícios previdenciários, como destacou o Médico do Trabalho e a Psicóloga do CEREST.

É preciso pensar nos agravos, não apenas a partir da ocorrência em si, mas de como a sociedade está organizada para “reparar” a vítima, interromper e prevenir a continuidade dos problemas. O Engenheiro do Trabalho do GVS afirmou, no início deste capítulo, que cabe à Previdência Social investigar e apurar se o agravo está ou não relacionado ao trabalho, mas ao que se constatou, cotidianamente, na prática profissional de assistente social do CEREST é que a vítima de doença relacionada ao trabalho, ou mesmo de acidente ainda enfrenta um quadro de insegurança para conseguir se afastar pelo INSS. Além da “pressão” psicológica que o trabalhador acaba sofrendo toda vez que tem que ser periciado, há de se considerar também que o tempo de afastamento, geralmente, não coincide com o tempo de tratamento e recuperação. Assim, nessa experiência, enquanto assistente social pode-se observar que ocorria de, muitas vezes, o trabalhador apesar de adoecido tinha alta do Seguro Social e quando retornava ao trabalho não era aceito por ainda apresentar o problema,

às vezes, ainda estava com mãos, braços ou antebraços edemaciados (inchados). Desse modo, agendava outra perícia e percorria os consultórios médicos em busca de relatórios médicos para atestar tal problema, como referiu a Psicóloga do CEREST. A dificuldade de se afastar pelo INSS é um fator que leva as pessoas a demorarem a procurar o serviço de saúde para se tratarem e também para notificarem a doença, como referido pelo Médico do Trabalho.

O Engenheiro do GVS-Regional destaca a falta de preparação dos profissionais da área da saúde para relacionarem as enfermidades com o trabalho. O Médico do Trabalho do CEREST também fala da dificuldade de se fazer o diagnóstico da doença relacionada ao trabalho e afirma que, atualmente, o Conselho Regional de Medicina enfatiza a necessidade de se perguntar sobre a profissão que a pessoa exerce. Essa é uma importante indicação já feita por Ramazzini (1999), em 1700, quando problematizando os ensinamentos deixados por Hipócrates (considerado o pai da medicina) indica que entre as interpelações relativas à enfermidade deve-se acrescentar; “que arte exerce?”. Pois para ele (RAMAZZINI - “Pai da Medicina do Trabalho” -) essa pergunta ajuda a chegar às causas. Ou seja, a intervenção médica é importantíssima não apenas para o tratamento da enfermidade, mas também para o esclarecimento do trabalhador, da equipe de saúde, da relação do diagnóstico da patologia com eventual tipo de trabalho, entre outros. Claro, que os demais profissionais que compõem a equipe, como assistente social, enfermeira, engenheiro, fisioterapeuta, psicóloga, recepcionista, entre outros, também têm o papel primordial e devem estar atentos para fazer essa relação entre o problema de saúde e a ocupação exercida. Em outras palavras, isso tem de ser um trabalho em equipe, não pode ser cada profissional falando uma linguagem, pois isso leva a desarticulação e a não efetivação da Política. Por exemplo, se o Serviço Social ao desenvolver uma atividade de grupo na “sala de espera” do serviço de saúde¹³ e abordar questões relativas aos agravos à saúde, a importância de notificar, abrir a CAT¹⁴ e dos direitos sociais daí decorrentes, se não tiver apoio dos demais profissionais da equipe, ou vice-versa, a ação cai no vazio, como a Auxiliar de Enfermagem do CEREST referiu: “*Às vezes, eu observo que vem aqui uma Coladeira de Peças em Calçados, fala da sua dor para o doutor, mas ele pergunta assim: ‘em casa você lava roupa, torce roupa, pega criança?’*” Verifica-se que isso gera a uma relação conflituosa entre os técnicos e pode-se inferir que não há uma coesão entre a Equipe do Centro de Referência quanto ao entendimento das doenças

¹³ Esta é uma atividade comum realizada pelo Serviço Social.

¹⁴ Lembra-se que a CAT resguarda o direito do trabalhador vítima de agravo relacionado ao trabalho ter o Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS) devidamente depositado durante o período que estiver afastado, bem como a estabilidade de um ano no seu trabalho, após o retorno de afastamento superior a 15 dias.

relacionadas ao trabalho, resultando, entre outros, na subnotificação dos agravos à saúde dos trabalhadores.

Pelos depoimentos é possível afirmar que ainda há dificuldades de se fazer o nexo causal das doenças relacionadas ao trabalho. A questão da subnotificação pode estar relacionada também a falta de conhecimento e envolvimento dos profissionais dos serviços de saúde, como expressado pelo Engenheiro do GVS-regional, que destacou a falta de disciplina nos cursos de graduação dos profissionais da saúde¹⁵ acerca da saúde do trabalhador. O Médico do Trabalho do CEREST também sublinhou que ocorre de trabalhadores serem tratados nas Unidades de Saúde, sem a devida relação com a atividade exercida.

Esta é uma questão complexa que não deve ser entendida apenas a partir da formação em saúde do trabalhador, pois, além dessa questão que é fundamental, ainda existe a correlação de forças e poder presente nas relações interinstitucionais e interpessoais. Observe que a Auxiliar de Enfermagem do CEREST destacou que há uma tendência do médico enfatizar as atividades domésticas repetitivas e de esforço físico em detrimento das atividades funcionais. Assim, há uma dificuldade maior em diagnosticar, em consequência de notificar as doenças relacionadas ao trabalho, devido a sua causa difusa, mas não é apenas isso. O registro de uma doença pode desencadear alguma ação no local de trabalho, do qual originou o problema e, pelas observações cotidianas, os profissionais médicos têm certo temor em confirmar a relação de determinado problema com determinado trabalho. Além disso, ocorre de médicos dos serviços públicos atuarem também nas empresas privadas, o que pode gerar algum conflito quanto ao reconhecimento da problemática como relacionada ao trabalho.

Outra questão a ser observada é o tempo de sujeição e de exposição, indicado pelo depoimento da Auxiliar de Enfermagem do CEREST. Ribeiro (1999, p. 48) explica que a intensidade e o tempo de sujeição “[...] são dois elementos convalidados internacionalmente e convalidados na legislação acidentária brasileira como envolvidos nas doenças do trabalho; a

¹⁵ “Na busca de assegurar a saúde como direito de todos e dever do Estado, o que “ampliou a compreensão da relação saúde/doença como decorrência das condições de vida e trabalho, bem como o acesso igualitário de todos aos serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde, colocando como uma das questões fundamentais a integralidade da atenção à saúde e a participação social (e considerando) a importância da ação interdisciplinar no âmbito da saúde e do reconhecimento da imprescindibilidade das ações realizadas pelos diferentes profissionais de nível superior, (o que) constitui um avanço no que tange à concepção de saúde e à integralidade das ações, o Plenário do Conselho Nacional de Saúde reconheceu como profissionais de saúde de nível superior as seguintes categorias: assistentes sociais, biólogos, profissionais de educação física, enfermeiros, farmacêuticos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, médicos, médicos veterinários, nutricionistas, odontólogos, psicólogos e terapeutas ocupacionais (CNS, Resolução nº 218, de 6.3.1997. A resolução do CEFESS nº 383/99, de 29.3.1999, referenda a resolução do CNS, sinalizando ainda que “o assistente social atua no âmbito das políticas sociais e, nesta medida, não é um profissional exclusivamente da área da saúde, podendo estar inserido em outras áreas, dependendo do local onde atua e da natureza das suas funções” (VASCONCELOS, 2003, p. 242-243, grifo nosso).

despeito das reservas quanto aos ‘limites de tolerância’, não só para substâncias químicas, mas para poeiras, ruídos etc.” Assim, “[...] expressam e consagram a tese de que as questões mais importantes relacionadas às doenças do trabalho são a intensidade e o tempo de sujeição” (RIBEIRO, 1999, p. 48).

Os depoimentos indicam que pode ocorrer o agravamento das doenças relacionadas ao trabalho devido à falta de diagnóstico em tempo hábil para o tratamento. Além disso, a demora no diagnóstico e o seu distanciamento da atividade laboral implica na sua não notificação, o que contribui para a manutenção da problemática e complexificação, a medida que não é contabilizada nas estatísticas e, portanto, permanece longe das possibilidades de mudanças.

Para ilustrar, destaca-se, de modo resumido, a história de uma trabalhadora¹⁶ que foi acompanhada pelo Serviço Social do CEREST e que também fez fisioterapia naquele serviço. Trata-se de uma história que revela o adoecimento pelo trabalho, mas que cientificamente foi tratado apenas como um sintoma no corpo que adocece e morre “naturalmente”, distante da relação com o trabalho.

A história de trabalho é revelada na Carteira de Trabalho, com 28 anos de contribuição, o que hoje tem se tornado, cada vez, mais raro, sendo mais de 20 anos na função de chanfradeira. Essa função é desenvolvida em Fábricas de Calçados e exige o movimento de pinça dos dedos das mãos para segurar a peça de couro a ser chanfrada na máquina, além da regulagem constante do maquinário. Quanto a situação de saúde a entrevistada diz que, desenvolveu, primeiramente, um problema de coluna, conta que foi em decorrência dos dez anos que trabalhou (chanfrando) em pé e na esteira. Ela lembra que sua máquina ficava ao lado da esteira e que, portanto, o seu ritmo de trabalho tinha que acompanhar o da linha de produção, definido pelo chefe daquela seção. Ela conta que além do esforço exigido pelas mãos, do ritmo e do fato de trabalhar em pé tinha que se virar (o corpo) para pegar as peças na esteira. Para ela, isso lhe desencadeou o problema na coluna, chegando a ficar oito meses afastada pelo INSS, mas não foi feita a CAT [Comunicação de Acidentes de Trabalho]. Assim, pouco tempo após o seu retorno do afastamento médico ao trabalho, ela foi demitida. Mas como ela menciona, havia se especializado na função de chanfrar e, inclusive era a responsável pelas amostras (“[...] sempre que faz amostras tem que ter mais atenção porque não pode ter um defeitinho”), o que a favoreceu em conseguir outro emprego, embora já não

¹⁶ Colheu-se o depoimento dessa trabalhadora a partir do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice E), mas devido aos objetivos da tese, apresenta-se apenas um resumo da referida história profissional e do aparecimento do agravo para chamar a atenção da relação entre processo e organização do trabalho e doença, bem como a sua desconsideração pelos profissionais de saúde no diagnóstico e tratamento.

tivesse mais a saúde de antes. A trabalhadora conta que passou a sentir fortes dores nos ombros e os afastamentos do trabalho começaram a ser constantes e sempre que voltava a trabalhar era demitida. Por isso começou a fazer maior esforço e a tomar medicamentos para não demonstrar a dor. No último emprego, em que ficou sete anos, explica que, às vezes, ia ao banheiro para chorar de dor. Diz também que sempre que procurava atendimento médico, estes orientavam a deixar aquele trabalho, mas nunca foi feita abertura de CAT e que ela não deixou de trabalhar porque era a única coisa que sabia fazer e, portanto, necessitava daquele emprego por questões de sobrevivência. Aos poucos, começou a ter problemas de estômago, acha que foi em decorrência do excesso de antiinflamatórios e analgésicos; de insônia, devido à dor que se intensificava a noite, segundo ela, não tinha “*lado para dormir*”, pois os ombros doíam; de humor, uma vez que já acordava sentindo o incômodo do problema, especialmente nos braços e mãos que “*formigavam e ficavam pesados*”; e de perda de movimentos das mãos. Ela conta ainda que começou a perceber que estava tendo dificuldades para segurar objetos, tendo deixado uma tesoura, usada no processo de trabalho, cair, a qual perfurou levemente o seu pé, o sapato teria oferecido proteção, mas afirma que também não foi feito CAT e nem se afastou por isso. Ao perceber as dificuldades de movimento voltou ao ortopedista, que já vinha cuidando do seu estado de saúde, e este apesar de ter dito que ela estava com tendinite crônica, disse que não tinha muita coisa a fazer e a encaminhou para o reumatologista, quando foi diagnosticado, segundo ela, sem nenhum exame, fibromialgia. Assim, o seu problema passou a ser visto como uma doença reumática. Teve alta do afastamento pelo INSS, foi demitida, e além do problema de saúde passou a enfrentar sérios problemas econômicos.

Trata-se da transformação do problema de uma categoria profissional em problema individual, que apesar de ser afetada coletivamente é tratada individualmente (LOURENÇO, 2008). Este relato ilustra a dificuldade dos profissionais da saúde em estabelecer a relação entre os agravos à saúde e o trabalho¹⁷.

A violência do trabalho é também a violência do sistema que naturaliza a nocividade do trabalho, que enxerga no trabalhador apenas uma peça da engrenagem que estragada pode ser facilmente substituída. A debilidade da saúde é vista singularmente e mostra o quanto a humanização pelo trabalho vai ficando cada vez mais distante, nesta sociedade, que preza pelo supérfluo, aliás, do ponto de vista do capital, não apenas os objetos

¹⁷ Em outra pesquisa foi observada a necessidade de “educação permanente” aos trabalhadores da saúde, os quais se sentem subsumidos pela demanda cotidiana sendo necessárias as ações de educação na forma de cursos, encontros, seminários que lhes possibilitem refletir sobre a sua prática e também sobre as origens da demanda atendida cotidianamente, bem como sobre a política de saúde, pois muitos desconhecem o SUS (BERTANI; SARRETA; LOURENÇO, 2008).

são supérfluos, mas também os sujeitos que os produzem. Os impactos destrutivos das transformações do trabalho contemporâneo deixam as suas marcas nos corpos (corpo e mente) dos trabalhadores, reduz a força de trabalho à força sucateada “imprestável” para as exigências de produtividade.

A exploração, ritmo, intensidade e a organização do trabalho impõem um grau de violência que afeta a saúde, mas que nem sempre tem uma causa direta, daí a necessidade de se considerar a historicidade do trabalho. Ribeiro (1999, p. 44-45) destaca que Ramazzini, em 1700, não se prendeu a uma causa ou a uma materialidade de determinada doença, mas sim a sujeição ao/no trabalho. “[...] Não há no seu escrito nada parecido à tirania do dogma positivista de causalidade da doença, muito menos única, mas sua determinação social [...]”. Assim ao discutir as doenças nas várias ocupações “[...] tanto ou mais que os materiais e instrumento de trabalho, ressaltam as relações sociais e o modo como se organiza e se faz o trabalho na sociedade em que vivia.”

Ribeiro (1999) observa que a definição das doenças do trabalho esteve intimamente relacionada ao avanço da técnica e da ciência, em especial médico-científica. Ele relativiza que se a observação microscópica e a possibilidade de reproduzir determinadas doenças (parasitária e infecto contagiosas) em laboratórios, levou ao desenvolvimento de normas e condutas, bem como das vacinas, por outro lado, se assentou no princípio positivista de que todo efeito tem uma causa. Assim, a estrutura física e química dos instrumentos e matérias primas de trabalho – causas – pode provocar doenças – efeitos – e foram sendo reconhecidas como do trabalho ao longo dos tempos, inclusive a partir da atuação dos trabalhadores que organizados reivindicaram direitos e benefícios para se exporem aos agentes tóxicos e de risco à saúde, como a monetização do risco (DIESAT, 1989). É importante registrar que Ribeiro (1999, p. 73) critica não a prova da doença, mas o dogma da causalidade. “[...] O dogma da prova e da comprovação em medicina – e a crítica é ao dogma e não à prova e comprovação experimental ou estatística.”

A violência no/do trabalho (RIBEIRO, 1999), muitas vezes, ocultada pela naturalização da teoria do “risco iminente” gera explicações dos problemas de saúde a partir da singularidade da situação, excluindo qualquer análise voltada para a totalidade da questão. Assim, o estabelecimento de normas de higiene e segurança nos ambientes de trabalho expressa o reconhecimento daqueles fatores (biológico, físico, químico e mecânico) que afetam à saúde. Daí o conceito de “doença ocupacional”, sendo necessária a criação de mecanismos de proteção como os Equipamentos de Proteção Individual (EPI) e os Equipamentos de Proteção Coletiva (EPC) e, ainda, os Limites de Tolerância (LT) etc. Expressa também que as doenças do trabalho têm um agente causador e,

portanto, o seu nexos depende da relação entre esses fatores e o problema de saúde desenvolvido. Tal fenômeno é assim acompanhado das “metateorias” do risco iminente a certas ocupações, daí a responsabilidade do trabalhador pela sua escolha pessoal por determinada atividade funcional. Como se o trabalho na sociedade capitalista (e do salário) fosse uma questão de escolha, se assim fosse, poder-se-ia imaginar que a pessoa nasce e se prepara, ao longo de alguns anos, para ser sapateiro ou cortador de cana. Não se trata disso, como bem explica Ribeiro (1999), a venda da força de trabalho não é uma questão de escolha e sim de sobrevivência¹⁸.

Na atualidade muitas explicações das doenças relacionadas ao trabalho partem do princípio do risco iminente, quando a “metateoria” da susceptibilidade individual assume papel fundamental nas interpretações. “Os que adoecem, enquanto grupo minoritário, seriam indivíduos ‘predispostos’ ou ‘susceptíveis’ e os outros, a maioria, seriam sadios [...]” (RIBEIRO, 1999, p. 46, destaques do autor). Observe que a questão passa a ser vista a partir do indivíduo que “[...] portadores de um *handicap*, isto é, de uma ‘predisposição’ patogênica endógena e individual [...]”, se torna o responsável pelo problema de saúde. Ou seja, o fato de terem pessoas expostas às mesmas condições de trabalho e ambientais e não adoecerem por, talvez estarem “[...] mais ou menos relacionada ao conceito de resistência, no caso, baixa”, implica que aqueles que adoecem, assim o fazem por ter baixa resistência. Então, o problema é visto fora das relações e processos de trabalho e a partir do indivíduo.

Ribeiro (1999) destaca que a “metateoria” da suscetibilidade individual não é aplicada as intoxicações, mas especialmente para aqueles problemas cuja causa/efeito não é tão claro. Para o autor a ciência médica contemporânea evoluiu sobremaneira, inclusive o conhecimento acerca do sistema imunológico. Por isso considerar as causas de determinadas doenças a partir da susceptibilidade individual seria banalizar o conhecimento técnico-científico acumulado.¹⁹

Dessa maneira, a situação ilustrada confirma a via crucis que os trabalhadores adoecidos têm que percorrer, como destacado no depoimento da Psicóloga do CEREST no

¹⁸ Interessante registro feito por Ribeiro (1999, p. 45) ao discutir a “metateoria” do risco da nocividade como natural ao trabalho e, portanto, a auto-responsabilidade de quem o realiza devido a escolha por determinada profissão, daí que ele cita fragmentos da fala de um trabalhador do documentário cinematográfico *O Pó Nosso de Cada Dia*, produzido pela DIESAT & OCA Cinematográfica (1981), “[...] um trabalhador, em assembléia de seu sindicato, na cidade de Pedreira, onde as indústrias ceramistas constituíam o principal e quase único mercado de trabalho, sob os aplausos de seus companheiros discursa: ‘[...] que sei que tenho e vou morrer de silicose. Muitos companheiros aqui têm a doença e vão morrer também; mas se não trabalhar na cerâmica, respirando pó, vou fazer o que? Morrer de fome?’”

¹⁹ “Seria banalizá-lo operar empiricamente o anverso do conceito de imunidade, afirmando que os que adoecem do trabalho são ‘predispostos’ ou ‘susceptíveis’ a essa ou aquela doença, devido a uma baixa ‘resistência’, posto que a maioria, igualmente sujeita, não adoecer, logo teria uma resistência maior e porque a maioria, constituiria a população ‘normal’. Em que se respaldam concepções tão vagas?” (RIBEIRO, 1999, p. 46, destaques do autor).

início deste tópico. Deve-se atentar também para as dificuldades de relacionar o problema de saúde com a função desenvolvida e, no caso do trabalho feminino, isso se complexifica, como mencionado pela Auxiliar de Enfermagem do Trabalho do Centro de Referência.

Nogueira (2006) desenvolve a tese que o ingresso da mulher no mercado de trabalho representa o direito à emancipação, pois o desenvolvimento do ser genérico se dá, essencialmente, pelo trabalho, porém esse direito vem se assentando de modo precário e parcial. A “feminilização” da classe trabalhadora está mais relacionada a informalização e a precarização que o direito da mulher ao trabalho, a medida que emancipa de modo parcial e precariza de modo acentuado (NOGUEIRA, 2006). A divisão sexual do trabalho carrega consigo a baixa remuneração e maior grau de exploração. Os agravos encontram-se no cerne da contradição capital e trabalho que produzem e reproduzem as condições para as enfermidades expressadas nos baixos salários, nas agruras sociais enfrentadas pelos trabalhadores, bem como nos valores políticos e culturais norteadores da vida em sociedade.

Acredita-se que a questão dos agravos à saúde dos trabalhadores, antes de ser um problema biológico, é fruto de um processo social, marcado pela exploração, alienação, subalternidade e violência do trabalho e afeta objetiva e subjetivamente o organismo e revela-se como uma das expressões da questão social.

5.3 De que adoecem e morrem os trabalhadores na região de Franca²⁰?

Não temos dados fiéis... Acredito que a maior incidência esteja no corte de cana, mas não posso informar mais detalhes. Daí a nossa proposta de trabalhar em conjunto com o CEREST para que as vigilâncias comecem a notificar e informar do quê que a população adoecce no trabalho. (Diretor do GVS- Regional).

Nem teria como afirmar porque a minha participação na política de saúde do trabalhador foi enquanto suplente. Agora, com a separação entre DRS e GVS [refere-se a mudança na gestão da saúde do Estado de São Paulo realizada a partir da gestão do então governador José Serra] tem uma solicitação para a DRS indicar um Interlocutor para a saúde do trabalhador, que no caso seria eu, mas até agora não foi nada assumido, não aconteceu nada de novo no período que o GVS mudou da DRS. Não aconteceu nada de novo ainda porque a gente recebe um tanto de documentação do CEREST do Estado, mas o Estado não oferece essa função de Interlocutor, cobrando, entendeu? Então, a gente já tem outras áreas como a saúde mental o DST/AIDS, PSF e fica complicado assumir mais coisa. (IST do DRS VIII).

Hoje o número de acidentes teve uma redução significativa, as empresas estão muito mais prevenidas, o direito trabalha com a responsabilidade objetiva, ou seja, você não precisa comprovar a culpa. Se aconteceu o fato no ambiente de trabalho,

²⁰ Este subtítulo toma emprestado o título do livro de Ribeiro e Lacaz (1984).

se haviam condições para que ocorresse automaticamente a empresa é responsável. Você não tem que verificar se houve negligência por parte da empresa ou se houve imprudência ou imperícia por parte do trabalhador. Ocorreu o fato, o ambiente é propício e o direito do trabalho garante ao trabalhador a assistência e a sua segurança. No geral, tem melhorado, mas por outro lado, existe uma série de problemas e fatores ocupacionais que o INSS não reconhece... Existem muitos problemas de saúde que embora tenham nexos com a atividade, ainda não tem o reconhecimento, então, a pessoa para conseguir o benefício ela tem que ir à justiça... Muitos trabalhadores são "encostados" e não têm condição de serem reaproveitados. Todos os problemas ocorrem depois de longo tempo de exposição, não é da noite para o dia. (Engenheiro do GVS - Regional).

Eu acho que o setor calçadista em Franca tem alguns problemas sérios que são a rotatividade e o excesso de serviço, há também a pressão para os trabalhadores aceitarem o Banco de Horas, nem sempre remunerado. O empregado trabalha até mais tarde, às vezes, aos sábados e feriados e o descanso nunca é conforme ele deseja, então há um desgaste, inclusive mental. Sabemos disso porque conversamos com os trabalhadores, mas se tem dados disso a gente não sabe onde estão. [O CEREST já encaminhou informações oficiais sobre os acidentes e doenças relacionados ao trabalho em Franca?]. Passou, algum tempo atrás, inclusive através de palestras e encontros, teve um Seminário sobre acidente de trabalho com mãos que foi no Sindicato dos Engenheiros, foi muito interessante porque a assistente social do CEREST apresentou as estatísticas e chamou a atenção de todo mundo, estava presente o Delegado Regional do Trabalho e o pessoal da FUNDACENTRO, depois do Seminário foi oferecido um curso para prevenção de acidentes de trabalho, inclusive eu cheguei a fazer... mas, hoje, a gente não vê essa mobilização do CEREST. Há um descaso, para falar a verdade, eles [CEREST] não reconhecem o Sindicato para passar essas informações, parece que eles têm medo, mas de quê? Da gente informar a população do que ocorre, só se for, porque o que mais faríamos com dados sobre acidentes e doenças relacionadas ao trabalho? (Diretor I - Sindicato dos Sapateiros - e conselheiro do Conselho Gestor do CEREST de Franca).

Eu quero chamar a atenção que o problema das LER não é só físico, é um problema sério porque o trabalhador fica doente e sem receber, e isso é um agravante. Uma pessoa sem condições de trabalhar e sem receber fica ainda mais doente. A pessoa entra em depressão. Lá no Sindicato, às vezes, eu tenho que ser meio psicólogo porque a pessoa chega e começa a contar os problemas. Ela precisa de ajuda e tem casos que a pessoa relata que está perto de fazer uma loucura. Está doente, não está agüentando aquela pressão da fábrica, mas no INSS não passa na perícia, procura um recurso e não recebe e a família, geralmente, está numa situação pior e não pode ajudar. Assim, a situação vai se agravando a tal ponto que tem gente que fala em suicídio, então a gente tenta dar uma força, mas é um problema difícil. (Diretor II - Sindicato dos Sapateiros - e ex- conselheiro do Conselho Gestor do CEREST de Franca).

No setor bancário existe uma preocupação grande que é com o Assédio Moral, inclusive foi criado uma Comissão Nacional dos Banqueiros e uma Comissão dos Trabalhadores, para levantar os problemas, mas ainda não colhemos frutos porque eles [banqueiros] não reconhecem os problemas, para eles não existe pressão, assédio... Mas para nós que vivenciamos no dia-a-dia, sabemos que isso acontece. Outro problema que precisa olhar com cuidado são as LER, porque, às vezes, o trabalhador fica adoecido, fica afastado, mas tem alta na perícia médica do INSS... Os relatos que chegam até nós, desses adoecidos, do que eles passam, é lamentável. A pessoa tem que ir para Justiça para ter direito ao benefício do INSS, atualmente, parece que está havendo alguma mudança e isso é necessário porque até agora é o trabalhador que sofre... (Diretor sindical III - Sindicato dos Bancários - e ex-membro do Conselho Gestor do CEREST).

Nós fizemos um Seminário no ano passado, 2007, sobre saúde auditiva e aplicamos um questionário e o que observamos é que os Professores estão sofrendo de

problemas emocionais. Problema de stress emocional porque dão aulas nos três períodos do dia. Então nós vamos tentar fazer um grupo, vamos separar quem tem problema auditivo, de fala, de audição, de questões emocionais... A intenção é fazermos grupos para trabalhar essas questões. (Psicóloga do CEREST).

Onde eu moro, tem algumas casas que são dos curtumeiros construídas por regime de mutirão e eu observei que algumas pessoas são mutiladas, pessoas sem dedo, sem mão, uma cega, num pedaço de rua, num quarteirão. De dez casas, você tira três pessoas e olha aquela amostragem ruim do que está acontecendo com o trabalhador. (Técnico de Segurança do Trabalho do CEREST e Fiscal da Vigilância Sanitária).

O problema da LER/DORT é que é difícil de ser reconhecida como uma doença. Na verdade a LER/DORT e até uma lombalgia, aparentemente, a pessoa está bem só que ninguém sabe a parte interna da pessoa e a intensidade da sua dor... (Auxiliar de Enfermagem do Trabalho do CEREST).

Nos depoimentos verifica-se, mais uma vez, a falta de dados que traduzam a realidade de trabalho e saúde na região em foco e também que há uma heterogeneidade de percepção quanto aos males que afetam a saúde dos trabalhadores. A heterogênea compreensão denota não apenas visões de mundo diferentes (o que pode ser muito rico), mas, sobretudo, a falta de integração e de articulação no desvendamento dessa realidade. Ou seja, cada um percebe o que está presente no seu dia-a-dia sem maiores estudos e compromissos intersetoriais.

No primeiro depoimento, o Diretor do GVS - Regional destaca a questão dos acidentes ocorridos no corte de cana e menciona a proposta de trabalhar junto com o CEREST, especialmente na notificação e na informação.

Esse é um destaque para a discussão que se pretende fazer ao fechar este capítulo. Trata-se de sublinhar algumas questões acerca da notificação dos agravos e a necessária ação intersetorial.

Importa esclarecer que a CAT é muito limitada por abranger apenas os trabalhadores formais e, ainda assim exclui os autônomos e as empregadas domésticas. Em razão disso, o Centro de Referência criou em 2004 o RAAT, com o objetivo de obter dados epidemiológicos acerca da saúde dos trabalhadores, independente do vínculo empregatício. O RAAT é um instrumento epidemiológico do SUS e não substitui a CAT. O CEREST criou também um Programa de informática específico para a digitalização das notificações. Mas enfrenta dificuldades de pessoal para fazer a devida alimentação do referido Programa. Desse modo, os próprios funcionários têm intercalado essa função de digitar e alimentar o sistema de informação do CEREST às demais. Assim, em decorrência do acúmulo de funções, até o presente momento [maio de 2008] não tem sido feito a digitalização das ocorrências advindas da região e também dos Hospitais: Casa de Misericórdia de Franca e UNIMED. Ou seja, apesar de ser feito um trabalho pela Equipe (do

CEREST) nestes serviços e municípios para a implantação da política de saúde do trabalhador, o que inclui a notificação dos agravos à saúde, estas quando recebidas pelo órgão proponente são arquivados como “Arquivo Morto”, devido à falta de recursos humanos²¹.

Dessa forma, o que se constata é que houve a iniciativa de construir um instrumento de informação em saúde do trabalhador, o RAAT, porém é uma experiência muito incipiente e quando implantado teve como objetivo preencher a lacuna da falta de dados, mas não se considerou o cotidiano dos serviços de saúde, que além de abarrotados pela demanda conta com número insuficiente de recursos humanos, bem como de infra-estrutura física e tecnológica.

As unidades de saúde em Franca já estão informatizadas, mas não integradas. Desse modo, o RAAT é preenchido pelos vários serviços da rede SUS ou privados e após encaminhados ao CEREST para que este faça a digitação em programa específico criado para este fim. O referido Programa, apesar de possibilitar a integração de dados como “Cartão SUS”²², Classificação Internacional de Doenças (CID), Cadastro Nacional das Atividades Econômicas (CNAE) e Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) enfrenta vários limites a começar pelo preenchimento adequado do RAAT. Assim, a mobilização dos trabalhadores da saúde para a identificação e registro do que é relacionado ao trabalho é um grande desafio, pois está intimamente relacionado à gestão dos serviços, a preparação técnica e de educação permanente e, sobretudo, condições adequadas de trabalho e de recursos humanos.

Além da subnotificação dos agravos à saúde, verifica-se que diante da falta de recursos humanos, o RAAT em Franca tem sido digitado parcialmente, além disso, ainda não foi aproveitado para estudos mais amplos acerca da relação trabalho e saúde. Desse modo, teve-se o interesse em estudar estes documentos até porque esse instrumento é fruto do intenso trabalho realizado pela autora com os IST, durante o período em que atuou como assistente social no CEREST. Deriva daí a preocupação em dar “vida” a estes dados. Assim, buscou-se compilar as informações não apenas relativas ao programa do CEREST, mas também aos documentos da região e dos hospitais. Dessa forma, o total de agravos ocorridos

²¹ Facchini et al (2005, p. 859) ao discutir a implantação do Sistema de Informação em Saúde do Trabalhador (SIST) no SUS, destaca que o sistema de saúde tem condições de compilar informações de âmbito nacional “Entretanto, na grande maioria dos municípios e Estados brasileiros não existe qualquer tipo de SIST vinculado ao SUS. Em boa parte dos casos, os sistemas de informação são precários, se transformaram em uma mera rotina burocrática, e embora os dados sejam coletados não há análise pertinente para a resposta a perguntas relevantes para os gestores, e não há uma aproximação com os reais problemas de saúde dos trabalhadores.”

²² Facchini et al (2005, p. 860) apontam que o SIST deveria ter como base de dados inicial o Cartão Nacional de Saúde. “A portaria/ SAS/MS nº. 174 determinou que os procedimentos ambulatoriais e hospitalares realizados pelo SUS, que exigem autorização prévia sejam acompanhados, obrigatoriamente, da identificação dos usuários por meio do Cartão Nacional de Saúde (Brasil, portaria SAS/MS nº. 174, 2004). Na atualidade talvez mais de cem milhões de brasileiros já estejam cadastrados, dispondo de um número de identificação unívoca”, popularmente conhecido como Cartão SUS.

nos anos de 2005 e 2006, em Franca e região, compilados para este estudo é de 7.116. Embora o sistema de informação do CEREST conte apenas com 2.443 registros, sendo 389 ocorridos no ano de 2005 e 2.054 em 2006 (Tabela 8). Esse número deve-se a não digitação das notificações advindas da região e dos hospitais (Casa de Misericórdia de Franca e UNIMED). Como já dito, o CEREST tem privilegiado mais a digitalização das ocorrências advindas do Pronto Socorro Municipal de Franca.

Tabela 8 – Distribuição dos agravos por município.

Município	2005	2006	Total geral	Percentual
Buritizal	38	33	71	1,00
Cristais Paulista	128	84	212	2,98
Franca	1.220	2.572	3.792	53,29
Guará	49	26	75	1,05
Igarapava	61	-	61	0,86
Ipuã	63	66	129	1,81
Itirapuã	6	-	6	0,08
Ituverava	43	46	89	1,25
Jeriquara	4	5	9	0,13
Miguelópolis	3	-	3	0,04
Morro Agudo	391	136	527	7,41
Nuporanga	9	8	17	0,24
Orlândia	160	428	588	8,26
Patrocínio Paulista	103	89	192	2,70
Ribeirão Corrente	-	7	7	0,10
Rifaina	-	6	6	0,08
Sales Oliveira	27	43	70	0,98
São Joaquim da Barra	751	468	1219	17,13
São José da Bela Vista	17	26	43	0,60
Total	3.073	4.043	7.116	100

Fonte: Estudo feito pela autora das CAT e dos RAAT referentes aos anos de 2005 e 2006.

Observa-se, na Tabela 8, que os 7.116 agravos referem-se a 19 municípios, isto é, nem todos os municípios da região implantaram o RAAT, bem como a política de saúde do trabalhador, portanto, não enviou nenhuma notificação ao CEREST. Deve ser dito que durante o período de atuação, enquanto assistente social, foram realizados vários contatos com os Secretários de Saúde das cidades abrangidas pelo CEREST e também participou-se de

algumas reuniões da Comissão Intermunicipal Regional (CIR)²³, para explicar os objetivos da saúde do trabalhador, a importância do município indicar um representante para participar das reuniões mensais em Franca, nas quais se discutiam tantos os aspectos inerentes à Política quanto aos problemas de saúde de cada município e de infra-estrutura e recursos humanos para se desenvolver as ações de saúde do trabalhador. Contudo, mesmo assim, alguns municípios não incluíram esta questão nas suas agendas e não enviaram nenhum representante para discutir a saúde do trabalhador, desse modo, não se obteve notificação de Aramina, Pedregulho e Restinga, referentes a 2005 e 2006.

Os Interlocutores em Saúde do Trabalhador (IST) se deslocam dos seus municípios até Franca para participarem das reuniões mensais, seminários, cursos e encontros propostos pelo CEREST e pelo GVS ou DRS. Salienta-se que os IST devem ter autonomia para buscar estratégias de articulação intersetorial, meios para circular as informações, realizar estudos, construir novos saberes, enfim, realizar ações de saúde do trabalhador, entre elas, a notificação dos agravos. Assim, registram-se três importantes características que o IST deve ter: disponibilidade de tempo, feição pela área e autonomia profissional.

Ao analisar a Tabela 8 verifica-se a descontinuidade das notificações, e notável queda de um ano para outro. Com exceção de Franca e Orlândia, a maioria dos demais municípios apresentou queda nos registros dos agravos à saúde dos trabalhadores. Trata-se assim de buscar entender o que ocorreu de um ano para outro que interferiu na diminuição dos agravos. Questiona-se: teria tido uma ação mais contundente dos serviços de saúde provocando tal impacto? Ou teria ocorrido o oposto, os técnicos da saúde que trabalharam para a notificação em 2005, não o fizeram em 2006?

Infelizmente a segunda questão é a própria resposta, pois para que haja notificação é necessário um contato constante com os serviços de saúde tanto para buscar entender as causas dos problemas, queda ou elevação dos registros, quanto para dar respostas, informar o número de ocorrências e as principais ações, ou seja, envolver os trabalhadores do SUS com a referida Política. Por isso, a Equipe do CEREST tentou, estrategicamente, envolver os trabalhadores do SUS em Franca e dos municípios da região, por meio dos contatos sistemáticos com vistas a criar espaço e mecanismo que viabilizasse a implantação de tal Política na área de abrangência

Frisa-se que, diante da reorganização do Estado e da sua visível adesão ao princípio da *lean production*, tem se observado a precariedade dos recursos humanos dos

²³ CIR constitui-se de um grupo formado pelos Secretários Municipais de Saúde dos municípios que congregam Direção Regional de Saúde (DRS VIII).

serviços de saúde, problema vivenciado também pelos serviços de saúde da região, como referido pelos Interlocutores em Saúde do Trabalhador (IST) dos municípios compreendidos pela área de abrangência do CEREST, “*Nós temos dois grandes problemas, primeiro é a subnotificação e o outro é a falta de funcionário para fazer esse trabalho*” (IST de Morro Agudo); “[...] *temos um grande problema que é a falta de pessoal, inclusive para acompanhar a questão dos RAAT*” (IST de São Joaquin da Barra); “*Eu sou sozinha, esse acompanhamento fica muito difícil*” (IST de Buritizal) e parece que a sobrecarga de trabalho já estaria interferindo na saúde dos IST, como dito pela representante de Morro Agudo “*Chega a ser irônico, mas nós estamos ficando doentes [...]*”. Essas falas referem-se ao grupo focal com os IST, sendo que o seu relatório encontra-se em anexo a este estudo.

O necessário envolvimento dos profissionais da saúde para que ocorra a notificação foi observado pelo IST de Patrocínio Paulista, o qual referiu que: “*Nós temos muita subnotificação, a cada troca de plantão a gente tem que procurar conversar com a pessoa responsável pelo setor. Então fica difícil, eu acho que isso é complicado não é fácil é uma questão política problemática.*”

A política de saúde do trabalhador é uma questão política! Pode parecer reducionismo, mas se os gestores não entenderem e assumirem esta Política nas suas agendas fica difícil cobrar a notificação ou qualquer outra ação relativa. Ao que se pode observar, o IST é responsável por muitas outras atividades e além do pouco tempo para se dedicar a essa área, acaba não tendo nenhum outro colega de trabalho para substituí-lo em períodos de férias ou licença (saúde, maternidade). Isso ocorreu com o município de Morro Agudo que notificou 391 acidentes em 2005 e apenas 136 em 2006 e, segundo a IST, além da subnotificação existe “[...] *a falta de funcionário para fazer esse trabalho, por exemplo, eu fiquei afastada de licença maternidade e como a equipe é muito pequena, por mais que se tenta fazer o serviço do outro, é muito complicado, não dá conta.*”

Desse modo, a queda nas notificações, de um ano para outro, pode estar relacionada tanto ao acúmulo de tarefas quanto a falta de pessoal. Sublinha-se que em Igarapava não houve nenhum registro de acidente em 2006, contra 61 do ano anterior. Essa queda está relacionada a falta do IST, ou seja, com a saída do representante daquele município nenhum outro técnico assumiu a política de saúde do trabalhador, não por irresponsabilidade dos trabalhadores da saúde, não se trata disso, mas antes é uma questão política, por sinal, neoliberal, de restrição de gastos e investimentos nas política públicas.

A saúde do trabalhador como uma questão política é muito bem destacada pelo IST de São Joaquim da Barra, que desabafa: “[...] *Nós estamos de mãos atadas, brincamos de*

Vigilância Sanitária. Por que a gente brinca de Vigilância Sanitária? Ora de um lado temos uma política municipal e de outro a política do dinheiro, no nosso caso, representada pelas usinas, entendeu?” Verifica-se o quanto a dimensão econômica interfere na política da saúde do trabalhador. Fica entendido que o capital, no caso da referência do depoimento, representado pelos usineiros tem poder de interferência na política municipal. São Joaquim da Barra é um município que também apresentou queda nas notificações, em 2005, foram registrados 751 agravos e, em 2006, apenas 468. O IST relata como está ocorrendo a subnotificação, assim, ele menciona as estratégias utilizadas pelas usinas para que o município não tenha conhecimento dos agravos, e, no caso, de questionamentos sobre as ocorrências, a usina as confirma, mas justifica que arcou com todos os gastos, como se isso bastasse.

Então um traço marcante nas estatísticas desses municípios é a descontinuidade tanto na notificação que historicamente vem sendo subnotificada, quanto na falta de pessoal, expressada no acúmulo de tarefas e afastamento do IST.

O Ministério da Saúde, especificamente a Área Técnica de Saúde do Trabalhador, implantou um sistema nacional de notificação compulsória para onze grupos de agravos relacionados ao trabalho (Portaria nº. 777, de 28 de abril de 2004), denominado de SINAN-NET, mas este também ainda não foi implantado em Franca e região, sendo a falta de recursos humanos uma das causas. O SINAN-NET (BRASIL, 2004) é um sistema epidemiológico e como tal deve ser efetivado de modo integrado a Vigilância Epidemiológica.

A notificação compulsória de doenças tem enfrentado os limites relativos a falta de recursos tecnológicos e humanos. Além disso, tem se esbarrado no diagnóstico, como já destacado por Facchini et al (2005, p. 861) há uma dificuldade na notificação manual de doenças clássicas e de critérios diagnósticos consensuais (caxumba e varicela em crianças), “[...] imagine-se o sub-registro de problemas de saúde de difícil diagnóstico, como, por exemplo, intoxicações por agrotóxicos e Lesões por Esforços Repetitivos (LER/DORT).”

Verifica-se que a política de saúde do trabalhador convive, entre outras, com a dificuldade de notificação dos agravos à saúde dos trabalhadores e também com a falta de um compromisso mais sério de gestão desta Política.

A partir dos contatos que se fez, enquanto assistente social do CEREST, com o DRS VIII e com o GVS- regional, pode-se afirmar que durante os quatro anos desta atuação foi possível observar certa confusão quanto a responsabilidade pela política de saúde do trabalhador e também pela falta de integração, por exemplo, em alguns momentos o DRS parecia assumir esta Política em outros era o GVS, mas não o fazia de modo integrado. O

depoimento do Interlocutor em Saúde do Trabalhador do DRS mostra bem isso, primeiro expõe que em relação aos agravos à saúde ele não poderia falar a respeito porque a participação dele - na saúde do trabalhador - tinha sido mais como suplente. Após, ele refere que com as mudanças na gestão estadual da saúde, o DRS deverá indicar um IST, porém, diz ele: “[...] a gente recebe um tanto de documentação do CEREST do Estado, mas o Estado não oferece essa função de Interlocutor, cobrando, entendeu? Então, a gente já tem outras áreas como Saúde Mental, DST/AIDS, PSF [...] e fica complicado assumir mais coisa” (IST do DRS VIII).

Além da falta de tradição da Saúde do Trabalhador na saúde pública, fica nítida também a indefinição, por parte do Estado, das metas, compromissos, monitoramento e avaliação dos resultados das respectivas ações. Observe que o IST do DRS explicita que o Estado envia as documentações relativas à saúde do trabalhador, mas evidencia a falta de condições de operacionalizá-la e isso se espalha para a região, a medida que o DRS acompanha as políticas do SUS neste território, como ele mesmo relatou que já existem outras políticas assumidas e, assim, parece que a saúde do trabalhador chega como uma sobrecarga. Mais uma vez, destaca-se a precariedade do quadro funcional da saúde pública. Deve ser dito que sem ter uma pessoa no DRS que assuma, estimule e acompanhe a saúde do trabalhador na região fica, realmente, muito difícil de implantar esta Política, porque já começa com essa falha no topo da estrutura com forte tendência a se estender para os micro-espacos (municípios da região).

Nesta confusão, “de quem é a responsabilidade pelas ações de saúde do trabalhador”²⁴, o Grupo de Vigilância Sanitária – regional – (GVS) que conta no seu quadro de funcionários com um Engenheiro do Trabalho acabou assumindo a saúde do trabalhador na região de Franca. Daí a característica dos IST ser, geralmente, das Vigilâncias Sanitárias. Segue-se a isso a concepção de saúde do trabalhador voltada para os ambientes de trabalho, expressada pelos IST na queixa relativa a ausência de um profissional com conhecimentos específicos, como referido pela IST de Morro Agudo: “*Eu acho que é isso mesmo, falta pessoal nas vigilâncias e pessoal capacitado para fazer saúde do trabalhador. Porque nós tentamos, participamos das reuniões, dos cursos, estudamos, mas não temos a formação e isso atrapalha bastante*”; o IST de Igarapava também fez essa ressalva: “[...] estamos

²⁴ Este questionamento “Saúde do Trabalhador: de quem é essa responsabilidade”? Retrata a indefinição de quem é a responsabilidade por essa área na região de Franca, inclusive foi título da organização de três Seminários realizados pelo CEREST e coordenado pelo Serviço Social, foi também título do Projeto de Tese da autora, o qual foi modificado a partir das importantes considerações feitas no momento da Qualificação, as quais foram acolhidas, mas há, realmente, uma indefinição quanto a responsabilidade pela saúde do trabalhador, (LOURENÇO; BERTANI, 2006a).

querendo iniciar agora a saúde do trabalhador e temos essa dificuldade também, a falta de um Técnico”; Buritizal suscita a insegurança dos fiscais: *“Esses cursos que nós fazemos de uma semana, um mês não capacita para fazer a parte de vigilância em saúde do trabalhador. Nós temos medo autuar e dar algum problema, é preciso ter conhecimento.”* Lembra-se que a fiscalização impõe cobranças como o IST de São Joaquim da Barra afirmou: *“A usina está procurando realizar um organograma de ações em cima das nossas solicitações feitas a partir das irregularidades encontradas. Então ela mandou um organograma de trabalho para sanar essas irregularidades e nós vamos acompanhar”*, daí que os IST ainda têm insegurança como demonstra a IST de Buritizal: *“Então essa parte é problemática. A gente tem medo de prevaricar.”*

Obviamente que se tratando de fiscais sanitários, sem tradição de atuação no campo Saúde do Trabalhador, e com acúmulo de funções a necessidade prevalente é a de conhecimentos técnicos específicos. *“Na realidade é apenas um funcionário para fazer desde a fiscalização, os relatórios, a alimentação do sistema, é muita coisa, então isso prejudica”* (IST de São Joaquim da Barra). Acredita-se que o acúmulo de funções dos fiscais sanitários justifica a inferência dos IST que as Vigilâncias deveriam ter um Técnico em Segurança do Trabalho, como exposto pela IST de Morro Agudo: *“Então nós não temos o conhecimento e a visão de um Técnico de Segurança do Trabalho, se tivesse na nossa equipe, de todo município, certamente, as ações de saúde do trabalhador seriam muito mais efetivas.”*

Mas, talvez, a maior dificuldade não seja a falta de um Técnico de Segurança do Trabalho na Equipe e sim a falta de tempo do interlocutor para as ações de saúde do trabalhador. Acredita-se que esta é uma situação-limite que expõe a saúde do trabalhador como uma tarefa difícil de ser implantada. Os IST já exercem outras funções e as atividades pertinentes a referida Política acabou sendo apenas mais uma atividade. Isso representa sinais que revelam a indiferença e a falta de compromisso político para a efetivação dessa política (LOURENÇO; BERTANI, 2007b). Entretanto, não se está desconsiderando a falta de preparação técnica como um limite real para planejamento e operacionalização da saúde do trabalhador, inclusive este se constituiu em uma forte demanda posta pelos IST, desencadeando a proposta de cursos de extensão em saúde do trabalhador. Mas desde já, pois esse assunto será retomado no próximo capítulo, pode-se dizer que as iniciativas de formação em saúde do trabalhador, não foram autorizadas pela Secretaria Municipal de Saúde de Franca. Registra-se que 20% dos recursos repassados do MS para o município sede do CEREST devem ser prioritariamente investidos em educação permanente em saúde.

Historicamente as ações de vigilância estiveram voltadas para a inspeção sanitária

no ramo da alimentação, controle dos produtos, regulamentação de serviços, alvarás e só a partir da Constituição de 1988 é que há esse direcionamento para a saúde de quem labora. Desse modo, as ações de saúde do trabalhador na região ainda são incipientes e resumem à notificação dos agravos por meio do RAAT, de modo descontínuo e à algumas visitas de inspeção, como já dito. Apenas o IST Patrocínio Paulista mencionou que tem procurado realizar ações educativas, o que não se verificou mesmo nos municípios maiores como Morro Agudo e São Joaquim da Barra. Daí que o quadro resultante é composto de mais de 7 mil acidentes, 23 mortes e inúmeros aleijados e alijados do mercado de trabalho.

5.4 Agravos à saúde do trabalhador em Franca e região

Ocultar as relações sociais de trabalho onde o trabalho se realiza é um dos modos de sustar o conhecimento e esconder a morbidade do trabalho.

RIBEIRO, 2007a, p. 10.

Em decorrência dos objetivos da tese não será aprofundada a discussão acerca dos agravos em si, mas cabe pontuar algumas informações encontradas no estudo minucioso das notificações. No Apêndice C estão expostas as Tabelas e os Gráficos referentes aos dados ora abordados. Os 7116 documentos confirmam a tendência dos homens serem os mais afetados, pois 83% são do sexo masculino contra 17% do sexo feminino, como se pode visualizar no Gráfico I (Apêndice C). Em relação às idades, os mais jovens foram os que mais se acidentaram, pois 40,33% têm de 20 a 30 anos, 28,22% de 31 a 40, 13% de 41 a 50 anos e os mais jovens, de 18 aos 20 anos, em torno de 7,24% ainda é importante frisar as ocorrências com os adolescentes, pois 1,18% afetaram os que têm de 15 aos 17, anos, conforme Gráfico II (Apêndice C).

Quanto ao contrato de trabalho, sobressaiu a relação formal com 4192 registros ou 58,91% do total; 199 (2,80%) aparecem como sem registros; 130 (1,83%) como autônomo. Deve ser dito que 2578 documentos não apresentavam essa informação, daí que 36,23% não são informados, conforme Tabela VII (Apêndice C). Por trás dessa informação 58,91% têm vínculo celetista, observa-se o espectro da terceirização, ou seja, apesar de ter registro em Carteira de Trabalho o trabalhador é registrado por agências de empregos, pessoas físicas ou mesmo jurídicas e nem sempre pela empresa em que ele realmente atua. Por exemplo, observou-se que no caso das usinas sucroalcooleiras, é comum o documento trazer o nome do

empregador, às vezes, do empreiteiro, mas ao analisar o documento, verifica-se que apesar da empresa empregadora ser uma pessoa física ou uma metalúrgica, a descrição do acidente aponta a ocorrência dentro de determinada usina.

Ressalta-se que o tipo de agravo que mais sobressaiu foi o acidente de trabalho considerado “típico” com 80,69%, do total, seguidos de 12,68% de “Trajeto” (aqueles que ocorrem no percurso de casa para o trabalho ou vice-versa) e 6,30% “Doenças Relacionadas ao Trabalho”, como ilustra o Gráfico III (Apêndice C). Apesar de ter sobressaído o acidente “típico” deve ser dito que este também é subnotificado, como destacado pelo IST de São Joaquim da Barra quando fala das estratégias da usina, a qual para evitar o registro do acidente tem enviado o trabalhador para se tratar em Clínica particular em Ribeirão Preto, conforme o relatório do grupo focal anexo a este estudo. Facchini et al (2005, p. 861) explicitam que além das multas e gastos recorrentes às responsabilidades jurídicas, as firmas também evitam o “[...] prejuízo na imagem da empresa com a revelação de problemas de saúde que podem ser graves e são amplamente reconhecidos como evitáveis.” Frisa-se que em outro estudo constatou-se que nas usinas sucroalcooleiras a organização do trabalho está baseada em metas e premiações, sendo a não ocorrência de acidentes um quesito a ser atingido pelas equipes, o que pode levar a subnotificação dos agravos, à medida que o registro implica em perda para os trabalhadores de premiações e pecúnias (LOURENÇO; BERTANI; LACAZ; 2008).

Outro fator a ser considerado é que, de um modo geral, muitos acidentes de baixa gravidade, cujo afastamento de até 15 dias é por conta do empregador, acabam não sendo registrados, embora estes possam oferecer complicações futuras, mas em decorrência do não registro/notificação acabam se distanciando das causas iniciais. Além disso, existe uma multiplicidade de fatores que envolvem o desencadeamento dos agravos e a sua conseqüente subnotificação²⁵.

O INSS divulgou o aumento dos acidentes de trajeto em 31,21% em dois anos na região de Ribeirão Preto. “Enquanto em 2004 foram 1275 acidentes desse tipo, em 2006 o total chegou a 1673, o que significa 4,58 acidentes por dias trabalhados que se acidentaram antes mesmo de chegarem ao trabalho ou após a jornada diária [...]” a reportagem destaca ainda o aumento nas dez maiores cidades, sendo que em sete houve alta desse tipo de acidente

²⁵ Cabe referenciar parte da reportagem “Os Anti-heróis: o Submundo da Cana” que ao entrevistar familiares de cortadores de cana que morreram nos canaviais infere: “Em acidentes registrados – a subnotificação é considerável -, o facão rasgou-lhe a perna e joelho. Dores no ombro direito o afastaram da roça. Penava com dor de cabeça. O empenho no trabalho desencadeava câibras na barriga, nas pernas e nos braços. Sofria de doença de Chagas, mas não o licenciaram. Era funcionário da usina Moreno. Sucumbiu no campo e o levaram para o hospital. Causa da morte: “cardiopatia chagásica descompensada” (OS ANTI-HERÓIS, 2008, p. 5).

“[...] numa lista liderada por Ribeirão [Preto] (687), seguida por Franca” (ACIDENTES, 2008, p. 1). Lembra-se que diante do aumento da informalidade e do trabalho autônomo esse tipo de agressão também pode estar subnotificada. Salienta-se que além dos acidentes de trajeto tem-se observado ocorrências de acidentes de trânsito provocados por caminhões canavieiros nas pacatas cidades desta região, como já demonstrado anteriormente (LOURENÇO; BERTANI; LACAZ; 2008).

Os acidentes de trajeto representam uma nova problemática para a saúde do trabalhador. Observe a complexidade da questão, existe o aumento do uso de automóvel particular, não acompanhado do aumento do transporte coletivo, especialmente daqueles mantido pelas empresas, e de infra-estrutura das vias, além disso, quando se trata de trabalhadores rurais o desleixo com a qualidade do transporte tende a ser grande²⁶. Assim, a Saúde do Trabalhador está dependente da organização de estruturas de ligação interinstitucional, pois não se restringe ao CEREST ou aos IST, antes é uma questão política e deve ser pensada a partir da comunicação entre Equipe do Centro de Referência e Resgate, Delegacias de Polícia, inclusive Rodoviária, Ministério Público, Hospitais etc., numa relação em espiral, deve-se organizar o fluxo de informação, o qual não pode ficar estagnado. Ainda, deve se pensar nas ações entre CEREST, Secretarias de Transporte, Saúde, Meio Ambiente, DRT, Vigilâncias, INSS, entre outras.

Quanto às doenças relacionadas ao trabalho, ainda se verifica baixa notificação, pois dos 7.116 documentos apenas 6% referem-se a estas. Trata-se pensar neste dado, não como um problema que não ocorre. Não se trata de não ocorrência, porque como se viu, os depoimentos apontam para a sua existência. Além disso, são problemáticas comuns enfrentados pelos trabalhadores e também pelos serviços de saúde, porém ainda com parca tradição em notificar. Verifica-se que a ausência de conhecimentos dos direitos por parte dos operários para fazer tal cobrança, o pouco envolvimento dos sindicatos de categorias e a falta de tempo dos IST para as ações de saúde do trabalhador, acabam contribuindo para subnotificação dos agravos relacionados ao trabalho. Frisa-se que o problema existe, mas ainda está na invisibilidade social.

Então é preciso pensar nas estratégias mais amplas, não apenas na assistência e reabilitação. A Psicóloga do CEREST referiu que há substancial sofrimento por parte dos professores e que o Centro de Referência estava organizando atendimentos grupais, antecedido por

²⁶ O Ministério Público do Trabalho em fiscalização nas usinas da região de Ribeirão Preto destacou irregularidades nesse tipo de transporte e afirma “[...] a terceirização do transporte tem sido a responsável pela precarização, que coloca em risco a saúde e a segurança dos bóias-frias. Há duas semanas, uma pessoa morreu e 30 ficaram feridas em quatro acidentes com veículos na região” (BLITZ, 2008b, p. C4).

um Seminário realizado por aquele órgão, mas veja que essa ação: “*A intenção é fazermos grupos para trabalhar essas questões*” (Psicóloga do CEREST) não atinge a causa apontada pela própria profissional: “[...] *observamos que os Professores estão sofrendo de problemas emocionais. Problema de stress emocional porque dão aulas nos três períodos do dia*”.

Fica claro que os adoecimentos contemporâneos relacionam-se a intensidade, organização e relações sociais de trabalho. Diante da baixa remuneração da classe dos professores, acaba sendo “natural” dupla ou tripla jornada de trabalho, além disso, lembra-se que ainda há a questão da extensão dessa atividade para o lar, como preparação das aulas, correção de provas etc. O resultado é o adoecimento, geralmente, emocional de causa difusa e de difícil relação com o trabalho. Daí que talvez o papel do CEREST ganhe proposições mais amplas se envolver essa categoria nas discussões acerca do que tem originado o problema, reforçando o papel do sindicato para garantias de melhorias salariais e de condições de trabalho.

Esses são novos problemas, portanto, exigem novas condutas. Observe que o Sindicalista do Sindicato dos Sapateiros destacou a pressão sofrida pelos trabalhadores da categoria para fazerem o Banco de Horas, o que estaria provocando o desgaste, inclusive mental. Porém o entrevistado aponta para a ausência de dados e que apesar de já ter solicitado ao CEREST não havia obtido resposta, assim, ele questiona se o Centro de Referência teria medo de disponibilizar esses dados ao Sindicato, ficando nítida a ausência de intercâmbio entre aquele serviço e o Sindicato que representa os trabalhadores.

Importante registrar que, como o entrevistado relata, durante um período houve o compromisso do CEREST em publicizar os dados referentes aos agravos, envolver os órgãos de ações co-relatas e buscar ações intersetoriais. Nesse sentido, frisa-se que o Serviço Social desempenhou a articulação necessária para que esses eventos ocorressem, inclusive o entrevistado cita a disponibilização de dados durante o 1º Seminário de Prevenção de Acidentes de Trabalho com Mãos, seguido do 1º curso realizado pela FUNDACENTRO quanto a proteção de máquinas e prevenção de acidentes com mãos. Essas ações de cunho intersetorial foram sendo gradativamente interrompidas com a mudança de administração municipal, como se discute no próximo capítulo.

Historicamente, há uma dificuldade de se registrar as doenças relacionadas ao trabalho, como já discutido. Parece possível afirmar que a notificação de algumas doenças, como é o caso das LER – só foi possível devido ao envolvimento dos trabalhadores.

Evidencia-se que tanto a coletivização das LER dos trabalhadores bancários (RIBEIRO, 1999), quanto dos digitadores (ASSUNÇÃO; ROCHA, 1993) só foi possível por causa do envolvimento dos trabalhadores. No caso dos bancários, Ribeiro (1999) explica que

isso deriva da capacidade de organização da categoria, que estimulou e apoiou estudos acerca da problemática e envolveu os profissionais na questão. Alerta o autor também que se trata de uma categoria de diferenciado grau de escolaridade e estrato social, bem como de história de luta e poder de negociação. Assunção e Rocha (1993, p. 468) também enfatizam o envolvimento dos trabalhadores no reconhecimento do trabalho como causa necessária das LER, inclusive destacam que foi um membro da CIPA de um Centro de Processamento de Dados de um Banco “[...] que a partir de uma abordagem epidemiológica percebeu um grande número de digitadores que apresentavam o braço engessado, passando a questionar a relação das condições de trabalho com o fato.” Daí as autoras citam o papel das Associações dos profissionais na discussão e enfrentamento da questão.

Observe que, como alerta Ribeiro (1999), o reconhecimento da problemática das LER na categoria dos bancários se deu na década de 1980, mas só na década seguinte, foi reconhecida como um problema coletivo. Diferentemente do mundo fabril, onde sobressai a teoria dos riscos físicos, químicos, biológicos e mecânicos como geradoras de doenças; nos serviços, no caso, nos bancos, o ambiente de trabalho é limpo, organizado, com temperatura ambiente fresca, mesmo que artificial. Portanto, o autor defende que a análise das doenças relacionadas ao trabalho deve se atentar mais para as questões que vislumbrem a organização e gestão do trabalho, sujeição hierárquica, inclusive de gênero e as imposições do trabalho dentro e fora do ambiente que para a dimensão dos fatores de riscos como causalidade dos agravos.

Trata-se de compreender a problemática não como resultante dos instrumentos de trabalho e, por vezes, dos recursos tecnológicos, pois “A patogenia não está neles, mas na sua apropriação, incorporação e uso, e também na inerente reorganização do trabalho que o patronato impõe e as gerências e chefias administram [...]” (RIBEIRO, 1999, p. 95). A atual organização do trabalho estipula maiores velocidades nos ritmos de trabalho, cobranças e, ainda os salários associados ao cumprimento de metas implicam em maiores tensões, angústias e estresses. Em resumo, os trabalhadores submersos à lógica capitalista reproduzem nos micros-espacos a lógica global do processo de produção.

A dificuldade de notificar as doenças relacionadas ao trabalho pode ser visualizada no cotidiano dos serviços de saúde, como verificado durante atendimentos da autora deste estudo, enquanto assistente social do CEREST e atualmente no Pronto Socorro Municipal de Franca (PS). Por exemplo, explicita-se um atendimento feito no mês de junho de 2008 à uma trabalhadora que teve crise hipertensiva no trabalho, neste caso, houve dúvidas

dos profissionais do PS quanto a abertura do RAAT²⁷. A história de trabalho, como sapateira e inserida num contexto de exploração vinculada a sujeição hierárquica e baixos salários, pode ter estimulado a crise hipertensiva, mas esses fatores dificilmente são considerados nas análises dos agravos à saúde.

As doenças relacionadas ao trabalho são um dos assuntos relevantes para a saúde do trabalhador, o depoimento do diretor sindical dos bancários e ex-membro do Conselho Gestor do CEREST destacou o problema do Assédio Moral vivenciado pela classe desses trabalhadores, porém não reconhecido pela classe patronal. O entrevistado lamentou, ainda, as dificuldades enfrentadas pelos operários do “imaterial” para ter acesso aos benefícios previdenciários, quando precisam de afastamento médicos.

Parece que os acidentes “tipo” já têm mais tradição na notificação. Observe que 83,71% das ocorrências foram provocadas pelo agente mecânico, quando sobressaem os cortes com “podão” (instrumento usado para o corte de cana), impactos com máquinas, prensas, cortes, esmagamento etc. Na seqüência, tem-se 6% dos agravos provocados por “riscos de acidentes” que engloba as condições de organização e conforto, por exemplo, picadas de insetos e animais (aranhas, marimbondo, escorpião e cobra, chifrada, coice e mordida de vaca e cavalos) queda, por exemplo, “caiu da máquina colhedeira de soja”²⁸ ou “caiu do caminhão, mais ou menos 2m de altura”, choque elétrico, quedas e torções em pisos desconformes etc. Após, aparecem os agravos em decorrência dos fatores ergonômicos, geralmente, expressos nas dores e limitações osteomusculares, representados por 4% do total; Os fatores relacionados como “agentes físicos”, referem-se a irritação ocular ou queimaduras provocadas por solda elétrica ou substância em alta temperatura totalizaram 3,26%. Os agentes biológicos foram responsáveis por 0,72% dos registros e referem-se aqueles acidentes que o trabalhador entrou em contato com fungos e bactérias, então foram considerados aqueles agravos que afetam, especialmente, os trabalhadores da saúde, os denominados “perfuro-cortante”, mas apenas aqueles com risco de contaminação, como a perfuração com agulha contaminada com sangue soro positivo, já que, via de regra, esse tipo de acidente – perfuro-cortante – é classificado como “risco de acidente”, também se considerou como

²⁷ Em resumo essa situação decorre, segundo a trabalhadora, de uma crise de nervos devido a falta de manutenção do acordo entre empregador e trabalhadores. A trabalhadora relata que devido a baixa nos pedidos o empregador em acordo – verbal – com os trabalhadores parou a produção por uma semana e que os cinco dias seriam descontados até o final do ano na proporção de um dia para cada mês. Porém, o acordo foi descumprido e todos os dias haviam sido descontados naquele mês, junho, daí que ela ao receber o pagamento tentou conversar com o Chefe, expondo as dificuldades financeiras, mas em resposta este apenas disse: “não está satisfeita, peça as contas!” Ela diz que se sentiu impotente e que não sabia o que fazer, lembra do nó na garganta e depois não se recorda de mais nada e fala que quando acordou estava no Pronto Socorro, e que o médico lhe disse que ela havia tido uma crise hipertensiva. A trabalhadora ficou três dias afastada do trabalho e foi demitida ao retornar a ativa.

²⁸ Resumo das notificações quanto à explicação da ocorrência.

biológico as picadas de animais peçonhentos que tiveram complicações como caso de picadas de cobra e escorpião, em que há referência que os trabalhadores foram hospitalizados, no mais, acidentes desse tipo, foram classificados como risco de acidente. Os agentes químicos constituem-se de queimaduras provocadas por cimentos, cal, intoxicação, por exemplo, cita-se algumas descrições deste tipo de acidente a partir dos documentos estudados: "Estava descarregando madeira tratada e respingou um produto que contém arsênio no olho"; "Estava aplicando veneno com bomba costal e houve vazamento queimando costas e nádegas"; "Passou mal após contato com veneno na usina"; "Senti mal estar depois de aplicar veneno na soja". Uma observação necessária é que o produto químico é difícil especificar a parte do corpo atingida, uma vez que, geralmente, é expressado por náusea, mal-estar, tontura, vermelhidão e coceira pelo corpo. Este tipo de acidente apareceu em 2,14% das notificações.

Chama-se a atenção para a baixa notificação dos agravos provocados pelo contato e/ou exposição a produtos químicos. No capítulo anterior, deu-se um destaque para a atividade econômica do setor coureiro calçadista, porém o enfoque da discussão foi o setor calçadista, mas registra-se a necessidade de planejar ações mais amplas de estudos e investigações que contemplem também os curtumes. Pois, neste setor há uso intensivo de produtos químicos, inclusive dois trabalhadores foram a óbito em um curtume em Patrocínio Paulista, em 2005. Também, deve-se atentar para o fato de que o processo de trabalho com o couro exige o uso de força física, sendo comum trabalhadores relatarem problemas de coluna e em membros superiores. Além disso, o depoimento do Técnico de Segurança do Trabalho do CEREST destaca que na rua onde ele mora, numa suposta relação de dez casas ao menos três pessoas apresentam mutilação em mãos e dedos. Cabe então perguntar: por que o CEREST ainda não desenvolveu nenhuma ação que contemple este segmento?

Em relação ao tempo de afastamento verifica-se que 30,17% se afastaram de 1 a 5 dias, seguido de 06-10 dias com 17,83% e apenas 7,55% não se afastaram. Observa-se que há uma problemática a ser trabalhada nos serviços de saúde, que é o devido preenchimento dos documentos, pois 9,50% das notificações não traziam essa informação, 3,37% não apresentavam letra legível para a identificação. Registra-se que neste período foram registrados 23 óbitos, 0,32% do total, conforme Tabela IX (Apêndice C).

A subnotificação das mortes no trabalho também é uma problemática a ser enfrentada pelos serviços públicos. Nos últimos anos têm sobressaído as denúncias das mortes relacionadas ao trabalho no corte de cana. Segundo o Ministério do Trabalho, em 2005, 3,1% do total das mortes por acidentes de Trabalho no Brasil ocorreram no setor sucroalcooleiro, incluindo lavoura e indústria (OS ANTI-HERÓIS, 2008, p. 5). Apesar disso, e também de sobressair, neste estudo, a

categoria Trabalhador Rural, como a que mais sofreu agravo à saúde, que congregou o cortador de cana e de este ter sido vítima de mortes no campo, não houve nenhum registro desse tipo de ocorrência, neste estudo. Na realidade, constatou-se apenas dois casos de mortes que se referem ao trabalho em usinas de açúcar e álcool, sendo um por queda e outro em decorrência de uma explosão, na qual o trabalhador teve 90% do corpo queimado, (LOURENÇO, BERTANI, LACAZ, 2008). Isso quer dizer que os serviços de saúde devem estar mais bem preparados e equipados para o diagnóstico dos problemas que se relacionam ao trabalho, sobretudo, às mortes.

Cabe a Equipe do CEREST e aos IST promover a notificação, debates e estudos acerca das mortes no trabalho seja na indústria sucroalcooleira, seja no setor coureiro-calçadista ou outros. Trata-se de realizar pesquisas que desvendem os fatores agressores à saúde e de publicizá-las, envolvendo os trabalhadores, pois acredita-se que é a partir da dimensão social, educativa e política que é possível construir o “bloco” histórico contra-hegemônico capaz de transformar essa realidade.

Quanto a parte do corpo mais atingida pela violência do/no trabalho, destacam-se que 2.639 ou 36,67% das ocorrências afetaram as mãos, como ilustra o Gráfico IV (Apêndice C). Na seqüência aparecem os Membros Superiores (MS) com 1329 ou 18,47%. Os Membros Inferiores totalizaram 1887 ocorrências ou 26,22% do total. O olho se destacou com 441 notificações, 6,13%. A coluna aparece com 383 notificações, 5,32%; Cabeça e pescoço somam 332 casos ou 3,22%; Face e Nariz somam 90 registros, 1,25%; Escoriações e Politraumatismo 79 ou 1,09%; Abdômen e Tórax 58 situações, 0,81%; Pulmão 8 ou 0,11%; Deve ser dito que 26 documentos, 0,36%, não informaram a parte do corpo atingida e 24 ou 0,33% não possibilitaram o entendimento da letra, ou seja, apesar de ter um laudo, não foi possível a respectiva compreensão.

Em relação ao local de ocorrência destes agravos 37% ocorreram na zona urbana e 35% no âmbito rural, mais uma vez, destaca-se a falta de preenchimento adequado dos documentos, pois, 28% não informam a área, como demonstrado pelo Gráfico V (Apêndice C).

Na distribuição dos agravos por municípios, Tabela 8, observa-se que Franca é responsável por 53,29% do total das notificações, seguida por São Joaquim da Barra com 17,03%, após Orlândia com 8% e Morro Agudo com 7%, os quais são os maiores municípios da região. Embora deva ser dito, que o fato dessas serem as maiores cidades desta região, não justifica o destaque para as ocorrências. Esse é um dos pontos, pois São Joaquim da Barra, Orlândia e Morro Agudo têm 105.233 habitantes juntos (IBGE, 2006)²⁹, apesar disso, frisa-se que se acredita que há uma relação muito grande entre a atividade econômica e o número de

²⁹ Ver Tabela I, Apêndice C

agravos à saúde. A característica econômica na região é marcada pela agroindústria canavieira e em Franca pela produção de calçados e artefatos, como demonstrado no capítulo 4. Assim, na discussão dos agravos deve ser considerado o tipo de atividade econômica e não necessariamente apenas o número de habitantes.

Tabela 9 – Agravos em relação às ocupações.

Ocupações todos os municípios	f	%
Açougueiro, Abatedouro	106	1,49
Almoxarife	16	0,22
Borracheiro	45	0,63
Carpinteiro	25	0,35
Coletor de Lixo	129	1,81
Comércio	425	5,97
Construção Civil, Pedreiro, Pintor	262	3,68
Curtumeiro	87	1,22
Doméstica/ Faxina	87	1,22
Eletricista	21	0,30
Escritório	52	0,73
Jardinagem	14	0,20
Limpeza	7	0,10
Marceneiro	27	0,38
Mecânico	238	3,34
Metalúrgico	183	2,57
Motoboy	10	0,14
Motorista,	275	3,86
Movimentador de Mercadoria, Estivador, Saqueiro	111	1,56
Operador de Máquina	335	4,71
Produção	772	10,85
Sapateiro	989	13,90
Serralheiro	22	0,31
Serviços Gerais, Caseiro	934	13,13
Trabalhador Rural	1425	20,03
Trabalhador da Saúde	119	1,67
Tratorista	57	0,80
Vigia Noturno/Segurança	59	0,83
Autônomo	29	0,41
Diversos	68	0,96
Não Informado	187	2,63
TOTAL	7116	100,00

Fonte: Estudo feito pela autora das CAT e dos RAAT referentes aos anos de 2005 e 2006.

Observe-se que as ocupações que mais se destacaram nas notificações, Tabela 9, foram Trabalhador Rural com 20% e Sapateiro com 13% das ocorrências. Na categoria Sapateiro foram consideradas diversas ocupações do setor como blaqueador, chanfrador, coladeira, cortador, fechador de base, fechador de lado, frezador, esfumaçador, lixador,

manchador, moldador, molineiro, pespontador, ponteador, prancheador etc..³⁰ Deve ser dito que pode acontecer de ter sapateiros registrados na função de auxiliar de produção, então esses casos foram englobados na categoria “Produção”. Essa é uma denominação comum ao setor industrial e se destacou em 10,85% do total das notificações.

Já o Trabalhador Rural contempla as funções denominadas de rurícola, safrista, diarista, trabalhador agrícola polivalente, trabalhador da pecuária polivalente, cortador de cana e lavrador e se concentra mais em São Joaquim da Barra e Morro Agudo. Essas são cidades que sediam importantes usinas sucroalcooleiras, como demonstrado no quarto capítulo, e congregam a micro-região Alta Anhangüera, na qual se destaca o cultivo da cana-de-açúcar³¹. Outro detalhe é que as cidades estão muito próximas uma das outras, assim mesmo as cidades, como por exemplo, Orlândia que não conta com nenhuma usina no seu território tem o cultivo da cana. Então esse é um ponto para se pensar a relação trabalho e saúde na região: o impacto do setor calçadista e da agroindústria canavieira na saúde do trabalhador.

Deve ser dito que os trabalhadores do setor canavieiro, especialmente nas funções exercidas na cultura da cana, onde houve a maior parte dos acidentes, estão expostos a vários riscos como físicos (ruído e vibrações, provocados, neste caso, geralmente pelos maquinários automotivos: colheitadeiras, tratores e caminhões; radiações não ionizantes e ionizantes expressas na exposição ao sol, solda elétrica, entre outros), químicos (produtos utilizados no processamento industrial e manuseio de venenos para a eliminação de pragas nas plantações e também como fertilizantes); ergonômicos e psicossociais (posturas inadequadas, excesso de peso e de esforço físico, ritmos de trabalho excessivos, trabalho por produção, jornadas de trabalho ampliadas, em turno, entre outros), mecânicos e de acidentes (arranjo físico inadequado, máquinas e equipamentos sem proteção, animais peçonhentos e outras situações que podem contribuir para os riscos de acidentes), isso considerando as normatizações da Norma Regulamentadora nº. 5³².

Laurell e Noriega (1989) propõem a análise dos elementos nocivos à saúde presentes nos processos de trabalho por meio de “cargas”. Para os autores as “cargas” são classificadas em cinco grupos: físicas, químicas, mecânicas, fisiológicas e psíquicas e interatuam dinamicamente entre si e o corpo do trabalhador, o que, via de regra, provoca o desgaste da saúde biopsíquica de quem trabalha. Mas como o desgaste nem sempre tem uma

³⁰ Para entendimento do processo de trabalho e descrição dessas ocupações ver Navarro (2006) e Lara (2004; 2007).

³¹ Como já destacado em trabalho anterior de Lourenço, Bertani e Lacaz (2008).

³² Classificação dos principais riscos ocupacionais, segundo a NR 5 (ARAUJO, 2005, p. 223).

forma aparente e objetiva e, portanto, de difícil diagnóstico como referente ao trabalho, os autores propõem a utilização dos sintomas inespecíficos, além do perfil patológico, o envelhecimento precoce, morte prematura e a historicidade do trabalho.

Dessa maneira, ao caminhar para finalizar este capítulo e em referência ao desgastes enfrentados pelos trabalhadores, mas nem sempre notificados, chama-se a atenção para as cargas de trabalho presentes no setor calçadista, em especial nas Bancas de Pespontos e Cortes em Calçados.

Observações feitas durante visitas a estes estabelecimentos juntamente com o Sindicato dos Sapateiros verificou-se que os ambientes são improvisados, precários quanto às condições de iluminação, organização e conforto, oferecendo várias possibilidades de agressões à saúde tanto de acidentes quanto adoecimentos (LOURENÇO; BERTANI, 2008). Nesse sentido, destaca-se que as cadeiras e as mesas são totalmente inadequadas, muitas deterioradas, manca, baixas, faltando partes, improvisadas etc.. Assim além da precária infraestrutura do ambiente as condições de trabalho também o são, por exemplo, a cola é passada manualmente por meio de pincel ou revólver, no caso deste último observou-se que esses são instalados de modo inadequado, sendo que em uma das Bancas visitadas já havia ocorrido um curto-circuito causando queimadura de 2ª grau no braço da trabalhadora. Também foi destacado pelos trabalhadores entrevistados durante as visitas feitas às Bancas que a convivência constante com o cheiro da cola e solventes causam alergias respiratórias e, às vezes, dermatite de contato, assim, reclamam de terem adquirido sobrepeso devido ao uso constante de medicamentos antialérgicos.

Outros problemas apontados pelos trabalhadores referem-se as LER, cefaléia, depressão e problemas de coluna. Eles relataram ainda que quando procuram avaliação médica têm orientação para deixarem de trabalhar nas Bancas, mas que não o fazem por não ter outro trabalho (LOURENÇO, 2008). Esses problemas, geralmente, não são notificados.

Deve-se considerar também que além destas condições ainda existe a pressão para produzir, uma vez que o pagamento é feito por peça/produção, o que tem estendido a jornada de trabalho para o período noturno, finais de semana e feriado. Dessa forma, o período de descanso é insuficiente para o repouso e reposição das energias.

Destaca-se também o fato do trabalho nas Bancas ser realizado nas residências dos trabalhadores. Isto pode dificultar a separação entre hora de trabalho e hora de lazer ou de vida doméstica, aliás, a ampliação da jornada de trabalho provocada pelo sistema de pagamento por peça/produção, por si só, já impede o usufruto do tempo livre do trabalhador.

Acredita-se que o trabalho em domicílio contribui ainda mais para ofuscar e limitar o tempo livre.

Soma-se a isto a convivência constante com a aspereza do sistema produtivo, expresso no pó do couro, no cheiro de solventes e cola, no barulho das máquinas, na concentração exigida, na monotonia e repetitividade das tarefas, das cobranças impostas e ampliação da jornada de trabalho pode criar condições difusas para a agressão e desgaste da saúde, misturando-se aos fatores domésticos e inviabilizando o reconhecimento do trabalho como causa necessária. Também há de se considerar que a afetividade inerente ao ambiente familiar corre o risco de ser substituída pelo ritmo e demanda de produção e trabalho. São questões nem sempre mensuráveis, mas que influenciam sobremaneira na qualidade das relações socioafetivas, de trabalho e de saúde.

Ao transferir a produção para as Bancas, as firmas têm transferido também a responsabilidade social e trabalhista com os sujeitos envolvidos nesses processos de trabalho para o “banqueiro”, o qual sem recursos não consegue garantir os direitos trabalhistas nem para si e nem para os seus trabalhadores. Na Banca, predomina as relações familiares e de vizinhança, o que implica na baixa cobrança dos registros em Carteira de Trabalho e na oficialização das relações contratuais, mantendo esses trabalhadores na invisibilidade, como já foi destacado por Lara (2004). Portanto, rompe-se com o confronto entre capital e trabalho e mantém essas relações longe das negociações coletivas.

Trata-se, então, de enfatizar a historicidade do trabalho nos agravos à saúde, muitas vezes ignorados, haja vista a baixa notificação das doenças relacionadas ao trabalho.

Por isso é importante entender que a doença é orgânica, porém a sua origem é social e não meramente “natural” ou “objetiva”. Ou seja, as doenças e adoecimentos estão intimamente inter-relacionados a organização e desenvolvimento de cada sociedade. O social é o determinante. O processo de saúde e doença reflete a organização da sociedade e a sua interface nos micro-espacos fábricas, famílias e instituições. Facchini (1993b, p.179) ao discutir a heterogeneidade da população, objeto de estudo do modelo de determinação social da doença, explica que cada grupo populacional ocupa uma posição frente aos meios de produção e se define pela “[...] classe social a que pertencem e pela forma como cada classe participa da apropriação e transformação da natureza, por meio de determinada forma de organização social.” Dessa maneira, é primordial compreender o mundo do trabalho, a organização e gestão da força de trabalho para compreender o processo dos agravos à saúde.

Observe o caso das Bancas, o qual passa a impressão que o trabalhador teria mais autonomia no trabalho e no gerenciamento do tempo, mas que na realidade não é isso que se

verifica, uma vez que os trabalhadores relatam que quando há serviço o fazem até altas horas e, inclusive nos finais de semana e feriados. Tudo isso são fatores de estresse que podem adoecer, mas que geralmente não aparecem nas estatísticas.

Ter isso claro é de fundamental importância, pois os dados ora discriminados referem-se a uma pequena ponta do *iceberg*. Para entendê-los na sua totalidade é preciso pensar na dinâmica da produção, nos processos e organização do trabalho, daí que a Equipe do CEREST não pode se esquivar de realizar, propor, estimular estudos aprofundados acerca dos agravos na relação com determinadas categorias, visitar os ambientes de trabalho, conversar com trabalhadores, enfim, fazer as atividades extramuros e, sobretudo, intersetoriais (dimensão social, educativa e política), caso contrário, a saúde do trabalhador reproduzirá o viés da MT/SO, com foco principal nas condições ambientais e de risco distante das possibilidades de mudanças.

Por fim, frisa-se que é necessário conectar os problemas individuais com os de maior amplitude como aqueles específicos a determinados grupos ou à própria classe e a partir daí desencadear as ações sociais, políticas e educativas capazes de instrumentalizar a consciência social para possíveis mudanças.

Acredita-se que os assistentes sociais, que têm a sua intervenção teórico-prática voltada para a totalidade social, devem somar aos esforços dos demais profissionais que congregam a equipe e também dos usuários. O trabalho de Equipe articulado aos trabalhadores e demais serviços constitui-se em importante protagonista no confronto e rompimento daquelas práticas conservadoras e tradicionais, ainda insistentes no campo Saúde do Trabalhador. É assim, que se acredita que o Serviço Social pode contribuir para a efetivação da política de saúde do trabalhador, consubstanciando a sua ação com as da equipe e envolvendo os trabalhadores nesse processo.

Nunca é demais reforçar a necessária socialização dos estudos realizados pela equipe ou outros pertinentes a área, além é claro de propor, estimular e participar dos estudos pertinentes.

CAPÍTULO 6

O TRABALHO DE EQUIPE DO CEREST

A Saúde do Trabalhador é, por natureza, um campo interdisciplinar e multiprofissional. As análises dos processos de trabalho, pela sua complexidade, tornam a interdisciplinaridade uma exigência intrínseca que necessita “ao mesmo tempo, preservar a autonomia e a profundidade da pesquisa em cada área envolvida e de articular os fragmentos de conhecimento, ultrapassando e ampliando a compreensão pluridimensional dos objetos.

MINAYO apud MINAYO-GÓMEZ; THEDIM-COSTA, 1997.

Várias pessoas contribuíram para a formação do Centro de Referência, inclusive algumas foram transferidas, como é o caso do Serviço Social, que articulava os Sindicatos, o Conselho Gestor, os eventos e a criação do RAAT. Nós trabalhamos juntos em algumas coisas, como, por exemplo, na 1ª Conferência de Saúde do Trabalhador, que deve ser lembrada porque foi um processo muito importante. Nós fizemos as pré-conferências nos bairros e todo mundo ajudou, mas o Serviço Social que organizava, mobilizava as pessoas para participar. Acho que o Médico do Trabalho, no início, para criar o Ambulatório de Saúde do Trabalhador e também para formar o CEREST ele teve um papel essencial, mas agora parece que está mais preocupado com as empresas particulares. (Biro, Ex-sindicalista e ex-Presidente do Conselho Gestor do CEREST).

Até um tempo atrás a gente tinha maior contato com o CEREST, nessa época a gente via que os profissionais tinham vontade de trabalhar, mas eu não sei o que impedia de avançar mais, acho que estavam presos em algum poder que não deixa a coisa andar. Eles podem desenvolver o trabalho de forma adequada, mas não é isso que a gente vê. (Diretor II - Sindicato dos Sapateiros - e ex- conselheiro do Conselho Gestor do CEREST de Franca).

Acho que o Centro de Referência tem que caminhar com as próprias pernas, não pode ficar vinculado ao governo municipal. Outros CEREST são mais atuantes, por exemplo, o de Campinas foi para a porta do INSS fazer mobilização e orientação aos trabalhadores sobre doença relacionada ao trabalho... Se o CEREST mostra o que realmente acontece com o trabalhador, o que ele está mostrando? Indiretamente, que as empresas estão explorando o trabalhador a ponto de deixá-lo doente. O Centro de Referência tem esse papel, não só ficar dentro de uma esfera burocrática. Hoje, nós não sabemos o que o CEREST de Franca faz... então ele precisa andar com suas próprias pernas e realmente fazer seu papel que eu penso que é de prevenção, fazer parcerias com o Ministério Público e dar um jeito de frear isso, porque daqui a pouco a gente vai ter uma cidade de doentes. Olha, um dia desses, teve um advogado da Justiça do Trabalho que afirmou que 99% das aposentadorias do setor calçadista em Franca é por invalidez, quer dizer, o trabalhador não se aposenta por tempo de serviço e sim por invalidez. Mas precisamos saber se isso é verídico, e o CEREST poderia contribuir muito com esses estudos, fazer uma grande pesquisa, usar o dinheiro para pesquisa, formação dos profissionais da saúde, do Conselho Gestor e fazer uma política de fora para dentro e não só uma política de dentro para dentro, como vem sendo feita. (Diretor I - Sindicato dos Sapateiros - e conselheiro do Conselho Gestor do CEREST de Franca).

A princípio eu pensava que o Centro de Referência seria para tratar o doente, mas depois vi que ele deve buscar as causas desses adoecimentos nas várias profissões... Não sei como está agora, mas até onde eu participei o CEREST não estava dando conta dessa finalidade, ou não estava dando importância a isso. Acho que o fato de existir uma Equipe que pensa na saúde do trabalhador é positivo, mas é uma Equipe que teria que ter mais profissionais para investir na busca da causa dos problemas e não apenas na assistência. (Diretor Sindical III - Sindicato dos Trabalhadores Bancários – e membro do Conselho Gestor do CEREST).

O que eu acho que falta em Franca é uma integração entre município e Estado. A despeito da boa vontade que a gente percebe nas pessoas que trabalham com saúde do trabalhador, existe ainda uma burocracia muito difícil de se atravessar, que eu espero que resolva, mais cedo ou mais tarde, tem que haver uma consonância entre Estado e município, Nós não somos os que sabem mais nem menos, mas queremos trabalhar em conjunto e isso é demorado.... (Engenheiro GVS - Regional).

O Coordenador do CEREST atende os trabalhadores, eu acho que ele não tem que ficar atendendo ninguém. Penso que o CEREST precisa estudar e se interar e ir para as Unidades Básicas disseminar a saúde do trabalhador. Eu enxergo isso, o trabalho voltado à assistência ainda acaba tomando muito tempo dos funcionários do CEREST. (Diretor de Vigilância em Saúde em Franca).

Olha, é difícil falar do serviço e das diretrizes, porque não estamos tendo mais as reuniões de equipe. Essas reuniões eram importantíssimas para resolver os problemas e também para estudar alguns casos. Se você não tem um coordenador para estar junto com você é difícil falar em diretriz. [Não tem Coordenador?] Tem, mas a gente não encontra com ele, o horário que ele chega aqui não tem mais funcionários. Se você for ver ele teria que trabalhar das 15 às 19 horas, porque a carga horária dele é quatro horas diárias, porém ele não faz isso, ele vem aqui atende e vai embora. Ele tem cinco ou seis empregos, isso aqui é só mais um emprego para ele. (Auxiliar de Enfermagem do Trabalho do CEREST).

Quando nós começamos era para trabalhar mais com grupos (grupos de sala de espera, grupos LER/DORT, grupos específicos de sofrimentos de vários trabalhadores enfim um grupo que tivesse sofrimento parecido). Então é interdisciplinar, que seria a psicóloga, assistente social e a fisioterapeuta, mas nós não conseguimos estabelecer metas de trabalho.... Eu sinto que eu poderia estar saindo do Centro... É lá fora que nós vamos aprender mais e a contribuir. Precisamos ouvir as pessoas, ir ao local... Se a gente tivesse essa condição de poder fazer vigilância, visitas e orientações, nosso trabalho seria muito mais rico... (Psicóloga do CEREST).

No papel consta que tem uma Enfermeira do Trabalho e uma Auxiliar de Enfermagem do Trabalho. A Enfermeira não existe e a Auxiliar atua como recepcionista, então é complicado. Não existe um profissional mais importante que o outro, independente se é médico ou assistente social, o que tem que ter é envolvimento e compromisso com o serviço. (Fisioterapeuta do CEREST).

Reuniões não estão tendo mais. Eu acho que toda equipe precisa ter um líder, um empenho em determinada diretriz, precisa se dedicar, conversar, trocar idéias, estar entrosada. Então, hoje tem essa deficiência, cada um está no seu canto fazendo o seu trabalho e não está havendo integração da equipe e isso tem que partir, a meu ver, do coordenador da equipe. (Médico do Trabalho do CEREST).

A Equipe mínima descrita pelo governo federal é equivocada, ela deveria ser mais específica. Esse é um grande erro... Alguns profissionais nem são da área, não tem conhecimento da área... Acho que uma equipe mínima a ser contratada deveria ter formação na área... E não sou eu o responsável pela resolutividade desse problema, que realmente é um problema, mas eu entendo que tem que ter profissionais que tenham na sua formação técnica a matéria... O Engenheiro do Trabalho eu acho que é importantíssimo ter em todo Centro de Referência, médico já tem, então outros profissionais devem ser aqueles que como esses que já tenham na sua formação técnica a qualificação específica... (Fiscal Sanitário da Vigilância Sanitária de Franca e Técnico de Segurança do Trabalho do CEREST).

A partir dos depoimentos é possível ir vislumbrando o papel do CEREST no imaginário dos seus trabalhadores e também dos representantes do Conselho Gestor do referido órgão, dos gestores (o Diretor do GVS – Regional e o Diretor de Vigilância em Saúde de Franca). Como eixos fundamentais para a discussão destacam-se: o caráter

interdisciplinar(?) da Equipe e as ações intersetoriais, educação em Saúde, de vigilância em saúde e com a região, mediados pela trajetória de implantação do CEREST.

6.1 A gestão do CEREST em Franca: o caráter interdisciplinar(?) da Equipe

Eu vejo a política de saúde do trabalhador como uma colcha de retalhos, mas eu sinto que os retalhos ainda não estão emendados.
Psicóloga do CEREST.

Os depoimentos indicam algumas das dificuldades presentes no cotidiano do CEREST- Franca, com destaque para a composição e papel da equipe técnica. Este é um ponto fundamental para a desenvoltura do trabalho do Centro de Referência, pois este depende do seu corpo de funcionários para planejar e desenvolver as ações. Assim, constata-se que os técnicos, muitas vezes, não têm autonomia e acabam sendo reprodutores de um modelo de atendimento, nem sempre condizente com a demanda dos trabalhadores, ou ainda, com as diretrizes da RENAST.

Numa analogia com a colcha de retalhos, como se refere a Psicóloga, é possível dizer que a separação dos retalhos pode ser vista pelo distanciamento entre propostas da RENAST e o que realmente se faz em âmbito local.

A constituição da Equipe e as suas ações configuram-se em importantes elementos para a compreensão mais ampla desta colcha.

Importa frisar que houve um período de formação, no qual alguns profissionais foram sendo convidados a fazer parte do CEREST- Franca, mas, atualmente, a impressão que se tem é que houve uma regressão quantitativa e qualitativa da equipe. Em termos numéricos houve a sua diminuição, quando ocorreram transferências de alguns técnicos para outros serviços da Prefeitura, sem a devida reposição. O ex-sindicalista e ex-presidente do Conselho Gestor do CEREST faz referência a transferência do Serviço Social do quadro daquele serviço para outro, mas deve ser dito que, atualmente, além desta transferência, a Psicóloga e a Fonoaudióloga também foram redimensionadas para outros serviços. Desse modo, a Fisioterapeuta solicitou a sua exoneração do CEREST, sendo devidamente atendida. As vagas referentes a esses profissionais (redimensionados) ainda não foram preenchidas e talvez nem venham a ser, caso prevaleça a visão do Fiscal Sanitário e Técnico em Segurança do Trabalho do Centro de Referência, o qual considera um equívoco a equipe ter em seu quadro profissionais que não tenham “[...] formação específica para ser multiplicador de fiscalização de vigilância e das ações de saúde do trabalhador [...]”. Então, qualitativamente, acabou

estabelecendo uma perda à medida que os profissionais considerados aptos para desenvolverem a saúde do trabalhador são aqueles já conhecidos tradicionalmente pela MT/SO.

Dessa maneira, se no percurso do CEREST, iniciado em maio de 2004, a Equipe do CEREST – regional Franca, vai gradualmente se formando, atualmente [maio de 2008], passa a ocorrer o movimento inverso verificado na sua visível diminuição, pois de nove profissionais o Centro de Referência passa a contar com apenas cinco, como se pode observar nos Quadros 2 e 3.

CEREST Regional Franca	Especialidade	Distribuição dos Recursos Humanos
01	Assistente Social	30 hs. semanais.
01	Auxiliar de Enfermagem do Trabalho	30 hs. semanais. Atua como Recepcionista.
01	Engenheiro do Trabalho	30 hs. semanais.
01	Fonoaudióloga	12 hs. semanais
01	Fisioterapeuta	40 hs. semanais.
02	Médicos do Trabalho	1 médico com carga horária reduzida, o qual atua 3 vezes por semana no CEREST; O outro tem carga horária de 20 hs. semanal e responde como Coordenador do Serviço.
01	Psicóloga	30 hs. semanais.
01	Técnico de Segurança do Trabalho	Não cumpre horário no CEREST.
09 Técnicos		

Quadro 2 – Constituição da Equipe do CEREST – Regional Franca até maio de 2008.

Fonte: Quadro elaborado pela autora a partir dos depoimentos e observação empírica.

CEREST Regional Franca	Especialidade	Distribuição dos Recursos Humanos
01	Auxiliar de Enfermagem do Trabalho	30 hs. semanais. Atua como Recepcionista.
01	Engenheiro do Trabalho	30 hs. semanais.
02	Médicos do Trabalho	1 médico com carga horária reduzida, o qual atua 3 vezes por semana no CEREST; O outro tem carga horária de 20 hs. semanal e responde como Coordenador do Serviço.
01	Técnico de Segurança do Trabalho	Não cumpre horário no CEREST.
05 Técnicos		

Quadro 3 – Constituição da equipe do CEREST – Regional Franca de Maio a Julho de 2008.

Fonte: Quadro elaborado pela autora a partir dos depoimentos e observação empírica.

Acredita-se que, mesmo sendo o processo de implantação o objeto de análise deste estudo, é importante não omitir o momento atual, até porque este é o desfecho do

processo de implantação do CEREST. Assim, optou-se por destacar a composição da equipe técnica até maio de 2008 e indicar algumas mudanças ocorridas após essa data, conforme retratam os Quadros 2 e 3, para explicitar a trajetória deste serviço e os rumos atuais. Inicia-se, desde então, com o destaque para essa precariedade do CEREST: diminuta Equipe e formada a partir daqueles profissionais comuns a MT e SO.

Das falas emergem as dificuldades enfrentadas pelo Centro de Referência, com forte relação com a sua gestão. A falta de autonomia do serviço, de gerenciamento, a redução da Equipe e, sobretudo, a ausência de um Plano de Ação¹ construído e pactuado regionalmente, como já discutido no capítulo 4, se constituem sérios limites do processo de implantação do CEREST. Na realidade, formalmente existe um Plano, mas não há o envolvimento da Equipe ou dos demais órgãos na sua construção e tampouco com a sua pactuação de compromissos de âmbito regional, bem como acompanhamento e avaliação das diretrizes e metas. Isso, talvez se deva, em parte, como indicado pelos depoimentos, à redução da Equipe do CEREST, à sua dependência a política municipal, à falta de um coordenador mais efetivo no serviço e a estagnação do Conselho Gestor.

Observe-se que uma proposta de ação renovada em saúde – Saúde do Trabalhador – acaba se esbarrando na formação da Equipe, a qual, ao contrário, do que pensa o Técnico de Segurança do Trabalho do CEREST, não deve se restringir aos profissionais que tradicionalmente compuseram a MT/SO, como é o caso da atual composição da Equipe do Centro de Referência. Esse tipo de pensamento contribui para manter limitadas as ações relativas ao aprofundamento dos estudos de prevenção e promoção da saúde, que privilegie a “busca das causas”, de cunho intersetorial e de educação em saúde.

Lembra-se que as novas configurações do desenvolvimento do capitalismo expõem os trabalhadores a novos e velhos problemas de saúde e exige que o CEREST se operacionalize por meio de uma Equipe com diversificação nas suas disciplinas e, sobretudo, coesão nas suas atribuições. É claro que esse quadro de trabalhadores deve ser devidamente qualificado, mas isso não quer dizer que estes profissionais tenham, necessariamente, que ter na sua formação específica à “*matéria*” que o Técnico de Segurança do Trabalho afirma, mas não deixa muito claro. Acredita-se que as ações devem seguir uma sistematização, priorizando responder as necessidades postas por esse campo quais sejam: interdisciplinaridade, intersetorialidade, incluindo não apenas os órgãos de ações co-relatas de governo, mas, sobretudo, as Universidades e Sindicatos das categorias de trabalhadores, enfim

¹ Conforme dispõe a Portaria nº. 2437/GM (BRASIL, 2005d).

que possa contemplar a dimensão social, política e educativa da saúde do trabalhador, conforme já discutido. Para tanto é necessário uma Equipe interdisciplinar para além dos campos da engenharia e medicina. Por exemplo, o Serviço Social tem muito a contribuir, pois este tem como objeto de sua prática as múltiplas expressões da questão social, sendo que a categoria trabalho² é assumida na sua historicidade como “[...] eixo central do processo de reprodução da vida social, sendo tratado como práxis, o que implica o desenvolvimento da sociabilidade, da consciência, da universalidade e da capacidade de criar valores, escolhas e novas necessidades, e, como tal, desenvolver a liberdade” (ABESS, 1997, p. 64). Desse modo, trata-se de reconhecer que os assistentes sociais e também outros profissionais podem não ter a formação técnica embasada nos riscos físicos, químicos, mecânicos e biológicos, mas têm o trabalho como categoria ontológica na sua formação.

Assim, embora a Saúde do Trabalhador tenha um caráter eminentemente interdisciplinar, como sublinhado na epígrafe que inicia este capítulo, a prática revela uma enorme contradição entre o matiz que consubstancia o novo campo de conhecimento e o que realmente se faz. Somam-se a esses limites aqueles relacionados a redução do papel do Estado, que reverbera em cortes de gastos com políticas públicas e que, portanto, em redução do quadro de funcionários.

Deve ser dito que a restrição a poucas disciplinas para pensar e atuar em uma realidade regional de mais de seiscentos mil habitantes, como descrito anteriormente, é um dos sinalizadores para o descompasso da efetivação da Política. Identifica-se, ainda, a convivência com problemas internos que tendem a restringir o desenvolvimento de ações mais amplas. Por isso, o Diretor Sindical II destacou que parece que os profissionais estão “[...] presos em algum poder que não deixa a coisa andar.” Na realidade, essa Política, apesar do seu caráter regional, acaba seguindo as proposições da administração municipal que a sedia, inclusive deve-se lembrar que os funcionários do CEREST, são funcionários da Prefeitura Municipal de Franca.

Além disso, as atribuições internas estão voltadas para a assistência e mesmo este tipo de atendimento acaba ficando debilitado, uma vez que diante da falta de funcionários há o acúmulo de tarefas ou desvio de função, conforme ilustrou a Fisioterapeuta do CEREST:

² No núcleo de “Fundamentos do Trabalho Profissional” é destacado que as múltiplas expressões da Questão Social constituem-se o objeto do processo de trabalho dos assistentes sociais. “Tal perspectiva permite recolocar as dimensões constitutivas do fazer profissional articuladas aos elementos fundamentais de todo e qualquer processo de trabalho: o *objeto* ou *matéria prima* sobre a qual incide a ação transformadora; os *meios de trabalho* – instrumentos, técnicas e recursos materiais e intelectuais que propiciam uma potenciação da ação humana sobre o objeto; e a *atividade do sujeito* direcionada por uma finalidade, ou seja, o próprio trabalho [...]” (ABESS, 1997, p. 66, destaque do autor).

“No papel consta que tem uma Enfermeira do Trabalho, uma Auxiliar de Enfermagem do Trabalho, a Enfermeira não existe e a Auxiliar atua como recepcionista³, então é complicado [...]”.

O Engenheiro do Trabalho, como se verá adiante, se diz gerente do serviço e em decorrência disso não faz inspeções. Os médicos do trabalho têm pouca disponibilidade de tempo para a atenção à saúde, sendo que um atua em tempo parcial, três vezes por semana e, o outro, Coordenador do CEREST, desenvolve as suas funções no final da tarde, oficialmente das 15 às 17 horas, o que já contraria a carga horária efetiva da categoria de médicos da Prefeitura, a qual é de quatro horas diárias, como referido pela Auxiliar de Enfermagem do Trabalho do CEREST (que atua como recepcionista).

Frisa-se que, que como já afirmado na Introdução desta pesquisa, tentou-se entrevistar o Coordenador do CEREST, dessa forma, procedeu-se a espera pelo profissional, sendo, algumas vezes, com o horário devidamente agendado para as 15 horas, horário do início de seu trabalho. Porém, verificou-se, durante essa espera, que o horário real se iniciava por volta das 16 horas e se encerrava às 17 horas. Na realidade, constata-se⁴ que o horário dos médicos do trabalho do CEREST são muito flexíveis, para não dizer reduzidos, assim o outro profissional dessa área, que atua três vezes na semana, também acaba desenvolvendo as suas atividades em pouco mais de uma hora diária. O horário deste foi estabelecido para iniciar às 10 horas, mas ele acabava por chegar no Centro de Referência sempre próximo às 12 horas, e como as ações, tanto deste médico quanto do que é o coordenador, estavam limitadas a assistência, assim, os trabalhadores a serem atendidos tinham que aguardar “pacientemente” a sua chegada. Além desses, ainda há também o questionamento por parte da Equipe, conforme descrito adiante, dos horários do Técnico de Segurança do Trabalho do CEREST que é também fiscal sanitário da Vigilância Sanitária, mas não conta com horário fixo no órgão regional.

Desse modo, soma-se a redução quantitativa e qualitativa dos recursos humanos do Centro de Referência a falta de envolvimento da Equipe que a começar pelo tempo de trabalho – tempo de dedicação à saúde do trabalhador – fundamental para a interlocução real com a problemática trabalho e saúde e desenvolvimento de ações mais amplas, encontra-se

³ Em depoimento a Auxiliar de Enfermagem do Trabalho disse que: “A minha função é até difícil de falar, porque estou mais na recepção, embora eu tente exercer as funções de auxiliar de enfermagem. No entanto, sou escriturária, telefonista, digitadora e ainda dou apoio ao pessoal da UAC que é um serviço que funciona aqui junto e a recepção é no mesmo balcão. É difícil explicar para o público que são dois serviços diferentes, porque até hoje o CEREST não teve um setor separado”. (Auxiliar de Enfermagem do Trabalho do CEREST).

⁴ Observações feitas, enquanto assistente social do CEREST no período de abril de 2004 a maio de 2008.

extremamente reduzido. Deve ser dito que além das dificuldades próprias da coordenação de qualquer serviço estas ganham novas proporções quando não se encontra com os funcionários. Questiona-se como administrar os problemas se não há um encontro do coordenador com a Equipe, como apontado?

Ao observar as normatizações da RENAST para a composição da Equipe mínima do CEREST, conforme disposto no Quadro 4, é possível dizer que em Franca estas normatizações estão sendo contrariadas, conforme já demonstrado nos Quadros 2 e 3.

Modalidade	Equipe Mínima	Recursos Humanos Mínimos
CEREST REGIONAL	10	- 4 profissionais de nível médio*, sendo ao menos 2 auxiliares de enfermagem. - 6 profissionais de nível universitário**, sendo ao menos 2 médicos (20 horas semanais) e 1 enfermeiro (40 horas semanais).
CEREST ESTADUAL	15	- 5 profissionais de nível médio*, sendo ao menos 2 auxiliares de enfermagem. - 10 profissionais de nível superior**, sendo ao menos 2 médicos (20 horas) e 1 enfermeiro (40 horas).

Quadro 5 – Recursos Humanos mínimos para a composição da Equipe do CEREST.

Fonte: ANEXO VI - Composição das Equipes dos CEREST (BRASIL, 2005d).

Por profissional de nível médio a referida Portaria especifica: auxiliar de enfermagem, técnico de higiene e segurança do trabalho, auxiliar administrativo, arquivistas, entre outros. Em relação aos de nível superior, destaca a necessidade de ter experiência comprovada de, no mínimo, dois anos, em serviços de Saúde do Trabalhador e/ou com especialização em Saúde Pública, ou especialização em Saúde do Trabalhador: médicos generalistas, médicos do trabalho, médicos especialistas, odontologistas, engenheiros, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, fonoaudiólogos, fisioterapeutas, sociólogos, ecólogos, biólogos, terapeutas ocupacionais, advogados, relações públicas, educadores, comunicadores, entre outros.

É interessante observar que a consolidação das Equipes dos CEREST se fazem a partir da indicação de, ao menos, 2 profissionais médicos, 1 Enfermeira e 1 auxiliar de Enfermagem do trabalho, conforme a Portaria nº. 2437/GM (BRASIL, 2005d), criada com o objetivo de fortalecer a RENAST, a qual mantém a mesma indicação que a Portaria nº. 1679/GM, 19/09/2002 (BRASIL, 2005c) previa. Daí que cabe questionar se tal exigência não funciona como estímulo às ações de assistência à saúde ou de manutenção dos modelos de MT e SO?

Trata-se de uma contradição: os CEREST são pólos irradiadores de uma nova cultura de saúde e trabalho, mas a sua estrutura de operacionalização mantém-se no viés

tradicional.

Lacaz (1996) problematiza quem seria os intelectuais que manteriam uma relação orgânica com o discurso da Saúde do Trabalhador. O autor destaca que o discurso orgânico é também uma prática que opera dando coerência, homogeneidade e consciência a um determinado grupo social. Assim, os “intelectuais” representam interesses, geralmente, hegemônicos na sociedade. Não se trata de afirmar que as categoriais profissionais de destaque para a operacionalização do CEREST sejam aquelas que representam a aliança com o capital, mas de inferir que a profunda renovação das ações de saúde do trabalhador não se faz apenas a partir das ciências biológicas e de engenharia. A ruptura com a tradicional atenção aos agravos à saúde necessita de operar com a vertente de ruptura no cotidiano dos serviços ainda presos às ações assistenciais.

A formação e desenvolvimento da Saúde do Trabalhador no SUS têm como principal desafio a atenção à saúde. Ou seja, tem que ser capaz, de descentralizar as ações de saúde do trabalhador em nível local e regional; ser referência para as investigações de maior complexidade; realizar vigilância em saúde do trabalhador; realizar intercâmbios com instituições que promovam o aprimoramento dos técnicos dos CEREST, para que estes se tornem agentes multiplicadores e contribuam para a formação permanente dos trabalhadores do SUS em saúde do trabalhador, interagindo com os Pólos de Educação Permanente em Saúde; facilitar e fomentar as ações intersetoriais, entre elas o desenvolvimento de estágios e pesquisas relacionadas a área, promover a organização e a estruturação da assistência de média e alta complexidade, no âmbito local e regional, para dar atenção aos acidentes de trabalho e aos agravos contidos na Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho, que constam na Portaria nº. 1339/GM, de 18 de novembro de 1999 (BRASIL, 1999) e aos agravos de notificação compulsória citados na Portaria GM nº. 777, de 28 de abril de 2004 (BRASIL, 2004); prover subsídios para o fortalecimento do controle social na região e nos municípios do seu território de abrangência; estimular, prover subsídios e participar da pactuação da Rede de Serviços Sentinela em Saúde do Trabalhador na região de sua abrangência; subsidiar a pactuação da inclusão de ações em Saúde do Trabalhador na Programação Pactuada Integrada (PPI) da vigilância, em sua área de abrangência; estabelecer os fluxos de referência e contra-referência com encaminhamentos para níveis de complexidade diferenciada; desenvolver práticas de aplicação e de treinamento regional para a utilização dos Protocolos em Saúde do Trabalhador, visando à consolidação dos CEREST como referências de diagnóstico e de estabelecimento da relação entre o quadro clínico e o trabalho; fornecer subsídios para a pactuação das ações em Saúde do Trabalhador nas agendas municipais de saúde em sua área

de cobertura, assim como na PPI, em conjunto com o setor de planejamento, controle e avaliação; prover suporte técnico especializado para a rede de serviços do SUS efetuar o registro, a notificação e os relatórios sobre os casos atendidos e o encaminhamento dessas informações aos órgãos competentes, visando às ações de vigilância e proteção à saúde; prover suporte técnico às ações de vigilância, de média e alta complexidade, de intervenções em ambientes de trabalho, de forma integrada às equipes e aos serviços de vigilância municipal e/ou estadual; prover retaguarda técnica aos serviços de vigilância epidemiológica para processamento e análise de indicadores de agravos à saúde relacionados com o trabalho em sua área de abrangência; desenvolver ações de promoção à Saúde do Trabalhador, incluindo ações integradas com outros setores e instituições, tais como Ministério do Trabalho, da Previdência Social e Ministério Público, entre outros; participar, no âmbito do seu território de abrangência, do treinamento e da capacitação de profissionais relacionados com o desenvolvimento de ações no campo da Saúde do Trabalhador, em todos os níveis de atenção, anexo IV da Portaria n.º. 2437/GM (BRASIL, 2005d).

A Portaria n.º. 2437/GM, 07/12/2005 (BRASIL, 2005d) desenrola uma intensa multiplicidade de fatores e condicionantes que implicam na Atenção à Saúde, cujos desdobramentos devem incidir para a organização da assistência na rede SUS, para o desenvolvimento de estudos e pesquisas acerca “de que adoecem e morrem os trabalhadores?”, para a inclusão da Saúde do Trabalhador na rotina da rede, com destaque para as vigilâncias sanitária e epidemiológicas, para a democratização das relações entre trabalho e saúde e interação com os trabalhadores, concebidos como sujeitos partícipes do processo. Desse modo, o papel da Equipe ganha relevância no desenvolvimento da Saúde do Trabalhador. Embora não basta a boa vontade dos profissionais para a efetividade da proposta, como já dito, a ST é uma questão política e econômica. Contudo, é relevante a interação da Equipe, o diálogo, a troca e a transdisciplinaridade entre os distintos discursos subjacentes e as diferentes áreas do conhecimento para a superação dos limites. Daí a importância de não limitar a constituição da Equipe entre as áreas biológicas e de engenharia.

Na realidade, trata-se de uma complexidade de ação que como se vê, não se restringe a assistência ao trabalhador vítima de agravo à saúde. Dessa maneira, a amplitude ensejada pela Política e também objetivada nos depoimentos é que seja preservado o princípio da prevenção, promoção, interdisciplinaridade e intersetorialidade. Para tanto é destacada

também a importância dos estudos relativos aos agravos relacionados ao trabalho⁵.

Nesse sentido, o Diretor Sindical I dos sapateiros destaca uma informação extra-oficial de que em Franca 99% das aposentadorias dos sapateiros são por invalidez e não por tempo de serviço, ou seja, existe algo errado neste setor. Por causa disso ele menciona que o CEREST poderia contribuir com estudos e formação dos profissionais da saúde, do Conselho Gestor e fazer o que o entrevistado chama de “[...] *uma política de fora para dentro e não uma política de dentro só para dentro, como vem sendo feita [...]*”. Além disso, anteriormente, o Engenheiro do GVS já havia apontado o uso de tachinhas a base chumbo no processo de confecção de calçados, até meados na década de 1980, sem ter nenhum dado, até o momento, acerca do efeito deste para a saúde destes trabalhadores. Dessa maneira, destaca-se a radicalidade central da ST: a necessidade de ações amplas, interdisciplinares, intersetoriais e de participação dos trabalhadores. Para que isso seja possível é necessário que se tenha uma Equipe e que enseje realmente o trabalho de “equipe”, o que está associado a realização de atividades consensuadas e compartilhadas entre os vários integrantes, como referido pela Fisioterapeuta do CEREST: “*Não existe um profissional mais importante que o outro, independente se é médico ou assistente social o que tem que ter é envolvimento e compromisso com o serviço.*”

Dessa forma, para atingir as proposições da saúde do trabalhador, não bastam só as ações de equipe de dentro do CEREST, mas é preciso interagir com outros órgãos e fazer “*a política de fora para dentro*”. A Psicóloga do CEREST também aponta essa necessidade “[...] *Eu sinto que eu poderia estar atuando de uma forma mais próxima a realidade do trabalhador, saindo do Centro, porque nós ficamos só aqui dentro [...]*”. O Diretor de Vigilância em Saúde, do qual o CEREST é subordinado, destacou que o papel da respectiva equipe é “[...] *estudar, se interar e ir às Unidades Básicas disseminar a saúde do trabalhador. Eu enxergo isso, o trabalho voltado à assistência ainda acaba tomando muito tempo dos funcionários do CEREST*” (Diretor de Vigilância em Saúde em Franca). Pode soar um tanto estranho, a profissional inferir dificuldades para realizar um trabalho extra-muro e o Diretor de Vigilância, superior hierárquico do CEREST, expressar o mesmo sentimento. O que estaria atuando para impedir essas ações?

⁵ A Lei Orgânica da Saúde no seu artigo 6º inciso II reza que entre as atribuições da saúde do trabalhador no SUS está: “[...] II - a participação em estudos, pesquisas, avaliação e controle dos riscos e agravos potenciais à saúde existentes no processo de trabalho [...]” (DIAS, 2001, p. 18). A Instrução Normativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS destaca que: “[...] o entendimento de que a intervenção, no âmbito da vigilância em saúde do trabalhador, é o deflagrador de um processo contínuo, ao longo do tempo, em que a pesquisa é sua parte indissolúvel, subsidiando e aprimorando a própria intervenção” (Portaria nº. 3120, 01/07/1998) (BRASIL, 2005a, p. 99, grifo nosso).

As exigências de ações intersetoriais não dependem apenas da boa vontade da Equipe do CEREST, mas dependem de relação intergovernamental, sob a prevalência da regulação pública, imprescindível para o avanço da saúde do trabalhador. É importante observar também que não é uma questão só do município, mas do Estado como já indicado, anteriormente, pelo IST quando mencionou que o DRS estava sem IST. O Interlocutor mencionou ainda que este órgão recebe toda documentação do Estado relativa à Política, mas que não a desenvolve, em decorrência do excesso de serviço, e, segundo ele, não há cobrança do gestor estadual. Isso indica que apesar do Estado repassar a documentação, na prática não há um monitoramento do governo estadual acerca da saúde do trabalhador nos municípios do DRS VIII. Outra questão é a falta de interação entre município e Estado, destacada pelo Engenheiro do GVS. Por isso que as exigências para implantação e efetivação da política de saúde do trabalhador ficam a cargo da gestão municipal, como já afirmado reiteradas vezes neste estudo, o CEREST acaba ficando a mercê da política municipal, ocultando o caráter regional.

Na impossibilidade de discorrer sobre todas as ações desenvolvidas pelo CEREST – Regional – Franca optou-se por destacar a trajetória do processo de implantação do CEREST, com ênfase para alguns aspectos de gestão que se mostrem transversais a outros elementos como trabalho em equipe, interdisciplinaridade, intersetorialidade, vigilância em saúde e controle social, especificamente nos períodos: Implantação do CEREST abril de 2004 a outubro de 2006 e, após, outubro de 2006 até a presente data. Para facilitar a compreensão da trajetória do CEREST serão expostos os principais acontecimentos, registrados no livro ata de reuniões de equipe, ano a ano.

6.2 Trajetória da implantação do CEREST- Franca: abril de 2004 a outubro de 2006

[...] Pesquisar e conhecer a realidade é conhecer o próprio objeto de trabalho, junto ao qual se pretende induzir ou impulsionar um processo de mudanças [...]

IAMAMOTO, 2005, p.62

Neste momento, toma-se como objeto de estudo mais intenso, além dos depoimentos e observação participante, a leitura atenta dos relatórios de reunião da Equipe do CEREST. Deve ser dito que a Equipe do CEREST – Franca teve uma sistemática de reuniões semanal e, às vezes, quinzenal em 2004 e 2005, para discutir, planejar e operacionalizar as ações. Essas reuniões passam a ocorrer uma vez ao mês, salvo exceções, em 2006, já em 2007

foram registradas apenas seis reuniões e em 2008 até maio, apenas uma. Essa ação consta no livro ata de reunião de equipe, disponibilizado pelo Coordenador do CEREST para este estudo.

6.2.1 Ano de 2004

Ao analisar esses relatórios, observa-se que a Equipe do CEREST foi constituída a partir do quadro de funcionários da Prefeitura. No período de maio a dezembro de 2004, o grupo se constituía de: 1 assistente social, 1 auxiliar de enfermagem do trabalho, 1 fisioterapeuta, 2 fonoaudiólogas, 1 médico do trabalho, 1 psicóloga e 1 técnico em segurança do trabalho. Deve ser dito que os profissionais já desenvolviam atividades em outros serviços e foram convidados a assumir o CEREST, daí que, neste início, o Centro de Referência contou com duas fonoaudiólogas, uma vez que havia impossibilidade das profissionais assumirem apenas o CEREST, assim cada uma fazia 12 horas, divididas em dois dias da semana. Em relação ao Técnico de Segurança do Trabalho, esse era responsável pela área (saúde e segurança) na Prefeitura e passou a atuar em horário parcial no CEREST. A Fisioterapeuta também desenvolvia outros Programas como Oxigênio Domiciliar, exames de espirometria, fisioterapia, entre outros, portanto, intercalava estas às ações do Centro de Referência. A Auxiliar de Enfermagem do Trabalho, desde o início, realizava ações de recepcionista, como já afirmado, assim no órgão regional acabou mesclando as funções de auxiliar de enfermagem a esta. Em agosto de 2004, há o registro da contratação de uma Enfermeira do Trabalho para o CEREST.

Nestes termos, deve ser frisado que a Equipe, ao ser constituída, não passou por um processo de formação do que seria a nova atuação, mas como o Médico do Trabalho e a Auxiliar de Enfermagem do Trabalho, já tinham a experiência profissional no Antigo Ambulatório de Saúde do Trabalhador, acabaram por reproduzir no CEREST o que já vinha sendo feito pelo Ambulatório, como sublinhado no terceiro capítulo. Frisa-se que o médico do trabalho do antigo Ambulatório assumiu o cargo, neste período, de Coordenador do CEREST.

Os relatórios das reuniões de Equipe do Centro de Referência denotam certa inquietude dos profissionais quanto aos rumos do serviço. Verifica-se que até dezembro de 2004, há maior destaque para as questões relativas a infra-estrutura do serviço, como salas inadequadas, falta de uma recepção, necessidade de ter um carro, linha telefônica etc.. Observa-se também que os profissionais participavam dos Encontros e cursos propostos pela RENAST, no nível do Estado. Além disso, registra-se o início das ações com a região,

especificamente os contatos com o DRS (nessa época ainda denominada Direção Regional de Saúde – DIR XIII), para a indicação de um representante de cada município para o desenvolvimento da saúde do trabalhador na região, esses representantes, Interlocutores em Saúde do Trabalhador (IST), naquele momento, denominados de Articuladores em Saúde do Trabalhador. A partir do contato com os IST a Equipe do CEREST buscou estender a política de saúde do trabalhador à região.

A educação em saúde, a partir do entendimento do conceito de saúde mais amplo, voltado para a população em geral e não apenas àqueles que inspiram cuidados⁶, de certa forma, esteve presente nas ações do CEREST, pois em 13 de agosto de 2004 foi realizado o 1º Seminário intitulado “Saúde do trabalhador: de quem é essa responsabilidade?”, no período da manhã, no auditório da FACEF (Faculdade de Ciências Econômicas de Franca) e na programação contou com importantes palestrantes: o Coordenador da RENAST estadual e a Médica do Trabalho do CEREST de Piracicaba. Deve ser dito também que o Serviço Social do CEREST Franca explanou sobre as ações locais em andamento. Neste evento foi iniciado o processo de implantação do RAAT. Registra-se que este Seminário contou com 200 participantes, tendo sido dispensado a presença de outros interessados em decorrência do local não comportar, com conforto e segurança, mais pessoas.

Em relação à intersetorialidade, há o registro de Encontros com o INSS, Equipe do CEREST e IST para entrosamento e discussão, em especial, acerca das ações do INSS frente a questão trabalho e saúde, ocorridos em 22 de setembro e 28 de outubro de 2004.

As demandas postas pelos trabalhadores, especialmente o vulnerável acesso aos medicamentos, procedimentos de baixa e moderada complexidade, exames complementares, consultas especializadas etc. também se constituíram em assuntos de discussão da Equipe. Sendo relevante a discussão acerca do exame de eletroneuromiografia, geralmente utilizado para os diagnósticos de LER. Este assunto foi pauta da reunião da Equipe do dia 20/10/04, e há o registro da participação do Secretário Municipal de Saúde, o qual explicitou as dificuldades de conseguir realizar tal exame via serviço público, especificamente em decorrência dos valores pagos pelo SUS que são inferiores aos valores cobrados pelas clínicas particulares, em geral muito acima daquele. No mais, nesta reunião, foram consensuadas a compra de materiais como computadores e equipamentos relativos, câmeras fotográficas e filmadora, armários, mesas etc..

As discussões relativas a construção do Plano de Ação, são registrada a partir de

⁶ Ver Bertani; Sarreta; Lourenço, 2008.

outubro de 2004. Nestas, percebe-se a preocupação da Equipe em mudar o caráter assistencial do CEREST para o de prevenção e promoção da saúde do trabalhador.

Observa-se também que a Equipe do CEREST – Franca buscou conhecer outras experiências, assim cita-se o registro da visita em 2004 ao órgão de Piracicaba e Rio Claro, e, posteriormente, uma das fonoaudiólogas, ainda naquele ano, visitou o Centro de Referência de Botucatu. As ações desses Centros foram discutidas pela Equipe em algumas das reuniões daquele ano, 2004.

O controle social também foi objeto de discussão, assim existem vários registros que destacam os contatos com os sindicatos dos trabalhadores e empregadores, instituições de ensino, delegacia regional do trabalho, previdência social etc. para a constituição do Conselho Gestor do Centro de Referência. Foram realizadas palestras a respeito do CEREST e o controle social, pelo médico do trabalho e pela assistente social do Centro de Referência, aos representantes de Instituições convidadas para participar do referido Conselho. A posse do Conselho Gestor ocorreu no dia 18/11 de 2004, na Casa dos Conselhos. Este Conselho foi formado a partir de representantes dos seguintes órgãos: Universidade: a princípio foi representada pela UNESP e UNI-FACEF, após pela UNIFRAN; Sindicatos de empresas: SINDIFRANCA e Sindicato da Agricultura; Sindicato dos Trabalhadores dos segmentos: Sapateiros, Curtumeiros, Bancários, Trabalhadores da Saúde e Servidores Públicos, representantes de órgãos de ações correlatas: INSS, DRT, Divisão de Vigilância em Saúde do Município, DRS, GVS, CREA e CEREST. Observa-se que este Conselho refere-se ao município de Franca e que apesar de ter ocorrido a incursão para formar o Conselho Gestor regional, isso já em 2005, este não foi autorizado pelo gestor municipal (LOURENÇO, BERTANI, 2007c). Também deve ser frisado que há registros de participação da Equipe nas reuniões do Conselho Municipal de Saúde e de participação dos representantes do Conselho Gestor em eventos da RENAST, em fins de 2004, juntamente com a Equipe do CEREST.

Entre os principais assuntos discutidos pela a Equipe, destaca-se ainda a implantação do RAAT, já a partir de setembro de 2004, inclusive há registros da organização da Equipe para a realização de visitas nas UBS e PSF. Houve a criação do Programa de Informática específico para a digitação dos RAAT, sendo que naquele mês, setembro de 2004, há o registro da contratação de um estagiário para iniciar tal digitação. Também há registros da criação do fluxograma do atendimento ao trabalhador vítima de agravos à saúde na rede SUS

Na dinâmica das reuniões fica transparente a insatisfação da Equipe em relação a infra-estrutura do local de funcionamento do CEREST, sendo apontado a ausência de sala

para reuniões, recepção confusa a medida que o serviço funcionava junto com o Ambulatório de Saúde Mental, salas insuficientes, desconforto térmico etc. Neste período, a Secretaria de Saúde, autorizou a equipe a procurar imóveis de fácil acesso aos trabalhadores e de melhor infra-estrutura, havendo menção, nos relatórios, de visitas feitas pela própria equipe a alguns imóveis e apresentação de sugestões à Secretaria. Contudo, não houve mudança de endereço, ao contrário, houve a adequação de um corredor onde o CEREST funcionava, que reformado, se transformou na Unidade de Fisioterapia em Ortopedia do CEREST, sendo inaugurado no dia 13 de agosto de 2004 e contou com a presença do então Secretário de Saúde e Prefeito Municipal de Franca, amarrando o caráter assistencial do CEREST.

Outras questões discutidas pela Equipe referem-se às dificuldades de operacionalização do Programa de Informática para a digitação dos RAAT e CAT, bem como a ausência de um digitador, uma vez que o estagiário contratado não permaneceu e não foi realizada nova contratação. Além disso, há o registro das discussões acerca de problemas interpessoais e de cumprimento de horários da Equipe.

Ao finalizar o ano de 2004, foi realizada uma reunião de avaliação das ações do CEREST, a qual deu relevo para as ações com a região; a formação da Equipe, sendo registrada a necessidade de cursos específicos; as ações de educação em saúde como a realização do 1º Seminário de Saúde do Trabalhador; as dificuldades da Equipe em ter conhecimento sobre os ambientes e processos de trabalho, já que não tinham “poder de polícia” para fins de fiscalização; a implantação do RAAT; a necessária contratação de um digitador para a alimentação do sistema; a questão da infra-estrutura do local onde o CEREST estava funcionando, sendo reafirmada a necessidade de mudança e a necessidade da formação em saúde do trabalhador.

Em dezembro de 2004, foi adquirido o carro para o CEREST e discutido a possibilidade dos técnicos do CEREST terem “poder de polícia” para fins de fiscalização nos ambientes de trabalho com o Secretário de Saúde e com o responsável pela Vigilância Sanitária. Foi discutido também um modelo de um Decreto para que a Equipe do CEREST tivesse “poder de polícia”, o qual não foi autorizado pela Secretaria de Saúde e esta definição ficou para a nova gestão, a qual assumiria em janeiro de 2005.

6.2.2 Ano de 2005

Observa-se que aos poucos, os seminários, os encontros, os cursos e outros eventos promovidos pela RENAST, estadual e nacional, e também aqueles organizados pelo

CEREST Franca possibilitaram a aproximação da Equipe com o campo Saúde do Trabalhador. Contudo, a efetivação da saúde do trabalhador como política pública está depende, entre outros, da vontade política, a qual pode ser determinada pela correlação de forças. Deve ser dito que em 2005, com a troca de administração em Franca e em muitos municípios da região, há uma descontinuidade do trabalho que vinha sendo feito.

A falta de feição ou talvez a falta de conhecimento dos novos administradores representa uma situação-limite no que tange a efetividade da saúde do trabalhador no SUS. Pois, em janeiro de 2005, quando a Equipe do CEREST questionava o enfoque da assistência à saúde como a sua principal demanda, teve-se que re-iniciar a empreitada para manter o Centro de Referência em Franca, pois, novamente, houve questionamentos se tal Política era importante para o município.

A Equipe do CEREST desenvolve importante atuação no ano de 2005, fica nítido o envolvimento da Equipe para garantir o espaço na agenda municipal. Mas registra-se o enfrentamento de muitas dificuldades. Em janeiro do ano em questão, houve uma redução da Equipe, pois a Enfermeira do Trabalho teve o seu contrato interrompido no final da gestão anterior e não foi contratado outro profissional. O Técnico de Segurança do Trabalho, que estava com acúmulo de funções, optou por ficar apenas na Prefeitura, deixando vago aquele cargo. Há indicações também de problemas de entrosamento com os novos representantes do governo, inclusive na reunião do dia 02/02/2005, o Coordenador do CEREST refere a indignação por ter solicitado à Secretaria de Saúde a relação dos gastos da verba do CEREST para repassar ao Conselho Gestor e que o “[...] responsável pelo planejamento disse que não tem a obrigação de dar essa satisfação”, desse modo, o pedido foi protocolado oficialmente.

Neste período houve a aproximação do Diretor de Vigilância em Saúde com o CEREST, que assume a coordenação daquele serviço que havia sido colocado à disposição pelo Médico do Trabalho. Embora este ficasse na Vigilância Sanitária e fosse responsável por outros cinco serviços: vigilâncias: sanitária, ambiental e epidemiológica, Serviço de Verificação de Óbitos (SVO) e canil municipal.

Deve ser dito que foi autorizado que o Serviço Social verificasse orçamentos de cursos de preparação técnica para as ações de vigilância em saúde do trabalhador, com vistas a atender uma demanda posta pela Equipe e também pelos IST. Entre as propostas, registra-se a possibilidade de realização de um curso com o Professor Luis Carlos Fadel de Vasconcelos da Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, RJ. Este curso chegou a ser agendado para abril de 2005, mas foi desmarcado, a pedido do responsável pelo CEREST. Outra tentativa de formação em saúde do trabalhador para a Equipe do CEREST e para os IST

e, que apesar de agendada foi desmarcada, refere-se a solicitação ao Centro de Vigilância Sanitária (CVS) de São Paulo, especificamente na área de saúde do trabalhador, de um curso de vigilância em saúde do trabalhador, feita pelo Serviço Social do CEREST, esse chegou a ser marcado para os 29 e 30 de junho de 2005, o qual foi desmarcado por não ter sido oficializado via Secretário de Saúde Municipal ou via gestor regional.

Frente à redução da Equipe foi disponibilizado uma Enfermeira do Trabalho, a qual desenvolvia as suas atividades no Núcleo de Gestão Assistencial (NGA)⁷ e passou a colaborar também com o CEREST, em tempo parcial.

Em decorrência do dia internacional de apoio às vítimas de Acidentes de Trabalho, no dia vinte e oito de abril, a Equipe do CEREST organizou e realizou o 2º Seminário “Saúde do Trabalhador: de quem é essa responsabilidade?”. Este evento tratou-se de uma ação local, com o objetivo de envolver os trabalhadores da rede SUS de Franca e região. Por isso que os palestrantes foram o Diretor de Vigilância em Saúde, responsável pelo CEREST, o qual explanou sobre o enfoque epidemiológico que aquele serviço deveria adotar e o Serviço Social que apresentou os dados dos RAAT compilados até aquele momento pela Equipe do CEREST. Importante dizer que o RAAT, em 2005, estava parcialmente implantado em Franca, uma vez que apenas o Centro de Referência o fazia, assim, os dados eram na sua maioria da região. Neste período, onze municípios haviam implantado o RAAT (LOURENÇO; BERTANI, 2006a).

Quanto à demanda para as ações de vigilância em saúde do trabalhador. O Diretor de Vigilância em Saúde solicita que o médico do Trabalho faça um “filtro” das denúncias mais graves e encaminhe à vigilância sanitária, ficando nítida a segregação dessa ação.

Observa-se que o Programa de Informática, para a digitação dos registros dos agravos à saúde, criado em 2004, apresenta inúmeras dificuldades de operacionalização, havendo registro desse fato nas várias reuniões. Do mesmo modo, a ausência de uma pessoa específica para realizar a digitação é um forte limite para a efetivação das ações de prevenção e também de planejamento das demais.

No decorrer de 2005, o Conselho Gestor também passa a enfrentar problemas quanto ao local de reuniões, já que a Casa dos Conselhos, local que agregava os Conselhos, deixa de existir. O Conselho Gestor do CEREST começa a se reunir, alternadamente, nas sedes dos sindicatos. Algumas reuniões ocorreram no CEREST, mas houve problemas em abrir e fechar o serviço (problemas relativos a chave do local e responsáveis), pois as reuniões

⁷ Ambulatório de especialidades.

aconteciam à noite. Lembrando que o CEREST funcionava junto com a Saúde Mental.

Importante ação da Equipe em 2005 refere-se a 1ª Conferência Municipal de Saúde do Trabalhador (1ª CMST), ocorrida nos dias 26 e 27 de agosto de 2005, na UNESP-Franca. Esta Conferência contou com apoio e envolvimento do Conselho Municipal de Saúde e Conselho Gestor no seu processo organizativo. A 1ª CMST foi antecedida por sete Pré-Conferências assim distribuídas nas regiões: Norte: Escola CAIC, em 29/07, e Salão da Paróquia São Vicente de Paula, em 01/08; Sul: Salão da Paróquia Santana, em 03/08; Leste: Escola César Augusto, no dia 04/08; Oeste: Centro Comunitário São Sebastião, em 02/08 e Centro: Secretaria de Governo, 05/08. Ao todo foram eleitos 17 delegados, a proporção era que a cada 10 participantes elegeria 1 delegado e para cada delegado titular haveria 1 suplente. O objetivo das pré-conferências foi envolver os trabalhadores, daí a realização nos bairros, bem como disseminar a perspectiva do controle social na saúde e eleger delegados para a 1ª CMST.

A organização da Conferência enfrentou alguns limites, por exemplo, a falta de verba, conforme registra o relatório de reunião da Equipe do CEREST, do dia 31/05/2005, houve uma orientação por parte da Prefeitura Municipal que não haveria verba para a realização do evento e que os organizadores deveriam procurar patrocinadores para o custeio. Isso, quando já estava tudo encaminhado, mas deve-se dizer que, contraditoriamente, o CEREST estava com dinheiro em caixa. Mas, diante da postura incisiva da administração municipal acabou-se optando por manter a realização da Conferência e para tanto foi formada uma comissão de patrocínio, constituída pela assistente social e fonoaudiólogas, tendo como maiores patrocinadores as empresas de aparelhos auditivos.

Outro limite, conforme reunião do dia 28/06/2005 é a recusa dos profissionais da DRT e do INSS, posto-local em participar da Conferência tanto na comissão organizadora quanto nas mesas temáticas, restando pouco tempo para a comissão conseguir outras pessoas para assumirem o papel de palestrantes durante a Conferência.

Registra-se também que não houve consenso em realizar as Conferências municipal e a regional juntas, ponto injustificável para o Presidente do Conselho Municipal de Saúde, membro da comissão organizadora da 1ª CMST que defendeu a importância de haver integração, questionando: “[...] como sairão documentos diferentes de uma mesma região?” (Ata de reunião do dia 02/07/2005). Entretanto, este foi vencido e as Conferências, regional e municipal, ocorreram em dias e locais separados, o que denota a falta de integração entre município e Estado, como já destacado. A Conferência Municipal foi realizada em 26 e 27/08/ na UNESP e a regional em 02/09/05, na Faculdade de Ciências Econômicas de Franca

(FACEF).

Para a realização da 1ª CMST houve importante participação do Sindicato dos Sapateiros, inclusive na divulgação, sendo noticiada no Jornal daquele órgão e entregue nas portas das fábricas. Também foi divulgada nas emissoras de rádio, conforme contato dos membros da comissão organizadora, além desses foi noticiado ainda no jornalzinho do servidor municipal. Registra-se que no dia 26/08 participaram 169 pessoas. No dia 27/08 (sábado), no período da manhã, participaram 104 e a tarde 77 pessoas, conforme as listas de presenças.

Na reunião do dia 30/08/2005, houve uma avaliação pela Equipe do CEREST da 1ª CMST, sendo destacado como pontos positivos o envolvimento com o Conselho Municipal de Saúde e Conselho Gestor, Secretaria de Governo e comunidade e a participação em geral. Os pontos negativos referem-se a falta de envolvimento da mídia, tempo para a realização da CMST, experiência dos profissionais na organização de eventos, falta de recursos financeiros e não adesão da DRT e INSS, local.

Em decorrência da realização da 1ª CMST, as reuniões da Equipe foram polarizadas por este evento. Deve ser dito que as dificuldades, quanto a inadequação do local, as deficiências no quadro da Equipe, inclusive a ausência de um digitador para alimentar o sistema de informação do Centro de Referência, entre outros problemas, permaneceram como parte do cotidiano do órgão regional, embora não sejam destaque das discussões. Assim, a partir de agosto daquele ano os problemas ressurgem, sendo que na ata do dia 09/08, há o registro que uma das fonoaudiólogas, Maísa Roque Rumaquella, pede exoneração do CEREST, contabilizando mais uma perda para o grupo.

Quanto às ações de formação em saúde do trabalhador da Equipe, há o registro da divulgação de um curso de Atualização em Medicina do Trabalho oferecido pela Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, sendo que a assistente social e a psicóloga se interessaram em participar. Mas, não houve maiores incentivos para os participantes, conforme a ata da reunião do dia 16/08, o curso foi realizado em São Paulo, sendo custeado apenas o valor das passagens de ônibus, ficando as demais despesas por conta do interessado, assim apenas a assistente social fez o curso. A questão das ações de formação em saúde do trabalhador é uma demanda também da região, enfatizada pelo Engenheiro do Trabalho do GVS em reunião do dia 06/09.

A implantação do RAAT, apesar de ter sido iniciada no ano anterior, observa-se que ainda não estava sendo preenchida nos serviços de saúde em Franca, paradoxalmente 11 municípios da região já estavam enviando os RAAT ao CEREST (LOURENÇO; BERTANI,

2006a). Dessa forma, o Serviço Social retoma as visitas às UBS, PSF e PS, inclusive na reunião do dia 31/10 há o registro de que 10 unidades já tinham sido visitadas com vistas a apresentar o RAAT e discutir a importância do seu preenchimento. Nessa reunião ainda foram apontadas as dificuldades encontradas nas visitas. No PS houve muitas resistências devido ao entendimento que se estava gerando “*mais um serviço*” sem aumentar o quadro de funcionários, inclusive no dia da visita, acabou ocorrendo uma reunião, da qual participaram duas enfermeiras, diretor clínico e assistente social do PS e o Serviço Social do CEREST, não havendo acordo para a notificação dos agravos à saúde naquele serviço, e que, inclusive, os materiais deixados em visitas do ano anterior estavam intactos. A justificativa era que no PS a demanda era muito grande e que havia falta de funcionários “*sendo impossível assumir mais um serviço*”. Assim, foi agendada uma reunião entre os responsáveis pelo PS e pelo CEREST. Em relação às visitas as UBS e aos PSF houve a solicitação dos gerentes de um documento por escrito do Secretário Municipal de Saúde, na forma de circular determinando o preenchimento dos RAAT. Outro requerimento é que fossem realizados cursos de aperfeiçoamento em saúde do trabalhador para os funcionários da rede SUS. Em relação à necessidade de se ter um documento oficial para o preenchimento do RAAT, este foi viabilizado, alguns meses após o pedido.

Quanto ao local de funcionamento do CEREST, na reunião do dia 31/11 é exposto que este órgão deverá mudar para a sede da Secretaria Municipal de Saúde, especificamente para as dependências da antiga farmácia, a qual seria reformada e adequada para tal serviço. Neste encontro, alguns profissionais que já conheciam o local se põem contrários a tal mudança. Na reunião do dia 08/12 todos da Equipe são contra a referida mudança de endereço do CEREST, apontando, a partir de visitas ao novo local, que este era menor que o atual.

Os rumos do trabalho com a região permanecem sendo realizados por meios de reuniões mensais e de realização de eventos (cursos, encontros, palestras), com destaque para o encontro do dia 04/11/2005, no qual se realizou importante discussão acerca de intoxicação por agrotóxicos. Nas respectivas ações houve tentativas de envolver o INSS local, mas diante da resposta negativa justificada pela falta de funcionários para ações extras, a instituição do respectivo órgão em Franca não esteve presente. Por isso buscou-se no posto de Ribeirão Preto a possibilidade de realizar um curso acerca da Saúde do Trabalhador e o INSS. Assim, foi organizado um mini-curso dividido em dois módulos, sendo o primeiro realizado em 18/11 com enfoque para os benefícios previdenciários e acidentes de trabalho, e o segundo realizado em 02/12, cujo enfoque privilegiou o Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO), Programa de Prevenção de Riscos Ambientais (PPRA), afastamentos e altas do

INSS. Cada módulo teve a duração de oito horas.

No final de 2005, a necessidade de capacitação da equipe foi destacada como uma prioridade a ser buscada. Na reunião de 13/12, há insatisfação da Equipe em decorrência do CEREST-Franca não ter podido participar do II Encontro da RENAST, em São Paulo, apesar de a equipe ter solicitado ao responsável do órgão (Diretor de Vigilância), esta não teria tido resposta quanto a autorização, custeio e liberação de alguém daquele serviço para participar do evento.

Na reunião, do dia 13 de dezembro, a Equipe destacou também a necessidade de ter um coordenador que atue diretamente no CEREST e pontuou, mais uma vez, a carência de alguns profissionais na equipe, por exemplo, a enfermeira do trabalho. Deve ser dito, que a enfermeira do NGA que estava colaborando, em tempo parcial com o CEREST, acabou optando por ficar apenas em um serviço, no caso, no NGA. Frisa-se que o acúmulo de funções torna-se um forte impedimento para as ações de educação e prevenção em saúde.

Observa-se que no relatório do dia 16/12, o Diretor de Vigilância em Saúde esteve presente na reunião de equipe e explicou que a não participação de representantes do CEREST no evento da RENAST, referido na reunião do dia 13/12 se deveu as dificuldades de gastos pela Prefeitura. Na ata dessa reunião, há também importante indicação de mudança de diretriz do Centro de Referência para o exercício de 2006. O Diretor de Vigilância em Saúde expõe que o órgão irá encerrar o atendimento aos trabalhadores a partir do dia 01/01/2006, com vistas a transformar o CEREST em um Observatório. A Equipe argumenta que compreende a necessidade de tal mudança, porém devido a falta de resolutividade da rede e de entendimento de saúde do trabalhador, talvez devesse haver um tempo de transição e preparação para tal mudança, mas a decisão foi incisiva.

No dia 20/12 houve uma reunião com representantes do Conselho Gestor, da Vigilância regional e da Divisão de Vigilância em Saúde de Franca, sendo definido que para evitar que os trabalhadores enfrentassem maiores dificuldades frente a interrupção dos atendimentos feitos pelo CEREST, o Relatório de Atendimento de Acidentes de Trabalho preenchido pelos serviços de saúde teria um carimbo com validade de “*atestado médico*” e se precisasse da CAT o trabalhador retornaria ao médico que preencheu o RAAT.

6.2.3 Ano de 2006

Em janeiro de 2006, o Centro de Referência já não está mais realizando assistência. A ata do dia 25/01, há o registro da construção do novo fluxograma para deixar

definido “*qual o caminho a ser percorrido pelo trabalhador que sofre algum agravo*”. Entretanto, em decorrência das dificuldades do Pronto Socorro definiu-se que cabe ao CEREST atender aqueles casos que não são solucionados no primeiro atendimento no PS, devido a característica de urgência e emergência daquele serviço.

Em 2006, ocorreram muitas mudanças. A interrupção da assistência médica feita pelo CEREST, a qual era necessária, mas praticada sem nenhum planejamento prévio e efetivo com a rede SUS, assim acabou por não vingar. Houve também a troca de Coordenador do órgão regional, pois o então Diretor de Vigilância se tornou Secretário Municipal de Saúde e levou um tempo para que o novo Diretor de Vigilância em Saúde assumisse o CEREST.

Na configuração deste quadro, o CEREST mantém o cronograma de ações educativas, sendo realizado em 22/02/2006 o 1ª Seminário de “Erradicação do Trabalho Infantil e a Proteção do Trabalho do Adolescente: uma proposta de ação intersetorial”. Neste, buscou-se o envolvimento da DRT, mas em decorrência da ausência de profissionais especializados no assunto no órgão de Franca, houve a participação de Dra. Marília de Oliveira Silva do Núcleo de Programas Especiais da DRT de São Paulo. Participaram ainda como palestrantes o Promotor da Infância e Juventude da Comarca de Franca e o Serviço Social do CEREST, este último apresentou os dados de acidentes de trabalho com adolescentes ocorridos no ano de 2005. Este seminário foi realizado no anfiteatro do SESI, das 8 às 12 horas e contou com a participação de mais de cem pessoas de Franca e região. No final do evento, no momento do debate, houve importantes arguições para o trabalho intersetorial, mas no dia-a-dia, isto é na prática, não houve a sua efetividade.

Em relação ao dia 28 de abril – dia internacional de apoio as vítimas de agravos à saúde relacionados ao trabalho - o CEREST organizou e desenvolveu o 3ª Seminário “Saúde do Trabalhador: de quem é essa responsabilidade?”, ocorrido no dia 28 de abril de 2006, no auditório do Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial (SENAC). Observa-se que a realização desse evento seguiu a proposição dos CEREST realizarem ações que envolvessem a sociedade e que dessem visibilidade a questão trabalho e saúde. Desse modo, as ações - do “dia 28 de abril” - foram divididas em dois momentos, sendo que no dia 28 (de abril), o enfoque foi para a Saúde do Trabalhador no SUS, para o qual o Secretário Municipal de Saúde apresentou o novo direcionamento das ações do CEREST e, após, o Coordenador do CEREST estadual, Koshiro Otani, discursou acerca desta Política no SUS. Frisa-se que em decorrência de outros compromissos, o Secretário de Saúde se ausentou após a sua apresentação o que, de certo modo, afetou o debate, visto que enquanto conferencista e também gestor municipal, o público abordou questões objetivas relacionadas a sua fala e a

gestão da saúde. O segundo momento foi realizado no dia 05/05/2006, no SENAC, cujo enfoque foi para o Nexo Técnico Epidemiológico Previdenciário (NTEP), o qual contou com a participação do próprio autor do NTEP, Paulo Rogério Albuquerque. Os dois eventos tiveram uma importante participação da sociedade, sendo que no primeiro dia o público advinha na sua maioria dos serviços de saúde de Franca e região e, no último, houve maior envolvimento de funcionários de Recursos Humanos de empresas privadas.

Outra ação, que envolve a dimensão social, educativa e política do CEREST, foi o 1ª Seminário de “Prevenção de Acidentes de Trabalho com Mãos”, ocorrido no dia 30/08/06, das 8 às 12 horas no salão de convenções do Conselho Regional dos Engenheiros e Arquitetos de Franca e região - CREA - seguido de um curso específico para a prevenção desses acidentes. Este objetivou, mais uma vez, a possibilidade de ação intersetorial entre o CEREST e a DRT-Franca.

A idéia do referido Seminário surgiu a partir do contato do Serviço Social do Centro de Referência com a FUNDACENTRO, especialmente, com o Engenheiro Roberto Giuliano devido a predominância dos acidentes nas ocupações do setor calçadista que afetavam as mãos. Assim, foi organizada uma reunião na DRT em São Paulo, na qual estavam presentes os seus representantes, que haviam feito importante trabalho de prevenção de acidentes no setor calçadista em Birigui, o pessoal da FUNDACENTRO envolvido com a possibilidade de desenvolver ação semelhante em Franca e o Serviço Social do Centro de Referência. A partir deste encontro foi elaborada uma proposta de trabalho a ser desenvolvida em Franca e que deveria ter o envolvimento da DRT e CEREST- Franca. Assim, no Seminário, houve a apresentação dos dados dos acidentes ocorridos durante o ano de 2005 e no primeiro semestre de 2006 em Franca e região, pelo Serviço Social do CEREST; o Subdelegado da DRT-Franca explanou acerca das ações desenvolvida por aquele órgão frente aos acidentes de trabalho; após, o Engenheiro da FUNDACENTRO apresentou a proposta do curso. Este evento contou com a participação do Secretário de Saúde do município durante a abertura do Seminário. Após este, foram realizadas as inscrições para o curso de prevenção dos acidentes de trabalho com mãos, o qual foi dividido em quatro encontros de oito horas cada e contou com 23 participantes.

O curso de prevenção de acidentes de trabalho com mãos teve como metodologia aulas presenciais e visitas aos ambientes de trabalho. Este foi desenvolvido nos dias 31/08, 01/09, 11/10 e 29/11 de 2006. Para a obtenção dos certificados, os participantes deveriam apresentar uma ação de inspeção nos ambientes de trabalho por meio de relatório e apresentação dos principais elementos da realidade visitada em *power point*, sendo que a

certificação dos participantes ocorreria em 2007. Além de desenvolver o conteúdo relativo às ações de inspeção, a proposta era também propiciar integração entre a DRT-Franca e o CEREST. Contudo, a certificação do curso até o momento [maio de 2008] não foi realizada e a inter-relação entre os órgãos também não se efetivou.

Ainda, em 2006, houve a participação do CEREST na organização e realização do V Seminário de Saúde do Trabalhador: “Saúde não se negocia – garante-se”, realizado de 19 a 21 de setembro de 2006, na UNESP. Este Seminário é um evento tradicional realizado pelo Sindicato dos Sapateiros de Franca e região, em conjunto com USP-Ribeirão Preto e UNESP-Franca, conforme descrito ao final do terceiro capítulo. Neste evento foi destacada a questão das ações intersetoriais e de vigilância em saúde do trabalhador, inclusive na Mesa Redonda do dia 21/09, intitulada: “A vigilância e as ações em saúde do trabalhador”, houve substancial debate quanto à constitucionalidade do SUS em realizar inspeções nos ambientes de trabalho.

Dentre os assuntos destacados nas reuniões de Equipe, registra-se a mudança de local de funcionamento do CEREST, a permanência das dificuldades relativas ao RAAT e do Programa de Informática, sendo enfatizado pela Equipe que “[...] *alimentar um sistema nas horas vagas é muito complicado.*”

Nas reuniões de junho de 2006 há destaque para a construção do Plano de Ação para 2007, sendo sublinhadas metas e prioridades para o destino dos recursos. Na ata do dia 14/06, há a menção que este Plano deverá ser aprovado pelo Conselho Gestor do CEREST, Conselho Municipal de Saúde e Comissão Intergestora Regional (CIR). Na CIR deveria ser feito um Termo de compromisso entre os Gestores para que os municípios assumissem determinadas ações de saúde do trabalhador nas suas agendas. O Plano deveria, então, contemplar o caráter regional do CEREST. Foi definido que tal planejamento deveria constar a necessidade de contratação de pessoal, especificamente para a alimentação do Programa de Informática do RAAT, aquisição de computadores para os municípios fazerem a notificação *on line* dos agravos à saúde relacionados ao trabalho, entre outros. No geral, esse Plano foi bastante discutido.

Interessante observar que nesta reunião, 14/06, houve uma discussão do papel do médico do trabalho do CEREST, que não estava realizando atendimentos, salvo algumas exceções constituídas pelos casos não resolvidos no PS, mas que também não se envolvia com as demais ações de vigilância, estudos acerca dos agravos, entre outros. Neste encontro houve ainda definições específicas das atividades de cada profissional que compunha o quadro de funcionários do CEREST. Há menção também da chegada de mais um médico do trabalho,

recém contratado para o CEREST, e da participação do fiscal sanitário, André Zabo, da vigilância sanitária, nas reuniões de Equipe do CEREST.

Na reunião do dia 22/06, houve a participação do Diretor do PS, que apontou muitas dificuldades na realização das notificações das doenças relacionadas ao trabalho, especialmente LER/DORT por aquele serviço de urgência e emergência. O Diretor expôs a necessidade de acompanhamento médico dos casos, o que não era possível realizar no PS. A partir daí o CEREST fica como referência para LER/DORT, definida a partir da assistência médica e acompanhamento pelos demais profissionais. Também foi articulado com o NGA, o qual congrega várias especialidades, um canal direto para o agendamento de consultas, especialmente para os casos de ortopedia, conforme fluxo de atendimento. A falta de organização da rede para absorver as doenças relacionadas ao trabalho reafirmou a tendência assistencial do Centro de Referência.

A notificação seja por meio do RAAT ou da CAT enfrentou muitas resistências para o seu preenchimento, inclusive os médicos do Pronto Socorro se recusaram a emitir CAT. Assim, na reunião do dia 29/06/06 fica definido que o PS terá obrigatoriedade de fazer apenas o RAAT e para a CAT o trabalhador deverá procurar o CEREST, retornando, assim, gradativamente os atendimentos médicos para este órgão regional.

O fluxo relativo à região também foi definido, inclusive em reunião ocorrida no mês de junho de 2006, entre equipe do CEREST e representantes da DRS (na época denominada de DIR), é estabelecido que o RAAT será um documento necessário e exigido para os casos de internação, cirurgias e exames, para acidentes e doenças relacionados ao trabalho. Para que isso ocorresse seria elaborado documentos oficiais pelo gestor municipal e estadual (DRS), o que não aconteceu.

Observa-se que a partir de meados de 2006, a Equipe do CEREST tem participação reduzida nos cursos da RENAST, mas paralelamente, observa-se que em algumas reuniões é citada a presença nestes eventos do fiscal sanitário da vigilância sanitária.

No mês de agosto houve participação do Serviço Social do CEREST na reunião da vigilância regional para a construção do Plano Diretor de Vigilância Sanitária (PDVISA), sendo garantidas algumas ações de saúde do trabalhador no referido documento.

Em setembro, o então Diretor de Vigilância em Saúde, responsável pelo Centro de Referência, afirmou na reunião do dia 22 daquele mês, que estava solicitando que o Secretário de Saúde nomeasse um coordenador específico para o CEREST para que melhorasse a participação e envolvimento com esta Política. Há o registro também de que não houve repasse dos recursos financeiros por parte do Ministério da Saúde, daí a necessidade de uma pessoa para fazer o

movimento de organizar os documentos e o funcionamento do serviço. Há, ainda, o registro da visita de duas técnicas da RENAST ao CEREST, sendo uma de âmbito estadual e outra nacional, esta visita tratou-se de uma auditoria do MS. Além de apresentação de documentos, houve uma reunião com as referidas técnicas, quando foram expostos os problemas para a efetivação da Política de Saúde do Trabalhador, no âmbito local, porém após a visita, não houve maiores acompanhamentos ou respostas acerca dos problemas levantados.

A mudança do CEREST para as dependências da Secretaria Municipal de Saúde ocorreu no mês de outubro de 2006. Deve ser dito que não houve participação da Equipe no planejamento da reforma e da mudança de local de funcionamento do Centro de Referência. Além da mudança de local, destaca-se aquelas pertinentes a organização do serviço, quando o Diretor de Vigilância em Saúde, enfatiza que estava disponibilizando o Engenheiro e a Enfermeira do Trabalho de outros serviços da Prefeitura para atuarem três vezes por semana no CEREST. Em relação ao Técnico de Segurança do Trabalho ficou definido que o fiscal sanitário, o qual já vinha participando das reuniões do CEREST e que havia concluído o curso de Técnico de Segurança do Trabalho assumisse as respectivas funções deste órgão. Ficando pendente a nomeação do coordenador e a contratação de funcionários para a digitação dos RAAT.

6.3 Trajetória de implantação do CEREST: a partir de outubro de 2006

A partir de outubro de 2006, o CEREST-Franca passa a funcionar no mesmo complexo físico da Secretaria Municipal de Saúde. Observa-se que apesar da mudança de endereço o problema da recepção do CEREST não foi resolvido, uma vez que a recepção passou a ser feita em um balcão em conjunto com a Unidade de Avaliação e Controle (UAC). Na reunião do dia 13/11/2006, já na nova sede, há referência que o médico do trabalho, contratado naquele ano, estava assumindo a função de Coordenador do serviço. Mas apesar de resolver um problema que era a falta de ter uma pessoa responsável pela coordenação e que fizesse parte do cotidiano do serviço, há registros de dificuldades de envolvimento da Equipe com o Coordenador, em decorrência do horário de trabalho deste último, inclusive sendo apontada a sua ausência nas reuniões do grupo.

No mês de novembro a fisioterapeuta participa de um evento da RENAST em São Paulo junto com o Técnico de Segurança do Trabalho e aproveitam para visitar o CEREST da Freguesia do Ó, sendo exposto que neste são realizadas ações de vigilância em saúde e que tal ação dá mais consistência ao órgão. Destaca-se também que em algumas reuniões há

dificuldade da Equipe de compreender os horários do Técnico de Segurança do Trabalho, sendo que no relatório do dia 31/10/06 este afirma que ficaria apenas no CEREST, se desvinculando da Vigilância Sanitária e que isso já havia sido autorizado, mas conforme os depoimentos até maio de 2008, isso ainda não havia se efetivado.

Na reunião do dia 31/11/2006, a fonoaudióloga do CEREST destaca que o aparelho Bera (aparelho de audiometria de tronco cerebral) está instalado em local inapropriado nas dependências da Saúde Mental, onde estaria tendo problemas de goteiras e que este poderia ser danificado.

Em relação às ações educativas destaca-se o intercâmbio com Herval Pina Ribeiro (UNIFESP) para a realização de um curso em saúde do trabalhador. No dia 30/11 foi realizada uma Oficina com o referido Professor na UNESP-Franca, promovida pelo grupo QUAVISS⁸ a respeito das doenças e adoecimentos contemporâneos. No dia 01/12, pela manhã, este se reuniu com a Equipe do CEREST e IST, nesta ocasião foi sugerido, após discussão com os Interlocutores, a mudança da denominação de “articulador” para “interlocutor”, em decorrência do tempo que estes dedicavam à saúde do trabalhador e também por este conceito estar mais próximo à condição de trabalhador do SUS, como salientou Ribeiro de “*igual para igual*”, sendo explicitado que seria importante o tratamento de igualdade para quebrar a hierarquia e implantar a política de saúde do trabalhador.

6.3.1 Ano de 2007

Em janeiro de 2007, ocorreu nova Oficina com Herval Pina Ribeiro e Vera Lúcia Navarro, sendo destacada a necessidade de um curso de formação em saúde do trabalhador tanto para os IST quanto para a Equipe do CEREST e trabalhadores do SUS em geral. Para este curso houve uma reunião com o Secretário Municipal de Saúde que durante a reunião foi favorável a proposta, mas depois a refutou.

No encontro do dia 11/01/2007 houve um mutirão formado pelos profissionais do CEREST para a digitalização dos RAAT do CEREST, referentes às ocorrências de 2006. Também foram definidas as ações educativas como novo encontro com a FUNDACENTRO para a certificação dos participantes do curso, realizado em 2006, de prevenção de acidentes de trabalho com mãos; a realização do curso de formação em saúde do trabalhador com a

⁸ O conteúdo dessa Oficina está registrado em Ribeiro (2007c).

UNIFESP, especificamente com o Professor Herval Pina Ribeiro, e do curso de Vigilância em Saúde do Trabalhador pelo Centro de Vigilância de São Paulo (CVS).

Em março de 2007 houve o ensaio para a organização do IV Seminário “Saúde do Trabalhador: de quem é essa responsabilidade?”, a ser realizado no dia 28 de abril, este teria o envolvimento da FUNDACENTRO, assim após este Seminário seria feita a certificação dos participantes do curso de prevenção de acidentes de trabalho com mãos realizado em 2006, mas quando a organização deste evento já estava em andamento, bem como as datas e o local confirmado, ele foi desmarcado. Após, houve a tentativa de realizar uma “Mesa Redonda” para o referido dia (28 de abril), composta por representantes sindicais dos trabalhadores e empregadores, mas novamente após contatos e agendamentos devidos, o evento foi desmarcado. Ao final foram elaboradas apenas algumas faixas lembrando o dia 28/04 – Dia Internacional de Apoio às Vitimas de Acidentes de Trabalho -, porém após as faixas serem fixadas em pontos estratégicos do município, a Prefeitura ordenou que fossem retiradas porque elas contribuam para a poluição visual da cidade.

Observa-se que no livro ata das reuniões da Equipe do CEREST há o registro de apenas 6 reuniões referentes ao ano de 2007, sendo mensal até maio e após há o registro de apenas um encontro em outubro. É observado que muitas das dificuldades colocadas ficaram sem respostas, também não se verifica maiores envolvimento do Coordenador com as questões postas pela Equipe, há referências aos problemas interpessoais, especialmente relacionados aos horários de trabalho dos profissionais e falta de comprometimento com as ações do CEREST. Há o registro também da solicitação da assistente social para afastamento de um ano sem vencimentos para fins de estudos, sendo autorizado pela Prefeitura, a partir de 15 de abril de 2007.

O curso de Vigilância em Saúde do Trabalhador, promovido pelo CEREST e CVS, ocorreu sem maiores transtornos, apesar de não constar nos registros do livro de reuniões de Equipe, até porque no período de 06/05 a 26/10 de 2006 não ocorreram reuniões, a menos que estas tenham ocorrido e que não tenha sido feito os devidos relatórios. Deve ser dito que mesmo estando afastada do CEREST, a assistente social contribuiu na organização e também participou deste curso como aluna. Assim, frisa-se que esse teve um total de 10 encontros, de 8 horas cada, totalizando 80 horas entre aulas teóricas e práticas, divididos nos meses de março a julho de 2007 (29 e 30/03; 26 e 27/04; 24 e 25/05; 14 e 15/06 e 14 e 15/07). A partir da capacitação houve maior envolvimento do GVS-regional com a saúde do trabalhador, marcando o início das ações de vigilância em saúde do trabalhador em alguns municípios. Porém, concomitantemente, observa-se que o CEREST se afastou das ações com

a região, inclusive com o afastamento do Serviço Social deste órgão, os encontros mensais que vinham ocorrendo com os IST também foram interrompidos.

As ações de educação em saúde realizadas pelo CEREST em 2007 referem-se ao 1ª Seminário sobre Diagnóstico, Tratamento e Prevenção de LER/DORT, ocorrido em 14/09 no auditório do SENAC e contou com palestrantes do INSS, posto de Ribeirão Preto e CEREST de Piracicaba. Neste houve interessante abordagem metodológica feita pela fisioterapeuta do CEREST-Franca, a qual apresentou em forma de vídeo algumas entrevistas com trabalhadores, falando sobre o desenvolvimento da doença – LER - e o drama do tratamento, afastamento médico e demissões. Após a apresentação do vídeo houve debate. Também, em setembro, foi realizado o 1º Seminário de Saúde Vocal, o qual ocorreu no Teatro Municipal e foi direcionado aos professores da rede de ensino do município. Frisa-se que este Seminário foi fruto de uma demanda da administração municipal que a partir de um projeto sobre avaliação, acompanhamento e tratamento da voz dos professores feito por um Vereador na Câmara Municipal, desde abril de 2007, solicitou uma ação correspondente do CEREST, quando a fonoaudióloga providenciou a gravação de 14 fitas de vídeo (VHS) e realizou vários encontros com as outras profissionais das UBS da sua categoria para que todo tratamento fonoaudiológico fosse feito pela rede. Para este Seminário também foi elaborada uma cartilha, abordando o assunto de autoria da fonoaudióloga, mas na publicação feita pela Prefeitura, não constou o seu nome, sendo motivo de impasse.

A equipe inicia, em meados de 2007, atividades com os trabalhadores das UBS para discutir a saúde do trabalhador. Estas foram agendadas pela Diretora de Atenção Básica da Secretaria de Saúde, no formato de convocação, além disso, os encontros cuja participação era obrigatória ocorreram aos sábados. Nestes, a equipe do CEREST apresentava a Política, com vistas a envolver os presentes por meio de dinâmicas interativas, inclusive a fisioterapeuta elaborou uma cartilha sobre Ginástica Laboral, a qual foi distribuída e também foram realizados alguns destes exercícios, o que facilitava o envolvimento do grupo com o assunto. Deve ser dito ainda, que mesmo estando afastada do CEREST a assistente social participou de três destes encontros, sendo possível observar que a forma de convite e o dia dos encontros – sábado – se constituíram em impedimentos para o envolvimento dos trabalhadores da rede com a Política. Do modo como foi exposto o RAAT chegou como mais um serviço, diga-se de passagem, imposto, e até hoje são raros os casos de notificações feitas pela Atenção Básica.

Em 2008 há o registro de apenas uma reunião de Equipe, realizada em 22/04, quando há o registro do retorno da assistente social, a qual estava afastada. Nesta reunião, a referida profissional apresenta alguns pontos importantes a serem retomados pela Equipe,

como as atividades com a região, as ações educativas e a digitação dos RAAT, pois até então, o CEREST ainda não contava com um digitador e também havia interrompido as reuniões sistemáticas com a região. Em maio, a assistente social foi transferida do referido serviço, bem como a psicóloga e a fonoaudióloga e, ainda, a fisioterapeuta pede para sair da Equipe do Centro de Referência, sendo atendida, como já mencionado.

6.4 Trocando em miúdos

6.4.1 Atendimento e/ou Acompanhamento pela Equipe Técnica

Nossos médicos fazem mais a parte burocrática e não têm tanta preocupação em atender o trabalhador e investigar a doença ou o acidente que ele apresenta. Então, mesmo a assistência ela é muito falha... (Fisioterapeuta do CEREST).

Eu acho que o Centro de Referência era para ser Referência, o que ele menos deveria fazer é o atendimento ambulatorial, a função dele é capacitar para que o PSF e as Unidades de Saúde da região tenham a mínima noção de perguntar durante os atendimentos: onde a pessoa trabalha e tentar relacionar o problema de saúde e a atividade da pessoa... (Engenheiro GVS - Regional).

O trabalhador quando chega no CEREST ele já passou por outros serviços e, às vezes, demora, ele vai e vem, organiza documentação e quando chega ao CEREST a atenção é mínima, às vezes, o médico está com pressa ou chega muito atrasado. Eu mesmo já fui acompanhando trabalhador para uma consulta marcada para às dez horas e deu meio dia e o médico, ainda, não tinha chegado, a tarde é a mesma coisa, eles agendam para às três horas e o médico chega às cinco horas da tarde, atende correndo e vai embora. (Diretor II - Sindicato dos Sapateiros - e ex-conselheiro do Conselho Gestor do CEREST de Franca).

Outro problema é que os Médicos do Trabalho são bons profissionais, mas são vinculados à outras empresas... Têm pessoas que estão cansadas de procurar o médico do trabalho da fábrica aonde trabalham e não terem respostas, então procura o CEREST e quem é o médico que vai atendê-los? Ora, o mesmo da fábrica. Isso já aconteceu muitas vezes... (Diretor I - Sindicato dos Sapateiros - e conselheiro do Conselho Gestor do CEREST de Franca).

A minha sensação é que mesmo com mais um Médico do Trabalho, Engenheiro do Trabalho, Técnico de Segurança do Trabalho, que não fica aqui no CEREST, às vezes, ele [Técnico de Segurança do Trabalho] passa por aqui, eu acho que não modificou muita coisa, continuou a reprodução daquele modelo mais assistencialista. Então, se há uma denúncia, é feita na Vigilância e a gente fica sem retorno não sabe o que aconteceu e porque aconteceu... (Psicóloga do CEREST).

A definição exata do que eu faço não existe, ela é teórica. Estou mais como um gerente de serviço do que propriamente Engenheiro do Trabalho. A minha colocação aqui se deu através do convite do Secretário de Saúde, justamente para fazer o CEREST funcionar. Eu vim pra cá e vieram computadores novos e as instalações novas [refere-se a mudança de prédio]... Eu fiz o novo RAAT... eu determinei o fluxograma do que seja feito, é o ideal? Não sei se é o ideal. Agora, a

minha função como Engenheiro do Trabalho, ela ainda não acontece. [Por que?] Não acontece porque falta um entrosamento da Equipe para a partir de uma determinada ação estatística dirigir o trabalho. Em resumo, a minha participação aqui é mais como gerente do serviço (Engenheiro do Trabalho do CEREST).

Acho que precisávamos estar mais presente nas indústrias, despertar esse interesse nos postos de trabalho... Eu também acho que o trabalho que foi feito pelo CEREST até hoje é um trabalho que teve alguns frutos, existe hoje uma consciência diferente, conseguimos implantar o RAAT, mas está restrito a isso, existe ainda uma deficiência que é a parte preventiva da coisa, mas a atuação depende muito da parte política e da autorização do Secretário de Saúde... Então existe uma dificuldade, não é simplesmente vamos decidir e fazer... (Médico do Trabalho do CEREST).

6.4.2 Encerrar o atendimento médico do CEREST

É difícil você cortar o atendimento porque a rede não está organizada para acolher o trabalhador que sofre um acidente. Ele fica “jogado”, mal orientado. As Unidades de Saúde estão abarrotadas, todas reclamam de excesso de programas e demandas. Então, a sensação que eu tenho quando eu estou conversando com um trabalhador, é que se trata de uma pessoa vitimizada, destrocada e que me relata que já foi ao Pronto Socorro aqui e ali e ninguém resolveu. Se vai cortar o atendimento do CEREST tem que pensar na organização e funcionalidade do fluxo... (Psicóloga do CEREST).

Eu acho difícil, porque o trabalhador precisa ser atendido e ter o seu caso resolvido para voltar ao trabalho. Veja para você ter uma idéia, nós estamos em janeiro [2008] e eu marquei consulta com ortopedistas no NGA para março. São 60 dias de espera, isso porque o trabalhador é atendido no CEREST e se não fosse? As Unidades de Saúde têm Clínico Geral e não Médico do Trabalho, o problema do trabalhador não de Clínico é de Medicina do Trabalho, ele precisa de informações e orientações específicas... Outra coisa, quando o CEREST interrompeu os atendimentos, os médicos também não fizeram outra atividade, então é difícil, você deixa de atender o trabalhador e o profissional vem aqui um pouquinho e vai embora... [Por que encerrar o atendimento?] é determinação do Secretário de Saúde. (Auxiliar de Enfermagem do Trabalho do CEREST).

Eu acho que se for para ser apenas um Centro de estatística não precisa ser Centro de Referência de Saúde do Trabalhador, se vai fazer apenas vigilância também não precisa. Não é justo com este trabalhador que custou conseguir uma “casa” e agora ela se fecha para ele. (Fisioterapeuta do CEREST).

6.4.3 Vigilância em Saúde do Trabalhador

Quando eu ainda estava no Sindicato nós encaminhamos alguns pedidos à Vigilância Sanitária, porque lá tem um fiscal que era também, na época, o Técnico de Segurança do Trabalho do CEREST, mas nós nunca tivemos uma resposta concreta, uma observação: “oh, está acontecendo isso...”. Isso é importante, porque o Sindicato pode ajudar a acabar com determinados problemas... Isso deveria ser colocado na pauta de reivindicação. (Biro, Ex-sindicalista e ex-Presidente do Conselho Gestor do CEREST).

Nós pedimos estatísticas ao CEREST, mas alegaram que lá não tinha gente para digitar os RAAT. (Diretor Sindical III - Sindicato dos trabalhadores bancários – e membro do Conselho Gestor do CEREST).

Em termos de vigilância não é realizada pelo CEREST e nem pela região. Embora o CEREST tenha no seu quadro o Técnico em Segurança do Trabalho e o Engenheiro, eles ainda não encontraram um engajamento.... Os médicos do trabalho também não têm feito essa parte de vigilância, eles não estão entrosados com o Técnico de Segurança do Trabalho... (Fisioterapeuta do CEREST).

Nós não estamos fazendo fiscalização. Eu acho que se houvesse as ações de vigilância, daria para fazer mais coisas, inclusive trabalhar mais a parte educativa, porque a Equipe estaria por dentro do que acontece com o trabalhador lá na fábrica. (Auxiliar de Enfermagem do Trabalho do CEREST).

Eu procuro de uma forma ou de outra atuar mais como gerente e dar suporte, subsídio no que as pessoas querem fazer com o trabalho de equipe, por exemplo, um Seminário... [Mas por que não é feito ações de vigilância?] porque falta um direcionamento e com quem discutir, mas isso não é só dentro da Prefeitura, eu estou percebendo que na cidade tem poucos engenheiros do trabalho. Eu percebo que o Ministério do Trabalho não aciona as empresas para contratar, pois aquelas com um número X de funcionários devem ter o Engenheiro do Trabalho e aqui em Franca, é difícil ver isso. Quer dizer, eu não tenho com quem trocar. Eu me sinto sozinho... nesse ponto você acaba se frustrando. Vamos dizer que eu precisava falar com alguém, oh, isso acontece assim, ma eu não tenho com quem discutir... (Engenheiro do Trabalho do CEREST).

O Código Sanitário, a Constituição Federal e Estadual e as legislações do SUS, dão atribuições ao agente da vigilância sanitária exercer atenção à saúde do trabalhador. Agora, não é simplesmente o fato de eu fiscalizar alimento no supermercado, padaria e no açougue e, de repente, eu começar a enxergar o que é risco à saúde do trabalhador. Eu preciso ter uma capacitação... Então nenhum dos municípios que trabalham dentro da regional de Franca tem no seu quadro um Técnico de Segurança, uma Enfermeira, um Médico ou um Engenheiro do Trabalho. Isso torna a equipe fraca... Se tivessem mais pessoas disponíveis e capacitadas... Eu acompanho as fiscalizações em usinas de açúcar e álcool, mas eles [fiscais sanitários] não conseguem ver onde está o problema... Eles são excelentes para fazerem controle de alimentos e fármacos, na parte ambiental e residencial e fiscalização para dengue são muito bons, porque eles foram capacitados. E agora estão sendo treinados para a saúde do trabalhador. (Engenheiro GVS - Regional).

Eu conheço muitas funções de uma indústria de calçados. Eu trabalho há vários anos nisso e conheço plenamente como é o trabalho do cortador, pespontador, blaqueador... Eu sei qual é o esforço que ele faz, a posição que ele fica eu não fui conferir isso, no nexo causal você tem que estar presente e conhecer o ambiente e as funções. Então quando o trabalhador com essa função chega com alguma queixa que pode estar relacionado ao que eu disse, eu consigo fazer esse nexo causal, consigo associar exatamente a doença com o trabalho dele. Agora, se a equipe vai lá, isso não existe. Isso não acontece e não é a rotina do CEREST de Franca e eu acho que é uma falha. (Médico do Trabalho do CEREST).

Não é específico, na realidade faz vigilância em saúde do trabalhador quando tem um acidente grave ou quando morre alguém... Se nós fazemos vigilância em Saúde do Trabalhador? Não especificamente... A nossa proposta é que durante a inspeção da vigilância, sejam relatadas as ações desenvolvidas em saúde do trabalhador e coloque no programa no SIVISA (Sistema de Informação em Vigilância Sanitária do

SUS], por quê? Porque na hora que nós tirarmos esses dados, é possível sabermos o que foi feito... (Diretor da GVS- Regional).

Veja, tem um tipo de máquina de moldar palmilha, sendo usada em algumas fábricas aqui em Franca, que vem decepando dedos e parte da mão e eu fui pessoalmente ao CEREST conversar com o senhor Engenheiro do Trabalho de lá, solicitei uma fiscalização, talvez até extinguir esta máquina da linha de produção. Para você ter uma idéia dentro de quarenta dias, três pessoas já perderam dedos ou parte da mão nesta máquina e até agora não tivemos nenhuma resposta, não ouvimos nenhum debate. Então é muito falho, do que encaminhamos para a Vigilância Sanitária também não temos resposta do que foi feito. (Diretor I - Sindicato dos Sapateiros - e conselheiro do Conselho Gestor do CEREST).

A Vigilância Sanitária fazia basicamente, fiscalização, licenciamento e a Vigilância Epidemiológica o controle de doenças, com campanhas de imunização, acompanhamento e investigação e a Vigilância Ambiental o controle de vetores, incluindo a dengue, manutenção de canil, entre outros. A partir de 2005 esses serviços migraram para a Divisão de Vigilância em Saúde, neste momento, o CRST [CEREST] também veio para essa Divisão. Na época, houve uma discussão se o pessoal do CRST teria credencial para fazer fiscalização nos ambientes de trabalho. Desde aquele momento o meu entendimento é que as ações de vigilância em saúde do trabalhador deveriam ser direcionadas para a Vigilância Sanitária, a própria Portaria previa essa possibilidade, ou seja, se a estrutura está dentro da Vigilância em Saúde não necessariamente você precisa estar credenciado, por isso foi revisto aquele Decreto municipal de credenciamento do CRST para fazer vigilância nos ambientes de trabalho... (Diretor de Vigilância em Saúde de Franca).

As pessoas me relatam situações de produtos químicos, ruído, pressão, indiretamente já é uma denúncia... Então o que eu fazia e ultimamente não muito, eu informava essas queixas para ele [Técnico de Segurança do Trabalho]... Eu oriento individualmente as pessoas, eu sinto que esse trabalho vai te minando as forças, porque da mesma forma que essa pessoa saiu do ambiente para pensar o seu trabalho fora daquele local, tem duzentas, trezentas pessoas que continuam no local sem ter esse olhar ainda... Isso tem me desmotivado, porque você faz uma coisa simples, um encaminhamento, favor verificar a empresa tal... e você não sabe o que foi feito, não têm respostas, têm coisas que eu atendi há uns dois ou três anos e eu não sei qual andamento que deu, não há retorno. (Psicóloga do CEREST).

Nas fábricas de sapatos tem muito produto químico, cola, mas a gente não vê uma discussão mais séria do Técnico de Segurança do Trabalho sobre isso. Teve um caso de um gestante com suspeita de intoxicação, que foi passado para ele, mas fica tudo engavetado... Este não é um papel só do Técnico, que quase nem vem aqui, inclusive ele ficou muito tempo sem vir aqui... É até difícil dizer se é feito inspeções nos ambientes de trabalho, mas seria bom se fosse aceita a contribuição de outros profissionais da Equipe. Eu me lembro que durante o meu curso de Auxiliar de Enfermagem do Trabalho, durante uma visita a uma indústria de borracha, eu vi um trabalhador negro que estava branquinho de poeira da borracha, me chamou a atenção porque ele era negro e estava branco, isso era por fora, agora imagina o pulmão dele como estava? (Auxiliar de Enfermagem do Trabalho do CEREST).

É tímido, está aquém do que precisa ser, porque tem uma série de fatores que não depende de mim, depende inclusive de autonomiar... Há uma grande falha, primeira e principal: é o governo federal que não capacita os seus agentes, não envolve os Ministérios para que o serviço seja feito em conjunto. E aí entra em discussões desnecessárias, desgaste na hora do trabalho de campo... porque nós estamos executando uma função e o empresário é ignorante em relação à competência do

SUS em fazer fiscalização nos ambientes de trabalho, assim o agente fiscal demonstra que existe a competência, daí essa pessoa vai ligar para um advogado desinformado, ou liga para o Ministério do Trabalho, o qual não reconhece a nossa competência... Isso motiva uma reação do empresário que está sendo fiscalizado... Então isso é ruim, é desgastante, o que você poderia fazer com mais facilidade gera uma tensão muito grande, é um campo minado. (Fiscal Sanitário da Vigilância Sanitária de Franca e Técnico de Segurança do Trabalho do CEREST).

*A respeito da existência de competência legal de outros segmentos da administração pública como CEREST, Vigilância Sanitária para **FISCALIZAR Saúde do Trabalhador a SIT** se manifestou mediante as publicação da **NOTA TÉCNICA**⁹... (Subdelegado da Delegacia Regional do Trabalho, o grifo foi feito pelo Entrevistado).*

6.4.4 Intersetorialidade

Eu vejo que a Delegacia Regional do Trabalho sempre procurou resolver problemas mais de CIPA.... Eles fazem inspeção, eu já acompanhei algumas vezes, isso é importante para a nossa capacitação... Mas é importante envolver também a universidade na luta da saúde do trabalhador. Em Franca, junto com a Professora Vera Navarro da USP, nós tivemos vários trabalhos, desde a questão do trabalho infantil, a terceirização e o problema das Bancas... Para mim as universidades junto com o Sindicato e a própria Secretaria de Saúde precisam trabalhar juntos... Se isso não acontece é uma perda muito grande para os trabalhadores, inclusive da região. Mas depende muito do trato que o Secretário de Saúde dá para esta questão, eu acho que, no momento, deixa muito a desejar. A Secretaria é muito fechada para a participação e envolvimento com outros serviços, é cada um na sua. (Biro, Ex-sindicalista e ex- Presidente do Conselho Gestor do CEREST).

O Ministério do Trabalho acha que a gente [SUS] não é competente para fazer fiscalização nos ambientes de trabalho e está brigando na Justiça para barrar... Eles acham que a competência é exclusiva deles... O Supremo Tribunal Federal se manifestou com posições diferentes. Outra coisa, os seguimentos do setor público não se relacionam, cada um fica no seu canto achando que é ele que faz e acha que sozinho vai obter resultado. [Por que você acha que isso ocorre?] É da cultura, no Brasil o Ministério do Trabalho acha que é soberano para resolver isso, o Ministério da Saúde também acha, o Ministério da Previdência... cada um pensa que é o senhor absoluto. Não existe uma integração e enquanto continuar assim a gente vai dar murro em ponta de faca... (Engenheiro GVS – regional).

Existe uma boa disposição para algumas coisas, por exemplo, sempre que buscamos alguma orientação no INSS ou no Ministério do Trabalho fomos bem atendidos. Agora o que a gente não consegue é ter um trabalho conjunto, isso que você perguntou, acho que existe essa dificuldade. (Médico do Trabalho do CEREST).

Houve alguns avanços, inclusive eu cheguei a participar junto com o pessoal do CEREST de algumas reuniões com o Delegado da DRT, uma que estava o pessoal do INSS, eu acho que houve um avanço muito grande, parece que houve um início, mas depois parou ou não houve continuidade. (IST da DRS).

⁹ Nota Técnica 234/2007/DSST/SIT. Esta Nota do Ministério do Trabalho e Emprego representa o alto grau de dificuldades para as ações de inspeção realizadas pelo SUS e, concomitantemente, para as ações integradas.

Cada um tem buscado atuar de um jeito, está disperso, sem vínculo. Eu acho que o que falta são protocolos. Você precisa estabelecer laços de entrosamento com outros órgãos (INSS, Ministério do Trabalho, Delegacias de Polícia e as próprias Unidades Básicas de Saúde (UBS)) quer dizer, teria que ter uma via de comunicação com o CEREST. Mas isso precisa de um protocolo formado. Eu estou falando de Franca, mas percebo que isso acontece na maioria dos outros CEREST...(Engenheiro do Trabalho do CEREST).

A relação entre os serviços é péssima, nós cobramos a notificação, o preenchimento do RAAT, mas se você pede uma avaliação de algum caso, não há retorno, não há referência e contra-referência. Às vezes, eu telefono ou converso com um colega, como eu estou no meio médico, eu atuo nos três hospitais de Franca, então eu tenho uma relação muito grande com os médicos da cidade, mas não pode ser assim. (Médico do Trabalho).

Atuação conjunta, às vezes, se torna difícil, mas com planejamento é possível a participação em ações de todos os segmentos comprometidos com as questões de segurança e saúde dos trabalhadores, respeitando-se as devidas competências legais. (Subdelegado da Delegacia Regional do Trabalho –DRT).

Constata-se que há uma fratura entre a efetividade prática das ações desenvolvidas pelo Centro de Referência e o discurso do campo Saúde do Trabalhador. A trajetória do CEREST-Franca revela que as ações direta ou indiretamente ainda tomam como referência o modelo de MT/SO, fazendo algumas incursões para práticas talvez um pouco mais amplas, porém ainda bastante limitadas.

Os depoimentos situam a Equipe numa relação de submissão, subalternidade e, sobretudo, ausência de autonomia o que reflete em uma imagem ofuscada do CEREST, como explicitado pelos IST, os quais referiram não saber qual é o papel daquele órgão¹⁰ (Apêndice D). Lembra-se que, anteriormente, o Médico do Trabalho já havia chamado a atenção para o fato de não haver autorização para a Equipe do Centro de Referência se deslocar até as cidades da área de abrangência, a Psicóloga também explicitou a sua angústia em não realizar as atividades “extramuros” institucionais. O sindicalista da categoria de sapateiros expôs que percebe a atuação do CEREST ainda muito limitada “*de dentro para dentro*”. Ou seja, observa-se um estado de passividade e subalternidade da Equipe na sua relação hierárquica, com riscos inclusive destes profissionais adoecerem.

As ações da Equipe frente à implantação do CEREST-Franca não podem ser analisadas como se essas dependessem apenas daquele corpo funcional, antes essas ações expressam exatamente como a saúde do trabalhador está situada no interior do SUS. Obviamente que não se trata também de generalizar tudo, mas de inferir que os rumos adotados pelos governos para as políticas públicas, em especial, a de saúde, refletem nos

¹⁰ Ver relatório do Grupo Focal, especialmente no item a visão dos IST acerca do CEREST, anexo ao final deste estudo (Apêndice D).

micros espaços na materialização e operacionalização das ações, causando um distanciamento entre o que é proposto e o que realmente é feito.

Então, em Franca, como se pode observar nos depoimentos e na trajetória do CEREST, há uma tensão entre o que a legislação e as normas propõem e o que de fato é desenvolvido e pode ser visualizada nos principais, doze, pontos destacados:

1. Equipe reduzida com ênfase ao modelo médico-assistencial;
2. Falta de articulação intersetorial para estudos e pesquisas acerca de determinados agravos com os processos e organização do trabalho das várias categoriais profissionais;
3. Ausência de ações coesas entre o CEREST e a rede de serviços de saúde (UBS, PSF, PS, Ambulatórios de Especialidades, vigilâncias, entre outros) de Franca e região para a organização da assistência e intervenção que contribua para um efetivo sistema de referência e contra-referência e, sobretudo, para a notificação dos agravos à saúde dos trabalhadores;
4. Ações de “Equipe” sem uma mediação ou intervenção de coordenação direta, com prejuízo para o envolvimento dos profissionais, inclusive para que se tornem uma Equipe com metas e objetivos comuns. O distanciamento do Coordenador do dia-a-dia do CEREST e das questões que parecem simples como não cumprimento de horário e não envolvimento com as ações do serviço, mas de forte potencial para emperrar um trabalho mais amplo;
5. Segmentação entre assistência, intervenção, promoção, prevenção e vigilância. A incorporação do CEREST na Divisão de Vigilância em Saúde não significou integração entre este serviço e os demais que congregam aquela Divisão;
6. Integração de um fiscal sanitário como Técnico de Segurança do Trabalho na Equipe do CEREST, bem como a inclusão de um Engenheiro e de mais um Médico do Trabalho não resultou na capacitação da rede básica para o atendimento dos agravos à saúde, bem como no desenvolvimento de ações de vigilância mais amplas;
7. Frustração da Equipe. Da segmentação das ações emerge no grupo a sensação de que poderia estar atuando de outra forma. Nos depoimentos, é transmitida a mensagem da frustração em não atuar fora do espaço do CEREST e estar presente nos ambientes conhecendo, estudando e se preparando para realizar ações mais amplas;

8. As ações de vigilância nos ambientes de trabalho se realizadas, as informações não têm sido repassadas aos maiores interessados: aos Sindicatos, representantes dos trabalhadores e também a Equipe do CEREST, distanciando as possibilidades de envolvimento, planejamento, estudos e intervenções ampliadas, o que reforça o histórico poder de “fiscalização” incorporado por determinados setores e técnicos. Isso contribui, entre outros, para o enfraquecimento das poucas ações de vigilância em saúde do trabalhador feitas pelo SUS, refletindo no questionamento quanto à jurisprudência do setor saúde inspecionar ambientes de trabalho e reforça o poder exclusivo do setor trabalho nesta ação;
9. Ausência de dados mais amplos acerca dos agravos à saúde dos trabalhadores;
10. Limites para a notificação dos acidentes e doenças relacionadas ao trabalho. A implantação do RAAT foi feita a partir de reuniões aos sábados e por meio de convocação, nas quais a notificação foi imposta sem maiores envolvimento, inclusive sem precisar a dinâmica dos serviços de saúde quanto a rotina, processos e organização do trabalho, excesso de demanda etc. Daí que a intersectorialidade não ocorre nem mesmo entre o CEREST e demais serviços da rede SUS, bem como entre este e os outros órgãos como DRT e INSS;
11. As atuais dificuldades confrontam-se com a proposição de uma política regional administrada por um município;
12. Nos municípios da região, as dificuldades destacadas incidem sobre a falta de capacitação técnica e, sobretudo, recursos humanos, além da falta de respaldo do Estado ou CEREST.

As diretrizes da RENAST estabelecem que a assistência à saúde do trabalhador devem ser organizadas, na rede SUS, de modo hierarquizado e descentralizado. O Plano de Ação da Saúde do Trabalhador no SUS do estado de São Paulo com base na Portaria nº. 1679/GM (BRASIL, 2005c), enfatiza que os CEREST se constituem em: “[...] pólo irradiador da tecnologia especializada e da cultura de promoção e proteção à saúde dos trabalhadores, bem como a prevenção de danos, diagnóstico, tratamento e reabilitação [...]” não a partir de um ambulatório específico, mas na rede SUS, sendo que os CEREST têm a “[...] função de suporte técnico e científico, formador deste campo do conhecimento.” Mas, constata-se que na travessia do CEREST – Franca essas diretrizes ainda estão longe de serem alcançadas.

Como se pode observar nos períodos ora destacados de abril de 2004 a outubro de 2006 e, deste, até o momento atual, o CEREST não conseguiu ser referência para a rede SUS. A implantação deste Centro ocorreu de modo desconexo da política de saúde do município, inaugurado a seis meses das eleições para governo municipal¹¹, o que pode indicar motivos eleitorais em detrimento de uma Política efetiva. Os profissionais, ao serem transferidos de outros serviços para este, não encontraram uma estrutura em funcionamento, inclusive não havia itens básicos como mesas e cadeiras, bem como um ordenamento do que seria implantado e qual diretriz a ser seguida. Ao ter como Coordenador o médico do trabalho do Ambulatório, absorvido pelo novo modelo, acabou por prevalecer o antigo viés em detrimento da mudança de enfoque, ou seja, na prática o CEREST manteve a assistência ofertada pelo antigo Ambulatório como principal eixo das suas ações.

Na busca de vencer a lacuna que havia entre as ações práticas realizadas pelo CEREST e as diretrizes propostas pela RENAST, foram traçadas algumas alternativas possíveis como a implantação do RAAT, o trabalho com a região, a formação do Conselho Gestor, o envolvimento da sociedade por meio de ações educativas como seminários, encontros, cursos, conferências, entre outros. Mas, simultaneamente, a Equipe enfrentou os questionamentos acerca da efetividade desta Política, especialmente a partir de 2005, quando houve a mudança de gestão municipal¹².

Em 2005, ocorreram visitas às unidades de saúde para a implantação do RAAT, quando o CEREST inicia o movimento de integração e de relação interinstitucional, mas não houve o envolvimento da Equipe e também faltou o Coordenador do serviço para orientar e conduzir o trabalho, inclusive em termos oficiais. Embora, neste período, tenha ocorrido maior empenho por parte da Equipe, em conquistar espaço para a saúde do trabalhador no SUS em Franca, visualizado na realização da 1ª CMST, seminários, implantação do RAAT, entre outros. O então responsável pela Divisão de Vigilância em Saúde e também pelo CEREST ofereceu algum apoio ao serviço, contudo, a ausência de um Coordenador direto que tivesse identificação com o campo – Saúde do Trabalhador -, bem como autonomia acabou por situar as ações como dependentes da boa vontade de algumas pessoas. Daí que mesmo havendo reuniões, sistemáticas, percebe-se que, gradativamente, foi ocorrendo a perda de

¹¹ A inauguração do CEREST-Franca ocorreu em abril de 2004 e em outubro ocorreram as eleições para a gestão municipal.

¹² Registra-se que a troca de governos reflete, muitas vezes, em interrupções de ações, especialmente aquelas que ainda não conseguiram se solidificar. Lacaz, Machado e Porto (2002, p. 18) destacam que: “As trocas dos mandatários municipais repercutem nas políticas de saúde destes municípios, fazendo com que não se mantenha o legado do prefeito que saiu. Tal realidade, característica da política brasileira”.

estímulo dos profissionais pelo serviço. Registra-se que ao conversar com profissionais da Equipe, enquanto assistente social do CEREST, acerca das reuniões, era comum ouvir desses que não adiantava participar, que não resolvia nada e que mesmo que fossem definidas coisas importantes nas reuniões, depois tudo se perdia devido a falta de cobrança e de acompanhamento.

Não se trata de colocar todo o cargo de responsabilidades sobre o Coordenador, até porque este debate está muito mais relacionado ao projeto hegemônico da saúde, que passa pela assistência e reatualização do discurso público-privado, pela descrença da saúde como uma política pública universal e de boa qualidade e, sobretudo, do próprio abandono dos trabalhadores pela luta e defesa do SUS, uma vez que esses têm pautado as suas reivindicações na garantia de convênios médicos privados, o que conduz ao privilegiamento do mercado da saúde, ou seja, há um distanciamento da classe trabalhadora da defesa das políticas públicas, em especial da saúde, como se discute no próximo capítulo. Contudo, acredita-se que as coordenações das várias políticas de saúde do SUS possam caminhar para o trato das diretrizes do Sistema Único de Saúde ou para a sua precarização, então o que se viu na saúde do trabalhador, em Franca, é que prevaleceu a clássica prática médica em detrimento das ações intersetoriais, de vigilância, prevenção e promoção da saúde. Constatou-se que a indefinição do coordenador do serviço se estendeu na indefinição da organização do trabalho do CEREST.

Essa indefinição refletiu inclusive no modelo assistencialista, desenvolvido pelo Centro de Referência, que apesar de sobressair as demais ações acabou por se configurar como muito falho, como destacado pela Fisioterapeuta no eixo – Atendimento e/ou Acompanhamento pela Equipe Técnica -, a qual apontou que os Médicos do Trabalho do CEREST se ocupam mais com a “*parte burocrática*” que com a investigação do agravo. Esse modelo acaba por se configurar como mais prático, especialmente, para aqueles profissionais que têm reduzido tempo, por isso se repete na política de saúde do trabalhador o modelo de pronto atendimento. Desse modo, o trabalhador atendido, por exemplo, no PS, se necessita da CAT, é feito o atendimento de urgência e também preenchido o RAAT, que tem validade de “atestado médico” e após é encaminhado ao CEREST. Nesse órgão, como menciona o sindicalista, para consulta médica é exigida a cópia do RAAT para que o médico possa fazer a CAT. Neste vai e vem consolida-se a burocratização dos serviços com baixo poder de resolutividade e também de envolvimento, como apontado pelo sindicalista “*a atenção é mínima, às vezes, o médico está com pressa ou chega atrasado.*”

O Engenheiro do Trabalho do GVS destaca que para o CEREST ter o caráter de

referência, deveria ter um envolvimento maior com as UBS e PSF, despertar nos profissionais desses serviços a necessidade de, ao menos, perguntar a ocupação da pessoa atendida, para que estes possam fazer a relação, ou não, do problema de saúde com o trabalho. Isso implica em assumir a saúde do trabalhador com mais vigor, em visitar as unidades de saúde, fazer reuniões, cursos, palestras, estudos e pesquisas acerca dos impactos das tecnologias e gestão do trabalho sobre a saúde, buscar articular os órgãos de ações correlatas. Enfim, fazer saúde do trabalhador a partir de estratégias da RENAST e daquelas formuladas e pactuadas pela Equipe e consensuadas pelo Conselho Gestor.

Assim, a integração da saúde do trabalhador com a rede básica de saúde acabou não ocorrendo. Nos moldes em que o Centro de Referência foi implantado a problemática trabalho e saúde ficou alheia a rede e confinada naquele Centro, e cabe questionar o conceito de referência.

Em 2006, como se pode observar na trajetória percorrida pelo CEREST-Franca, houve a interrupção da assistência ao trabalhador. Interessa chamar a atenção para o modo como foi feito e tudo indica que ocorrerá novamente, pois como a Auxiliar de Enfermagem do Trabalho referiu que atualmente há “[...] ordens do Secretário de Saúde para que encerre a assistência.” Em linhas gerais, essa mudança de enfoque do trabalho decorreu de uma conjuntura assumida pela administração do município, a qual foi reeleita nas eleições de outubro de 2008, que a partir da perspectiva adotada critica o modelo de assistência em saúde praticado pelo CEREST, mas, ao mesmo tempo, racionaliza gastos com a prevenção e promoção da saúde, tornando-as inviáveis, pois, como se viu, houve cortes relativos aos cursos de formação em saúde do trabalhador e também redução da Equipe.

Neste processo, não pode ser desconsiderado que se tratou de uma mudança imposta, “de cima para baixo” e sem a devida preparação dos serviços para assumir a saúde do trabalhador no seu significado. Ademais, verifica-se que quando o Centro de Referência cortou a assistência ao trabalhador não se efetivou as ações de atenção à saúde, daí o sentimento de injustiça como revelado pela Fisioterapeuta “*Não é justo com esse trabalhador que custou conseguir uma ‘casa’ e agora ela se fecha para ele.*” e também pela Auxiliar de Enfermagem do Trabalho: “[...] quando o CEREST interrompeu os atendimentos os médicos também não fizeram outra atividade, então é difícil, você deixar de atender o trabalhador e o profissional vem aqui um pouquinho e vai embora [...]”. Então, mais uma vez, é destacado o papel do Coordenador para lidar com as vaidades e poder dos profissionais, bem como de estimular o envolvimento e atuação efetiva da Equipe e, talvez, a sua ausência tenha corroborado para o distanciamento do grupo e fracasso da proposta. No entanto, este não pode ser tomado como panacéia para todos os

problemas daquele serviço, embora o seu não comprometimento reflita no comportamento da Equipe, marcado pelo desestímulo e desinteresse, creditando maior grau de vulnerabilidade à esta Política.

O resultado disso pode ser visualizado na fala da Auxiliar de Enfermagem ao referir que “[...] para você ter uma idéia nós estamos em janeiro [2008] e eu marquei consulta com ortopedistas no NGA para março. São 60 dias de espera, isso porque o trabalhador é atendido no CEREST e se não fosse?”

Sobre a possibilidade de dar autonomia para a equipe desenvolver o trabalho iniciado e a partir das diretrizes da RENAST, parece que foi totalmente inviabilizada com a ida do órgão regional para o prédio acoplado a Secretaria Municipal de Saúde, numa estratégia clara de controle posta pelo “novo bloco” no poder, cristalizado na administração municipal que assumiu em 2005 e se manteve nas eleições de 2008. A situação da coordenação daquele serviço caracteriza o jeito desse “bloco” de “fazer política”, pois a escolha do coordenador se deu mais a partir da relação de confiança entre esse e o gestor, em detrimento da disponibilidade de tempo, envolvimento e dedicação do profissional a esta Política.

Em termos genéricos, tanto a tentativa de organizar o fluxo da saúde do trabalhador na rede SUS quanto a implantação do RAAT foram feitas a partir do frágil planejamento e discussão não sendo vislumbrado maiores preocupações em apreender a dimensão tecnológica e organizacional (divisão sócio-técnica, relações de poder inter e intra-serviços, sobrecarga de trabalho etc.) dos serviços de saúde. Isso gera um grande limite, à medida que há apenas a transferência de algumas funções, sem pensar ou adequar o funcionamento da rede para o seu desenvolvimento.

As relações intersetoriais também não se concretizaram entre o CEREST e os órgãos de ações co-relatas como o INSS, DRT e Vigilâncias e, ainda, os Sindicatos dos Trabalhadores. Fica claro que, na trajetória de implantação do CEREST, as tentativas de aproximação com o INSS e a DRT, não resultaram em ações efetivas, por exemplo, a 1ª CMST de Franca e da região não contou com a participação dos técnicos destes órgãos e durante a sua organização, também não foi possível contar com a presença e contribuição deles durante a Conferência, especialmente, no primeiro eixo temático¹³. Além disso, as iniciativas de cursos e conversas buscadas no INSS foram vistas como inviáveis ao Posto de Franca, devido a falta de funcionários, como justificado pelos responsáveis. Assim, as

¹³ A 1ª CMST de Franca e da região seguiu os eixos temáticos da 3ª CNST, quais sejam: 1) Como garantir a integralidade e a transversalidade da ação do Estado em saúde dos (as) trabalhadores (as)? 2) Como incorporar a saúde dos (as) trabalhadores (as) nas políticas de desenvolvimento sustentável no País? 3) Como efetivar e ampliar o controle social em saúde dos (as) trabalhadores (as)? (BRASIL, 2005e).

solicitações encaminhadas ao INSS de Ribeirão Preto, o que apesar de servir a ação educativa não cumpriu o objetivo de maiores articulações entre estes serviços. Quanto a DRT, o problema é evidenciado na convergência de ações, especificamente em relação às ações de vigilância nos ambientes de trabalho, gerando inclusive impasse, como destacado pelo Fiscal Sanitário e Técnico em Segurança do Trabalho do CEREST “[...] o agente fiscal demonstra que existe a competência, daí essa pessoa vai ligar para um advogado desinformado, ou liga para o Ministério do Trabalho, o qual não reconhece a nossa competência [...]”.

A questão da Vigilância em Saúde do trabalhador, entendida como “[...] processo de articulação de ações de controle sanitário no sentido de promoção, proteção e atenção à saúde dos trabalhadores” (MACHADO, 1997)¹⁴, não ocorre em Franca. As ações de vigilância em saúde ainda são recentes, sendo que o próprio SUS ainda não atingiu a sua maturidade, a saúde do trabalhador, incluindo as ações de vigilância segue esse processo, ainda em construção. Pelo lado das ações intersetoriais, de um modo geral, estas ainda não estão consolidadas nas políticas públicas, o que se verificou também nesta pesquisa.

Deve ser dito, que, especificamente, em relação às inspeções nos ambientes de trabalho, constatou-se que existe um confronto de poder entre Vigilância Sanitária e Delegacia Regional do Trabalho nas ações que poderiam ser feitas em conjunto. Observe que o Técnico de Segurança do Trabalho do CEREST expôs que há um parecer do Ministério do Trabalho, contrário ao SUS fazer inspeções nos ambientes de trabalho. Essa problemática também aparece no depoimento do Subdelegado da DRT – Franca, o qual disse que trabalho em conjunto é possível desde que respeitada as devidas competências. Na realidade, o que se verifica é um embate manifestado no cotidiano e, verbalmente, declarado durante o V Seminário de Saúde do Trabalhador de Franca, quando na Mesa: “A vigilância e as ações de saúde do trabalhador”, realizada no dia 21/09/2006, na UNESP-Franca, quando o Subdelegado da Delegacia Regional do Trabalho de Franca, ora entrevistado, se posicionou contrário as ações de vigilância em saúde do trabalhador realizadas pela Vigilância Sanitária local, enfatizando que os ambientes de trabalho são de responsabilidade exclusiva do Ministério do Trabalho. Na ocasião, o Promotor do Ministério Público do Trabalho de Campinas inferiu que não há inconstitucionalidade e que as condições de trabalho são problemas de saúde pública também e que o ideal é que ações fossem

¹⁴ O conceito de vigilância em saúde pode ter várias formulações, mas como destaca Machado (1997) citando Mendes (1994) este conceito “[...] situa as ações de saúde no âmbito de um dado território, o distrito sanitário, propondo uma mudança de referência em relação ao modelo assistencial tradicionalmente adotado; a nova perspectiva inclui promoção de saúde, atuação nos determinantes sanitários, coleta, análise e disseminação de informações sanitárias e atenção clínica. De acordo com esse modelo, estabelecer o território como elemento integrador das ações de assistência à saúde dos trabalhadores e de prevenção de agravos relacionados ao trabalho é essencial na concepção de vigilância em saúde do trabalhador aqui apresentada” (MACHADO, 1997).

feitas de modo articulado.

A Nota Técnica editada pelo Ministério do Trabalho afirma a sua competência exclusiva nas ações de inspeção nos ambientes. Os IST também manifestaram as dificuldades em relação as ações de vigilância nos ambientes de trabalho. Esse impasse pode ser visualizado na (longa) passagem da referida Nota, ora reproduzida.

Obviamente a incumbência do SUS para executar as ações de saúde do trabalhador e colaborar na proteção do meio ambiente de trabalho não se confunde com a atuação do Sistema de Inspeção do Trabalho em segurança e saúde no trabalho. Essas ações apesar de complementares, porque visam ao objetivo comum de prevenção dos infortúnios do trabalho, são claramente distintas; o SUS deve focar o trabalhador enquanto indivíduo reparando e prevenindo os danos à saúde oriundo ao exercício da atividade laboral, por meio de pesquisas para melhoria das condições de trabalho e realização dos exames médicos, já a Inspeção do Trabalho busca assegurar o cumprimento (eficácia) das leis de proteção do trabalhador, por isso a intervenção direta nos ambientes de trabalho a fim de garantir e assegurar a sua adequação às normas preventivas de acidentes e doenças. Por meio dessa atuação o Estado protege os trabalhadores enquanto coletividade hipossuficiente sujeita à danos a sua integridade física decorrente do desrespeito a ordem jurídica e pelo cumprimento da lei trabalhista ainda comuns na sociedade brasileira. Finalmente, a atribuição fiscalizatória da União, executada pelo Ministério do Trabalho e Emprego por meio da Secretaria de Inspeção do Trabalho e Emprego está prevista e definida constitucionalmente e infraconstitucionalmente; por outro lado as leis que regulam as atribuições do Sistema Único de Saúde não lhe competem a inspeção ou a fiscalização dos ambientes de trabalho (BRASIL, 2007b).

As políticas públicas, historicamente, seguiram o viés de serviços isolados, criando-se “ilhas” responsáveis por determinada área. Na saúde do trabalhador, não é diferente, como se verifica nas ações de vigilância feitas ainda de modo restrito às poucas fiscalizações e como se fossem responsabilidades de um único serviço. A Nota Técnica do Ministério do Trabalho, Secretaria de Inspeção do Trabalho e Departamento de Segurança e Saúde no Trabalho, nº. 234 de 30 de outubro de 2007 (BRASIL, 2007b) afirma que o SUS não teria atribuições respaldadas legalmente para atuar nos ambientes de trabalho e trata os agravos à saúde dos trabalhadores como uma questão de atendimentos e exames médicos individuais realizados pelo SUS e especifica que as ações de fiscalização são de responsabilidade do Ministério do Trabalho. Essa segmentação acaba por particularizar um todo (complexo) e, portanto, impossível de ser resolvido a partir de ações limitadas e focais desse ou daquele serviço. É preciso iniciar ações intersetoriais!

A concepção de Vigilância em Saúde é uma concepção mais ampla que visa romper com a dicotomia histórica entre os serviços de saúde, apesar de que este conceito pode ter várias explicações, como destacado por Lacaz, Machado e Porto (2002, p. 9), porém os autores expõem que se trata de uma “[...] proposta de rearticulação das práticas sanitárias, combinando tecnologias distintas inclusive do ponto de vista gerencial, caracterizando-a como uma prática que organiza

processos de trabalho em saúde, visando intervir sobre os problemas de modo contínuo, num dado território [...]” direcionados “[...] aos determinantes clínico-epidemiológico sociais e de condições de vida dos grupos populacionais em seus diferentes períodos etários dentro do processo saúde – doença” (MONKEN, 2000 apud LACAZ; MACHADO; PORTO, 2002, p. 9). A partir do vetor epidemiológico e da descentralização e territorialização busca romper com o paradigma médico assistencial e sanitário vigente no SUS, na perspectiva da “[...] construção de políticas públicas, atuação intersetorial, intervenções particulares e integradas de promoção, prevenção e recuperação em torno de problemas e grupos populacionais específicos, onde a base do planejamento das ações está inscrita na análise de situações de saúde nos territórios” (MONKEN, 2000 apud LACAZ; MACHADO; PORTO, 2002, p.10).

Lacaz, Machado e Porto (2002) constataram que as ações de saúde do trabalhador no SUS ainda são incipientes, cita que com exceção na região Sudeste, onde em decorrência do processo de municipalização da saúde ser mais avançado e na região Nordeste, na Bahia, onde houve a consolidação e desenvolvimento da área por meio da importante experiência do Centro de Estudos do Trabalhador (CESAT) é onde tem ocorrido maior efetividade, mas ainda assim as ações não são homogêneas. Nas demais regiões, os autores explicitam que as ações de vigilância em saúde ainda são bastante precárias e descontínuas.

Em tese, a saúde pública começa a desenvolver as ações de saúde do trabalhador na década de 1980, quando desenvolvem as experiências dos PST, mas essas foram descontínuas e não alçaram o caráter hegemônico no sistema de saúde. Então é a partir da década de 1990 com a publicação da Lei Orgânica da Saúde (CRESS, 2004a) especialmente no artigo 6º; da Portaria nº. 3120 – Instrução Normativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS, de 1º de julho de 1998 (BRASIL, 2005a); da Norma Operacional de Saúde do Trabalhador (NOST – SUS), nº. 3908, de 1998 (BRASIL, 2005b) e a criação da RENAST, Portaria nº. 1679 de 2002 (BRASIL, 2005c) que o campo Saúde do Trabalhador começa a ganhar corpo jurídico no interior do SUS, como já enfatizado no terceiro capítulo. Desse modo, trata-se de um exercício recente da saúde pública e como tal convive com uma precária estrutura de recursos materiais e humanos, como declarado pelos IST.

Assim, a vigilância em saúde do trabalhador no SUS contemporânea ao movimento de construção do campo – Saúde do Trabalhador –, especialmente da influência do modelo de determinação social da doença; da medicina social latino-americana e da

experiência italiana na vertente do Modelo Operário¹⁵, busca superar a fragmentação entre a vigilância epidemiológica, sanitária e os serviços da rede SUS.

Lacaz, Machado e Porto (2002) destacam a potencialidade das localidades que a partir do envolvimento do coletivo de trabalhadores podem desencadear estas ações de modo sistemático. Inferem também que a capacidade de recursos, a qualificação da Equipe, a integração das diferentes atividades, a captação de dados e a intervenção são importantes elementos para o sucesso das ações de vigilância em saúde do trabalhador.

Observa-se que apesar de ter ocorrido o curso de vigilância em saúde do trabalhador em Franca, o CEREST não iniciou as respectivas ações, nem mesmo por aqueles técnicos com formação específica, Engenheiro e Médico do Trabalho, também não ocorreu a articulação com os órgãos que já vinham realizando estas ações como a DRT ou a Vigilância Sanitária.

Os profissionais, que compõem a Equipe do CEREST- Franca não têm o tal “poder de polícia” para entrar nos ambientes de trabalho. Assim a inspeção nestes ambientes fica a cargo da Vigilância Sanitária, em especial, na pessoa de um fiscal sanitário, o qual também é Técnico de Segurança do Trabalho do Centro de Referência. Isso já remete a um primeiro limite: somente uma pessoa é responsável pelas ações de vigilância em saúde do trabalhador. A partir dessa dificuldade desencadeiam todas as outras expressadas na falta de retorno das ações aos solicitantes (Equipe do CEREST ou Sindicato) e a falta de envolvimento com outros setores.

As ações de vigilância são desconexas as da Equipe, a Vigilância Sanitária que oficialmente vem sendo reconhecida no SUS para desenvolver tal atividade não está articulada ao CEREST e vice-versa, apesar destes serviços congregarem a mesma Divisão (Divisão de Vigilância em Saúde?). O fato do fiscal sanitário, responsável pelas ações de vigilância, ser também membro da Equipe do Centro de Referência é uma mera contingência. Esse é fiscal sanitário há 18 anos, o que lhe permite o acúmulo do conhecimento, inclusive porque o SUS tem priorizado os cursos de formação para os trabalhadores da saúde, além disso, deve ser considerado também o fato deste ter feito o curso de Técnico em Segurança do Trabalho custeado, inclusive com verba do CEREST. Contudo, como mostram os

¹⁵ “[...] Não delegar, não monetizar os riscos e buscar a validação consensual em grupos homogêneos -, esses princípios foram interpretados a luz do neopreventivismo do movimento sanitário brasileiro e incorporado nas experiências de desenvolvimento de ações de vigilância em saúde do trabalhador no interior do sistema de saúde na década de 1980, inicialmente de forte cunho sindical e acadêmico, em São Paulo em 1984 (Augusto et al., 1986), seguido por Rio de Janeiro, Minas Gerais e Bahia no final dos anos 80 e, posteriormente, 1990, generalizado pela Lei Orgânica de Saúde, base da reforma sanitária e do Sistema Único de Saúde – SUS” (DIAS, 1994 apud MACHADO, 1997).

depoimentos, as ações de vigilância em Franca vêm sendo feitas de modo individual, não há troca e tampouco se compartilha experiências com a Equipe, não oferece a condição de formar “novos dirigentes”, sitiando os problemas vivenciados pela classe trabalhadora em geral a uma situação singular “resolvida” de modo individual.

Acredita-se que o envolvimento de técnicos do CEREST, independente da formação acadêmica, e também de outros setores nas ações de vigilância em saúde (que não é apenas fiscalização) pode conduzir a formação de uma cultura favorecedora de mudanças mais profundas na relação trabalho e saúde. Os depoimentos mostram que é necessário ir até os ambientes de trabalho. A Auxiliar de Enfermagem do Trabalho descreveu a imagem de um trabalhador coberto de pó e questionou como estaria o pulmão daquele trabalhador, ou seja, chama a atenção para uma realidade objetiva de trabalho que “*de dentro*” do Centro de Referência pode não ser possível ter esse conhecimento. Assim, as visitas aos ambientes de trabalho são necessárias, inclusive para instrumentalizar a Equipe para as ações de prevenção e promoção da saúde. Desse modo, da forma com vem sendo feita em Franca, as ações de vigilância nos ambientes de trabalho não possibilitam as estratégias de formação de novos personagens para se fazer Vigilância em Saúde. Ou seja, há uma crítica em relação a DRT que não aceita que o SUS faça vigilância em saúde do trabalhador, mas dentro do SUS, especificamente da Vigilância, observa-se a não aceitação que outros profissionais façam vigilância. Assim, não há trabalho integrado e ainda os depoimentos apontam que quando solicitada ações de vigilância não se obtém respostas.

Os IST referem a falta de conhecimento no que o CEREST poderia contribuir na região e também sentem a ausência de conhecimentos específicos para as ações de fiscalização nos ambientes de trabalho, daí que eles acreditam que se contassem com um Técnico de Segurança do Trabalho nas equipes de vigilâncias esse problema poderia ser sanado. Acredita-se que é de extrema importância ampliar as equipes, mas lembra-se que as ações mais amplas, capazes de compreender os determinantes sociais da saúde do trabalhador não estão dependentes apenas deste o daquele profissional e sim do trabalho em Equipe interdisciplinar e intersetorial.

De fato, não foi possível realizar um curso de formação em saúde do trabalhador, as ações de educação em saúde, como se observa no item trajetória do CEREST, partiram da boa vontade de técnicos que em respostas as carências observadas pela Equipe do Centro de Referência e pelos IST, tentaram realizar, esporadicamente, alguns eventos, na maioria das vezes, de curta duração, ou seja, além do curso realizado pelo CVS acerca das ações de vigilância em saúde do trabalhador, que teve um total de 80 horas e aquele de prevenção de

acidentes de trabalho com mãos, desenvolvido pela Fundacentro, num total de 40 horas, os demais se resumem a mini-cursos.

As iniciativas com vistas a formação em saúde do trabalhador foram inviabilizadas, justificadas pela falta de verba, como demonstrado no caso das propostas dos cursos de formação e também na própria realização da Conferência, em 2005. Tudo isso, repercutiu na precária relação entre o CEREST a rede SUS e também entre a região.

Para finalizar também se constatou que o CEREST não desenvolve trabalho de Equipe planejado e organizado, apesar de ter um plano de trabalho com diretrizes para a articulação e integração com outros serviços da rede SUS e outros órgãos, estas não são operacionalizadas à medida que as ações são isoladas e fragmentadas, isto é, o Centro de Referência ainda atua na perspectiva de resolver problemas pontuais e focalizados em Franca, pois as poucas intervenções voltadas para a região apesar de iniciadas foram interrompidas. Cria-se assim um conjunto de mecanismos negativos que incide diretamente sobre a intervenção prática desta Política que se distancia das diretrizes da RENAST e também do seu caráter regional.

A efetivação desta Política depende de maiores aprofundamentos teórico-práticos dos profissionais que compõem a Equipe técnica do CEREST, entre eles o assistente social. Como Iamamoto (2005) já afirmou em relação a atuação do Serviço Social no século XXI, essa profissão vem requerendo ampla e profunda mudança que permita a mediação entre as bases teóricas já acumuladas e a operatividade da atuação, dir-se-ia que isto cabe também aos trabalhadores do campo – Saúde do Trabalhador -, tendo em vista que é necessário a construção de novas alternativas que contemplem as condições e relações sociais de trabalho.

Entre essas alternativas há de se fazer o destaque especial para a pesquisa acerca da realidade de trabalho que os sujeitos se inserem, mas que contemplam também os trabalhadores do SUS, a dinâmica dos serviços, o trabalho interdisciplinar e intersetorial. Pois, como se viu, a política de saúde do trabalhador não se efetiva e também não se operacionaliza por meio apenas de um serviço e tampouco de um profissional.

Há de se reforçar também a dimensão política deste campo, minado por interesses antagônicos da sociedade civil e, portanto, da direção política adotada e assumida pelos técnicos e pelo gestor. Assim, a sua efetividade perpassa o desenvolvimento da consciência crítica, a qual não está dependente apenas das vivências ou só do conhecimento teórico, é, pois, na intrincada relação (orgânica) entre teoria e prática que se visualiza as bases para o seu real desenvolvimento. Portanto, esta Política não se efetiva sem a relação orgânica com a classe trabalhadora.

CAPÍTULO 7

O CONTROLE SOCIAL NA SAÚDE DO TRABALHADOR: UM CONVITE À CLASSE TRABALHADORA

*O homem deve ser concebido como um bloco histórico de elementos puramente subjetivos e individuais e de elementos de massa – objetivos ou materiais - com os quais o indivíduo está em relação ativa. Transformar o mundo exterior, as relações gerais, significa fortalecer a si mesmo, desenvolver si mesmo. É uma ilusão, e um êrro, supor que o “melhoramento” ético seja puramente individual: a síntese dos elementos constitutivos da individualidade é “individual”, mas ela não se realiza e desenvolve sem uma atividade para o exterior, atividade transformadora das relações externas, desde com a natureza e com os outros homens - em vários níveis, nos diversos círculos em que se vive – até a relação máxima, que abraça todo o gênero humano. Por isso é possível dizer que **o homem é essencialmente “político”**, já que a atividade para transformar e dirigir conscientemente os homens realiza a sua “humanidade”, a sua “natureza humana”.*

GRAMSCI, 1966, p. 48, grifo nosso.

Os Sindicatos ganham muito e fazem pouco, o sindicato é o maior enganador que tem neste país e é muito bom para fazer Deputado, Senador, Ministro, até Presidente da República Sindicato faz. Agora, ele não faz capacitação e treinamento. O que nós vamos fazer para os cortadores de cana quando estiver tudo mecanizado? O Sindicato recebe o imposto referente a um dia de salário do trabalhador, isso é obrigatório, mas qual é a contrapartida que o ele oferece? Eu não vejo nenhuma. Não vejo ninguém se movimentar para montar curso para esse pessoal, ensinar pelo menos a ler e escrever, montar creche para os filhos dos trabalhadores, colocar um curso de noções de meio ambiente, de noções de saúde do trabalhador nas Escolas para que essa menina que está vindo possa futuramente trabalhar em condições ambientalmente corretas... Agora o sindicato não faz isso, ele só sabe fazer política e mais nada. (Engenheiro GVS- Regional).

Eu sou sindicalista, no momento não estou atuando, mas sou sapateiro há 27 anos, por durante 15 anos atuei como sindicalista, eu atuava dentro da fábrica e depois fui liberado para atuar no Sindicato, daí fiquei seis anos e a saúde do trabalhador era uma meta, então eu sou meio suspeito, mas eu acredito que o papel do movimento sindical é de puxar essa discussão, existem Universidades interessadas, várias pessoas poderiam contribuir, mas o Sindicato dos Sapateiros e os outros também, infelizmente, estão parados nessa questão... Eles têm a política traçada deles, mas poderiam fazer mais pela saúde dos trabalhadores, puxarem Seminários, reuniões... Eu pude conhecer outras experiências como no estado do Rio Grande do Sul e da Bahia.... Além do Sindicato a Universidade também tem um papel muito forte e essa união ajuda a comprar a briga, porque saúde do trabalhador é uma coisa complicada que você precisa de estudos e de gente interessada.... (Biro, Ex-sindicalista e ex- Presidente do Conselho Gestor do CEREST).

O Conselho Gestor e eu me insiro nisto, não está fazendo o papel que tem de ser feito. É preciso reorganizar este Conselho até porque tem muitas questões do CEREST que são preocupantes, por exemplo, o uso indevido do carro do CEREST, nós do Conselho temos que fazer a discussão dos recursos. Tem gente usando o automóvel para outros fins e não para uma fiscalização ou uma pesquisa, a gente vê o carro circulando, e observa pelos lugares e pelas pessoas que estão dentro dele, que não tem nada a ver com a saúde do trabalhador, o pior é que não é apenas uma ou duas vezes, mas sempre. Além disso, tem um grupo dentro do Conselho Gestor ligado à gestão pública que não deixa o Conselho Gestor se articular e fazer um trabalho adequado ao seu papel... (Diretor I - Sindicato dos Sapateiros - e conselheiro do Conselho Gestor do CEREST de Franca).

O Conselho Gestor é importantíssimo. Mas está desarticulado, sinto falta desses encontros de pessoas que são de outras áreas, acho que eles são grandes parceiros... Não serão os funcionários do Centro de Referência que conseguirão a transformação, inclusive é uma transformação cultural e se a gente não tiver a população, controle social, mobilizada e também os sindicatos, não vão ser quatro ou cinco funcionários públicos de uma Prefeitura que vão conseguir transformar alguma coisa.. Então eu penso que o Conselho Gestor é uma grande força, ele é um olho fora do CEREST. (Psicóloga do CEREST).

O Centro de Referência tem dificuldade de espaço físico, de fazer ações, de locomoção, de gerenciamento..., mas poderia haver mais facilidade para isso porque é uma Política que tem dinheiro disponível. Eu não tenho conhecimento de como a verba está sendo gasta, porque não é passado para a Equipe, pode ser que até alguns membros vão atrás, talvez porque estão mais próximos da administração, mas o repasse dessa informação não é uma sistemática de trabalho. A informação extra-oficial, na semana passada [abril de 2008] é que tem quatrocentos mil reais em caixa, esse dinheiro fica depositado em conta específica, então o Conselho Gestor tem um papel nisso aí... (Médico do Trabalho do CEREST).

Teve uma compra de dezenove televisores e dezenoves vídeos, um para cada Unidade de Saúde, isso com a verba do Centro de Referência, mas não teriam coisas mais importantes para serem feitas com a verba do CEREST? Eu acho que precisa desta discussão, este acompanhamento do Conselho Gestor, porque você vê também foi comprado um televisor e um vídeo para o CEREST e está encaixotado ali, naquela caixa há nove meses, aguardando ser fixada para que os trabalhadores enquanto esperam a consulta assistam vídeos educativos. [Por que ainda não foi colocada?] falta um suporte para segurar a TV no alto. [Em relação aos recursos financeiros você sabe quanto o CEREST recebe?] Não. Não há nenhuma informação oficial de quanto o CEREST recebe e no que é gasto. (Auxiliar de Enfermagem do Trabalho do CEREST).

Neste capítulo, analisa-se um traço peculiar da política de saúde do trabalhador no SUS: o controle social na realidade singular ora pesquisada, e também se faz um convite à classe trabalhadora para que essa inclua nas suas pautas de reivindicação e de luta a questão da participação nas políticas públicas, em especial na avaliação, fiscalização, acompanhamento e na deliberação das ações a serem implementadas em defesa da saúde do trabalhador, na vertente pragmática do Conselho Gestor do CEREST.

O controle social abordado aqui se refere a relação entre Estado e sociedade civil, no que tange à participação na co-gestão das políticas públicas. Este esclarecimento é necessário haja vista que historicamente o controle social foi entendido como controle utilizado pelo Estado e Capital no disciplinamento e docilidade dos cidadãos, na imposição de suas regras e normas¹, com vistas a solidificar a sua cultura e hegemonia.

Mas essa acepção sofre profunda inversão a partir da promulgação do SUS na Carta Constituinte, quando em 1988 foi garantida, além do direito universal à saúde, a participação da comunidade no seu acompanhamento e fiscalização. Assim, abre-se o flanco – institucionalmente garantido no interior do Estado – para que a população não apenas vote nos representantes políticos para dirigir as cidades, estados ou o país, mas também que acompanhe a sua administração e opine na direção dos recursos e diretrizes e, sobretudo, fiscalize a sua aplicação.

Nessa discussão é importante reconhecer que a sociedade civil não é um espaço

¹ Ver importante discussão feita por Foucault (1987), especialmente no que tange ao uso da tecnologia do saber para o controle do corpo biológico, social e político. Seu estudo, resumidamente, revela que as formas de punição vão se constituindo em uma tecnologia política do corpo, como metodologia de enfatizar as relações de poder, determinando-se como uma “microfísica do poder” que elucida a autoridade, não apenas por meio da punição e repressão, mas também representa uma forma de dominação mais abstrata do Estado sobre a sociedade. O autor descreve além das formas de tortura, suplício e desenvolvimento do sistema penal, a tecnologia do saber que a partir do Programa Panóptico de Bentham – um modelo de prisão totalmente diferente, destacada pela tecnologia política e pela capacidade de fazer funcionar as relações de poder e de induzir no recluso a consciência de estar sempre vigiado (torre central), não sabendo quando e quem o vigiava – desenvolveu poderosa forma de disciplinar o corpo (biológico, social e político) por meio de aspectos mais abstratos e disseminados pelas várias instituições de saúde, educação, sistema prisional e nas fábricas (LOURENÇO, 2004).

neutro, mas sim um espaço onde as classes sociais estão em constante disputa pela hegemonia e pelo poder político². É nessa disputa que se constroem as políticas sociais e os aparelhos institucionais que por certo atendem algumas demandas da classe trabalhadora, mas, via de regra, estão a serviço, sobretudo, dos interesses dominantes.

Reforça-se que a sociedade civil não é um espaço homogêneo, mas heterogêneo e contraditório, em que se forja a luta de classes e a “guerra de posição”. Na concepção gramsciniana a sociedade é chamada de oriental ou ocidental. Essa classificação não tem nenhuma relação com o aspecto geográfico, não é um processo estático, mas profundamente dinâmico e histórico, trata-se do desenvolvimento social da sociedade (SIMIONATTO, 2004).. Quando o Estado não considera a relação de poder e de classe que perpassa a sociedade, essa, por sua vez, se põe como desautorizada e desorganizada, o Estado seria restrito e a sociedade civil gelatinosa ou sociedade oriental. Já as sociedades ocidentais estão diretamente relacionadas ao conceito ampliado de Estado, no reconhecimento da sociedade civil, enquanto espaço contraditório, no qual se expressa as forças sociais em jogo que mantém relação com o Estado. Nestas são formadas as instituições de organização coletiva (sindicatos, partidos, associações etc.) de educação, arte, cultura, comunicação, enfim mecanismos que pressionam o Estado a se relacionar com a sociedade. Mas como aponta Coutinho (2006) não se pode negar a permanência de traços orientais em uma sociedade civil ocidentalizada.

Coutinho (2006) explica que a ocidentalização é um processo histórico. No Brasil, este processo teria se iniciado na década de 1930, quando as relações entre Estado e sociedade civil, mas foi duramente reprimido durante o regime militar, porém, ocorre, justamente neste período, a tendência à ocidentalização, pois o militarismo não possuía uma base de massa organizada e, assim, não foi possível subordinar a sociedade civil totalitariamente ao Estado. Destaca o autor ainda, que o Estado tentou domesticar a sociedade por meio de uma fachada de Estado de direito ampliando-se em algumas áreas. Criou-se uma “fachada legal” e a sociedade civil soube-se aproveitar desta. O autor sublinha dois movimentos importantes: o bipartidarismo, sendo que o partido de oposição denominado de Movimento Democrático

² Coutinho (2000, destaques do autor) destaca que Sociedade civil é um espaço de luta, de interesses de classes de articulação política, ou seja, é uma unidade dialética, daí que o Estado é considerado como ampliado, porque há uma relação orgânica entre Estado, sociedade civil e política. Entretanto, o seu conceito emergiu no Brasil nos idos de 1970, quando floresceram os movimentos sociais, sindical – novo sindicalismo - e populares, época em que há a leitura do pensamento de Gramsci. Houve, então, a compreensão errônea de sociedade civil, que no auge do seu modismo “[...] tornou-se sinônimo de tudo aquilo que se contrapunha ao Estado ditatorial, o que era facilitado pelo fato de ‘civil’ significar também, no Brasil, o contrário de ‘militar’. Disso resultou uma primeira leitura problemática do conceito: o par conceitual sociedade civil / Estado, que forma em Gramsci uma unidade na diversidade, assumiu os traços de uma dicotomia radical, marcada ademais por uma ênfase maniqueísta [...]”.

Brasileiro (MDB) devidamente autorizado pelo regime “[...] tornou-se progressivamente uma efetiva frente política de oposição ao regime, que abrigava desde liberais conservadores até comunistas” (COUTINHO, 2006, p. 43) e o movimento de trabalhadores do ABC paulista, organizados em sindicatos buscaram romper com o corporativismo estatal estabelecido desde a década de 1930, assim, em 1980 emergiram novos partidos diretamente da sociedade civil, como o PT. Desse modo, o processo de ocidentalização da sociedade civil desembocou na eleição presidencial, a qual pôs fim ao regime militar.

Nesta perspectiva, Vieira (1998, p. 12) destaca que o Estado não é um ente autônomo da sociedade civil, é antes, como já expressado, a sua representação. Daí que as condições para a democracia estão dependentes dela. “Se é uma sociedade fortemente democrática, tende a construir um governo democrático, mas se é extremamente autoritária, discriminatória, violenta, não tende a sustentar essa espécie de governo. O Estado não cria a sociedade; é o inverso que ocorre.”

A democracia decorre de um processo social “[...] não é um estado, é um processo; não constitui um estágio, mas um processo” (VIEIRA, 1998, p. 12), a qual se vincula a coletivização das decisões³ e há uma adesão cada vez maior da sociedade civil sobre os interesses da administração pública.

Dessa maneira, a partir da Constituição Federal de 1988, houve a formação dos Conselhos prevendo a participação da comunidade, o que ficou conhecido como controle social, que remete ao acompanhamento e a fiscalização da sociedade nas decisões e ações do Estado. O controle social da administração pública, especialmente, por meio dos Conselhos de direito e os setoriais, se constitui, então, o mais importante pilar do Estado de direito democrático.

Os Conselhos podem ser vistos como importantes estratégias para a efetivação da esfera pública (RAICHELIS, 2000), bem como para a reforma democrática e ampliação do poder político (CARVALHO, 1995). Na saúde, os conselhos constituem-se de usuários, trabalhadores da saúde, gestores e prestadores de serviços. Essa composição paritária, representante de diferentes interesses, é favorecedora do embate político e do confronto de interesses frente às diretrizes, custeio e aplicação dos recursos da saúde pública. Daí emerge o consenso que na perspectiva gramscianiana não se trata de conciliação, mas de disputa de posição e de correlação de forças.

Reconhece-se que por certo não há homogeneidade no papel dos Conselhos e que

³ “Quanto mais coletiva é a decisão, mais democrática ela é. Qualquer conceito de democracia, e há vários deles, importa em grau crescente de coletivização das decisões” (VIEIRA, 1998, p. 12).

muitos ainda ficam mais no plano da conciliação e da ausência de debate e, portanto, mais corroboram com a manutenção do poder hegemônico do que o questiona. Então, não se trata de depositar toda a responsabilidade nos Conselhos, e abordar estas instâncias de controle social no sentido messiânico, como já havia alertado Carvalho (1997), mas de construção de uma nova cultura da gestão das políticas públicas, ainda em andamento.

Acredita-se na capacidade criadora da discussão dos grupos, no desenvolvimento de novos sujeitos críticos, na avaliação, na fiscalização e no acompanhamento por meio dos Conselhos, que num processo em espiral pode fortalecer as políticas públicas e também os conselheiros, que ao participar da co-gestão destas políticas, desenvolvem-se na sua condição de cidadão ou do processo que vem sendo denominado de *empowerment*⁴.

Embora o Conselho e a co-gestão da sociedade nas políticas públicas seja importante mecanismo para a democracia, isso não é suficiente para efetivar a sociedade democrática. Coutinho (2006) explica que não basta instituir as regras do jogo, mas é preciso que essas realmente sejam democráticas. Além disso, não se trata apenas de ter a presença de representados, porém para que estes assim o façam, são necessárias condições jurídicas econômico-sociais para o respeito e cumprimento a tais regras.

A participação cidadã⁵ significa um salto qualitativo nas relações entre Estado e sociedade, mas não se deve partir de uma visão ingênua que o fato de haver possibilidades de participação da sociedade civil na ingerência da gestão pública que esta seja efetivamente democrática, pois como já destacou Coutinho (2006, p. 26) problematizando o conceito de democracia ao longo da história parafraseando Jean-Jacques: “[...] não há democracia efetiva onde existe excessiva desigualdade material entre os cidadãos.” Então, a destacada soberania popular garantida na Carta Magna de 1988 que, além do sufrágio universal, prevê a participação da sociedade na gestão do que é público, esbarra em inúmeras dificuldades, entre elas, a desigualdade material, o que interfere na imposição dos interesses dos que compõem o “bloco do poder”⁶.

⁴ “[...] Uso o termo ‘capacitar’ próximo do termo inglês *empower*, do que se deriva o substantivo *empowerment*; embora de origem liberal, seja por atrelamento ao mercado, seja, sobretudo por apego ao conceito individualista de cidadania, contém, porém a noção de que os pobres não podem ser objetos de políticas, mas o sujeito fundamental delas. Obviamente não se trata de ‘dar poder’, porque poder não é dos poderosos, como é invariavelmente o caso de entidades de desenvolvimento como Banco Mundial” (CAUFIELD et al. apud DEMO, 2003, p. 95, destaques do autor).

⁵ Este conceito está relacionado a participação na esfera pública e na interlocução direta da sociedade civil com o Estado. Este tipo de participação é contínua, como a que ocorre nos Conselhos (CARVALHO, 1995; COHN, 2000; GOHN, 2006).

⁶ “[...] Dou alguns exemplos. Todos sabemos que numa eleição, do ponto de vista formal, cada um de nós tem um voto e o dono de uma rede de televisão também tem um voto. Sabemos, que o voto, por exemplo, de um Roberto Marinho, depositado na urna, vale tanto quanto o nosso. Mas ele tem o poder de conquistar milhões de votos

Observa-se também que entre os vários limites para a efetivação da participação cidadã, está a falta ou a incipiente adesão dos grupos ou instituições de participação ativa na gestão das políticas públicas. Assim, muitos conselheiros, alguns até organicamente ligados a sindicatos ou outras entidades representativas dos trabalhadores, estão imersos a uma concepção de mundo, muitas vezes, embrionária no que tange à defesa dos princípios e diretrizes do SUS. Dessa atuação, distante daqueles princípios e do debate da luta pelo direito à saúde pública de qualidade, manifesta uma ação dos conselheiros ainda descontínua e subordinada, a outro grupo, geralmente, àquele que representa o poder hegemônico, o que tem reverberado em constantes queixas por parte dos conselheiros por capacitação e preparação técnica para melhorar as condições de participação (LOURENÇO, 2004). Reconhece-se, então, que o desenvolvimento da cultura participativa, pode estar dependente de um processo pedagógico mais amplo, mas, sobretudo, do envolvimento da classe trabalhadora organizada.

Frisa-se que não se está falando em formação técnica ou profissionalizante e sim da construção de possibilidades de elevar as demandas populares ao nível do Estado e dessas se fazerem representadas. Ou seja, o canal da participação aberto a partir dos movimentos sociais, populares e políticos de meados de 1970, consubstanciados pela Carta Magna em fins da década seguinte, é uma conquista para a democracia, mas ainda em construção. Com isso, destaca-se que não basta apenas boa vontade em participar, mas que a ação participativa, consciente e crítica se constrói na relação concreta e histórica com o grupo que se representa. Nessa troca e intercâmbio orgânico com o campo ontologicamente determinante da formação política do conselheiro, é que se podem processar as mudanças na política em voga, em prol da saúde dos trabalhadores. Pois, se não há esse intercâmbio entre representante e representados corre-se o risco de absorver as proposições dos grupos hegemônicos como se

fossem as únicas e verdadeiras.⁷

através da manipulação feita pelos meios de comunicação que domina como proprietário privado. Isso transforma a suposta igualdade formal entre nós apenas numa aparência. Outro exemplo: todos temos formalmente o direito de ir e vir. Se tirarmos o passaporte na Polícia Federal comprarmos uma passagem na Varig ou na Air France, podemos ir a Paris e voltar. Todos temos esse direito formal, mas sabemos muito bem que nem todos podemos exercê-lo. Há os que não podem ir nem do Méier à Gávea porque não tem dinheiro para pagar o ônibus. Com isso, estou querendo dizer que a democracia - se a entendermos no sentido forte da palavra, isto no sentido da igualdade material, da participação coletiva de todos na apropriação dos bens coletivamente criados etc. - tem uma dimensão social e econômica. Não há efetiva igualdade política se não há igualdade substantiva, uma igualdade que passa necessariamente pela esfera econômica. E não é preciso ser marxista ou socialista para dizer isso: Rousseau já o dizia isso em pleno século XVIII” (COUTINHO, 2006, p. 26, grifo nosso).

⁷ Simionatto analisa que para Gramsci os homens recebem a visão de mundo externa de modo “passivo” e necessitam da educação para elaborar a sua própria visão de mundo. Daí que para sair do estado de “passividade”

Em relação ao Conselho Gestor do CEREST em Franca, os depoimentos apontam questões preocupantes quanto ao funcionamento adequado do Centro de Referência, visto que este Conselho não estaria conseguindo ter uma atuação mais incisiva no acompanhamento da política de saúde do trabalhador e dos seus gastos.

Os representantes do movimento sindical apontaram a falta de envolvimento dos respectivos sindicatos, inclusive o ex-presidente do Conselho Gestor do CEREST e ex-sindicalista diz que acredita muito no potencial do Sindicato para puxar a discussão da saúde dos trabalhadores. Ele menciona também a importância da articulação com a Universidade, como importante ferramenta para instrumentalizar e fortalecer o controle social e o envolvimento da sociedade com as questões afeita à saúde e ao trabalho. Contudo, parece que esse movimento não vem ocorrendo, portanto, cabe desvendar como vem se desenvolvendo a participação, ou melhor, o papel do Conselho Gestor do CEREST – Franca. Antes, porém acredita ser necessário evidenciar o papel dos sindicatos dos trabalhadores na implantação das políticas públicas.

Observe-se que o Engenheiro do Trabalho do GVS afirmou que o sindicato tem uma forte presença nos governos, inclusive é um órgão que elege seus representantes para os cargos públicos, e isso, segundo o Engenheiro, estaria errado, uma vez que o papel dos sindicatos é o de oferecer cursos de formação para os trabalhadores se inserirem no mercado de trabalho. Acredita-se que esta é uma visão equivocada porque o processo de redemocratização do Estado brasileiro só foi possível graças ao envolvimento dos movimentos sociais e de trabalhadores. Também se deve atentar para o caráter de questionamento, reivindicação e luta por melhores condições de trabalho, incluindo salários, direitos trabalhistas e previdenciários e de saúde protagonizado pelos trabalhadores, organizados coletivamente.

Entende-se que se o Sindicato fosse agenciador e proponente de cursos de formação profissional, como suscitou o Engenheiro do Trabalho do GVS, este órgão estaria servindo ao Capital e não aos trabalhadores na medida em que não estaria lutando pela garantia de direitos e melhoria das condições e organização do trabalho. A idéia expressada no referido depoimento embasa-se no pensamento conciliatório entre as classes (de empregadores e de trabalhadores), cujo propósito serve a despolitização da sociedade civil e o

é necessário conhecer e assumir a consciência de classe. Nesta perspectiva os “intelectuais orgânicos” adquirem papel fundamental para a elevação cultural das massas, na conquista do consenso e na direção político e ideológico por parte das classes subalternas. “Consegue-se sair dessa subalternidade quando se assume a consciência do significado do próprio operar, da efetiva posição de classe, quando se elabora uma nova concepção de política e de Estado. Mas esse processo não ocorre espontaneamente – exige um encontro entre intelectuais e massa” (SIMIONATTO, 2004, p. 49).

deslocamento de suas lutas para o campo ético-moralizante e, mais ainda, serve também a disseminação do entendimento que o desemprego é uma questão de qualificação técnica, quando na realidade vive-se o desemprego estrutural. Desloca-se assim a crise do sistema capitalista para o âmbito de uma categoria ou, ainda, o que é mais comum para o individual. Assim, o indivíduo passa a ser o responsável, quando na realidade vive-se um problema estrutural.

É, pois, com a organização coletiva da classe trabalhadora⁸ que foram estabelecidos os direitos políticos, essenciais para a organização operária, isto é, no século XIX foi conquistado o direito de votar e ser votado, de organização política (associações, partidos, reuniões etc.). A despeito do conceito de classe trabalhadora Alves (2008, p. 13, destaques do autor) destaca que ela não se restringe a sua conformação estatística relativa a divisão social do trabalho, mas, sobretudo, a consciência de classe “[...] capaz de transformar em si e para si aquela coletividade particular-concreta de trabalhadores proletários em sujeitos histórico real – a classe do proletariado – cujo movimento social e político tende a ‘negar’ o estado de coisas atual [...]”.

Então a história demonstra que a organização política da classe trabalhadora demandou a incorporação de suas demandas no interior do Estado, o que representou ameaça a hegemonia capitalista. Ou seja, para que fosse mantida a ordem e se preservasse o “status quo”, o Estado, conforme acepção gramsciniana⁹, incorporando a sociedade civil, política e seus aparelhos de hegemonia, implantou políticas sociais, como discutido nos segundo e terceiro capítulos, que vão ao encontro das demandas postas pela classe trabalhadora. Assim, a implantação destas políticas acaba sendo necessárias para manter o poder hegemônico.

A participação cidadã se efetiva por meio da classe trabalhadora no acompanhamento e fiscalização das políticas públicas, em especial da saúde do trabalhador. Essa é um contraponto necessário à visão hegemônica de se administrar o que é público, via de regra, marcada pela cultura

⁸ Alves (2008, p. 12, destaque do autor) ao discutir a categoria classe social explica que a condição de proletariedade (a despossessão das condições de produção da vida social) expõe homens e mulheres imersos a “classe social” que o autor coloca entre aspas porque ainda é uma classe em si e só a partir do momento em que esses homens e mulheres se unem para defender os seus interesses – classe para si – ou seja, a classe trabalhadora (sem aspas) se constitui a partir do desenvolvimento de consciência de classe. “Embora Marx afirme a existência fundamental de classes em todas as formas de sociedade que sucederam as antigas comunidades tribais, divisão fundamental de classe baseada na relação direta entre proprietários das condições de produção e os produtores diretos, que segundo ele (n’ O Capital), ‘revela o segredo mais íntimo, o fundamento oculto de todo edifício social’, consideramos que o significado pleno de ‘classe’ só aparece na sociedade burguesa, a sociedade mais social, e que tem no proletariado não apenas uma das classes fundamentais, mas a *classe social* propriamente dita que expressa como *potentia* o sentido ontológico de ‘classe’ como sujeito histórico.”

⁹ Correia (2006, p. 113) destaca que para Gramsci (2000) o “Estado é todo complexo de atividades práticas e teóricas com as quais a classe dirigente não só justifica e mantém o seu domínio, mas consegue obter o consenso ativo dos governados.”

elitista e coronelista que sujeita o interesse da população ao poder dos proprietários e mandatários da política local (SPOSATI; LOBO, 2005). A classe trabalhadora se representada pode interferir neste processo, estimulando a democratização do poder, mas para isso deve manter o vínculo com seus representados, inclusive na construção da cultura participativa e do direito à saúde, caso contrário, os conselheiros podem ser cooptados pelo discurso hegemônico e reproduzir a cultura patrimonialista ou clientelista que evidencia troca de favores e conquistas individuais e não coletivas e repetir a cumplicidade histórica da cultura paternalista do “[...] eu lhe atendo porque você é um dos meus” como referem Sposati e Lobo (2005).

Acredita-se que os partidos, sindicatos, associações ou outras entidades representativas dentro dos Conselhos podem apresentar e defender propostas diferenciadas do grupo dominante (gestores e prestadores de serviços) e agir realmente como “organizador da vontade coletiva” (GRAMSCI, 1966) e se assim for o Conselho Gestor do CEREST pode ser um importante mecanismo para que a classe trabalhadora se faça atendida nas suas prerrogativas relativas a saúde.

Observe que em depoimento a Psicóloga do CEREST pontuou:

[...] Não serão os funcionários do Centro de Referência que conseguirão a transformação, inclusive é uma transformação cultural e se a gente não tiver a população, controle social, mobilizada e também os sindicatos não vão ser quatro ou cinco funcionários públicos de uma Prefeitura que vão conseguir transformar alguma coisa [...].

A participação no Conselho é voluntária, portadora de nova hegemonia na condução das políticas públicas. É um complexo dinâmico não um fato mecânico, mas um devenir histórico de relação orgânica dos conselheiros com os representados. Essa discussão perpassa a questão do desenvolvimento da consciência crítica do Ser, que não se dá individualmente, à medida que serve-se do “bloco histórico” subjacente ao grupo a que pertence e se compõe do conjunto de referências imbricadas à teoria e à prática, ou seja, está organicamente vinculado aos princípios e valores (objetivos e subjetivos) de determinado grupo e que, portanto, orientam a ação.

Então, a efetiva participação está dependente da formação da cultura e do “bloco histórico” que não é individual, mas é no coletivo que se potencializa o aspecto político¹⁰ do Ser e os sindicatos dos trabalhadores, enquanto “intelectuais orgânicos” que são os principais potencializadores desta nova cultura. Daí que antes de adentrar na análise do controle social no SUS e na política de saúde do trabalhador em Franca, busca-se percorrer a trilha que destaca alguns feitos da classe trabalhadora na defesa da saúde.

¹⁰ “[...] o homem é essencialmente ‘político’, já que a atividade para transformar e dirigir conscientemente os homens realiza a sua ‘humanidade’, a sua ‘natureza humana’” (GRAMSCI, 1966, p. 48, grifo nosso).

7.1 Sindicatos de trabalhadores na construção e efetivação dos direitos

Criar uma nova cultura não significa apenas fazer individualmente descobertas “originais”; significa também e sobretudo, difundir criticamente verdades já descobertas, “socializá-las” por assim dizer; transformá-las, portanto, em base de ações vitais, em elemento de coordenação e ordem intelectual e moral.

GRAMSCI, 1966, p. 13.

Importa chamar a atenção para o fato de que a noção de cidadania firmou-se nas sociedades capitalistas em decorrência da formação da classe operária e das suas denúncias quanto às duras condições de trabalho e de vida. Foi a partir da chamada Questão Social, que os problemas individuais e particulares saíram da esfera privada e alcançaram a pública, constituindo-se em problemas coletivos e políticos e, portanto, a atuação reivindicativa da classe operária ameaçou a elite no poder e como resposta implantou-se medidas de proteção social, como já evidenciado nos segundo e terceiro capítulos.

Como se demonstrou no capítulo 2, a partir da Revolução Industrial, os trabalhadores organizados reivindicaram melhoria nas condições de trabalho. Como ilustrado, o movimento cartista colocou na pauta de discussão o estabelecimento da limitação legal da jornada de trabalho e o sufrágio universal. Outros direitos sociais foram sendo pleiteados como o direito a organização sindical e de greve o que chocou com o liberalismo à medida que os trabalhadores passaram a negociar o valor da venda da sua força de trabalho de modo coletivo e não mais individual.

Foi, então, a partir da organização da classe trabalhadora e na sua luta histórica contra a acumulação capitalista e da mais valia absoluta que foi ocorrendo a afirmação de alguns direitos como a regulação da carga horária, salário, proteção do trabalho da criança, adolescente e mulher e, entre outros, o direito de associação e de sindicalização. Por isso sempre que os interesses da classe trabalhadora choca com a hegemonia capitalista, estabelece-se certa ameaça à classe dominante e, portanto, oportunizam-se alguns ganhos à classe trabalhadora, materializados em benefícios sociais e do trabalho.¹¹

¹¹ Coutinho (1989, p. 54) problematizando a afirmação de Marx, o qual aponta que a limitação da jornada de trabalho na Inglaterra foi uma vitória para a economia política dos operários destaca que: “Essa vitória é importante, entre outras coisas, porque indica um fato novo: a possibilidade de, no interior da ordem burguesa, ainda sob a dominação de um Estado capitalista, ter lugar a representação de interesses (ainda que parciais) das classes subalternas, com a conseqüente formulação de políticas que respondam a demandas provenientes dessa classe.”

O Estado liberal, como mostra Coutinho (1989, p. 51), não deve intervir no mercado. Neste, busca-se garantir os interesses da esfera privada, da classe proprietária e dos meios de produção. Daí que “[...] não é de surpreender que Marx descreva o Estado de seu tempo, e o combata, como um ‘comitê executivo’ para gerir os negócios da burguesia.” Para Coutinho (1989, p. 52), Marx não poderia ter a visão de Estado ampliado, porque naquele momento se tratava de um Estado restrito de interesses individuais. Entretanto, “[...] Marx dá conta de que, para além dos interesses individuais, ganha corpo uma outra coisa, a que ele chama de ‘interesses de classe’”, ou seja, “[...] ele vê que o verdadeiro sujeito da história não é o indivíduo, mas são as classes, e que os indivíduos têm interesses comuns enquanto são membros de uma mesma classe.”

Assim, a partir de meados do século XIX o Estado liberal, pressionado pelas reivindicações dos trabalhadores, começou a incorporar novos atores e novas demandas

[...] Essa pluralidade de interesses, quando se organiza, cria o que Gramsci irá chamar de ‘sociedade civil’¹², uma nova esfera da superestrutura jurídico-política, que juntamente com o Estado-coerção, forma o Estado no sentido ‘ampliado’¹³. A introdução dos direitos sociais vai converter a ordem liberal em liberal-democracia e com a ampliação dos direitos sociais chega-se ao Estado de Bem Estar Social e a social-democracia (COUTINHO, 1989, p. 55).

Neste contexto, como pontuam Behring e Boschetti (2007), a partir de Marshal a política social pautou-se, primeiramente, pelos direitos civis garantidores dos direitos individuais (liberdade individual, propriedade, liberdade e justiça, com o aparato institucional para a garantia desses direitos), extremamente necessários aos ideários liberais pautados pelos direitos individuais de propriedade e de acumulação.

Os direitos sociais são contemporâneos a classe trabalhadora do século XX, quando após a 1ª Guerra Mundial houve a efetivação de alguns direitos de seguridade social, os quais se consolidaram no pós 2ª Guerra Mundial. Lembre-se que esses períodos também foram marcados pelas crises cíclicas de superprodução do capital, o que Mandel (1985) destaca como “ondas longas com tendência à estagnação” e “ondas longas com tendência expansiva”, estas últimas são tendencialmente mais curtas do àquelas. Na crise dos anos de 1930, como já destacado, o Estado, a partir do keynesianismo, incorporou as políticas sociais

¹² Reforça-se que a sociedade civil em Gramsci não é um espaço neutro, ao contrário, é na sociedade civil que ocorre a luta de classe pela hegemonia e pela conquista do poder político, é onde ocorre a constituição de espaços que congregam os interesses das massas (partidos, associações, sindicatos, comitês etc.) e, portanto, pode possibilitar o desenvolvimento do sujeito político coletivo (COUTINHO, 2000).

¹³ No sentido em que há uma relação orgânica entre Estado, sociedade civil e política.

como respostas à crise e às questões sociais em geral e, em particular, as do trabalho, especificamente dos assalariados urbanos.

Porém, deve ser dito que a crise do capital em âmbito mundial a partir da década de 1970 e, no contexto brasileiro, mais especificamente na década de 1990, provocou forte questionamento do Estado de Direito. Pois a conjuntura de financeirização da economia e mundialização do capital revelaram orientações ideopolíticas que implicaram no enaltecimento do mercado, como entidade autônoma, retração do Estado nas ações públicas, sociais e de regulação, bem como disseminaram o individualismo e novas formas de gestão do trabalho. Com efeito, assiste-se o enfraquecimento do movimento sindical, o que reverbera na deterioração da garantia de direitos do trabalho, das políticas públicas e, portanto, em pioras nas condições de saúde e vida da classe trabalhadora.

Por outro lado, houve também neste período a ascensão dos movimentos sociais. Lacaz (1996) destaca que o “novo sindicalismo” despontou no cenário da economia nos anos 60-70, especificamente nos setores de ponta da indústria da região do ABC (Santo André, São Bernardo e São Caetano) e foi essencial para o enfrentamento político e questionamentos acerca do papel do Estado nas políticas públicas, bem como para o lento processo de ruptura com o peleguismo e práticas assistencialistas feitas pelos sindicatos, desde a ditadura de Vargas, inclusive, o movimento sindical ao adotar o discurso do novo sindicalismo se empenha também em derrotar aquelas diretorias consideradas “pelegas”.

Lacaz (1996) sublinha que as greves, de finais da década de 1970, acentuaram, entre outros, o poder de massa dos trabalhadores. O discurso do movimento sindical rompeu com a perspectiva assistencialista e iniciou a cultura preventiva dos agravos à saúde dos trabalhadores, inclusive presente nos acordos coletivos, na realização de eventos e nos cursos para cipeiros. Também, destaca o autor, que durante os CONPAT, realizados pelo Ministério do Trabalho, os sindicatos dos trabalhadores questionaram a validade das CIPA¹⁴ que vinculadas aos empresários pouco serviam ao questionamento e à melhoria das questões de saúde. Os sindicalistas acreditavam que estas deveriam ser uma extensão daquele órgão na empresa, criticavam também a falsa idéia de segurança passada pelo uso dos EPI e denunciavam ainda a insuficiente fiscalização feita pela DRT nos ambientes nocivos à saúde

¹⁴ Lacaz (1996, p. 379 e 380, destaque do autor) destaca que em 1982, durante a Convenção das CIPAS de São Paulo as propostas deram as CIPAS um caráter mais propositivo, além de expor a necessária estabilidade no trabalho para os cipeiros, da autonomia destes para acompanhar o Médico, o Fiscal e o Engenheiro do Trabalho, que esses sejam eleitos e que possam se reunir livremente. “Mesmo considerando que alcançar os objetivos acima propostos era uma empreitada de difícil realização numa instância apenas consultiva, a atuação sindical dentro das CIPAS tornou-se um espaço em que seus **militantes** exerciam mandatos que lhe davam certa estabilidade para uma ação também política.”

dos trabalhadores. Contudo, Lacaz (1996) aponta ainda que o XIV COMPAT aderiu ao discurso das campanhas educativas e o colaboracionismo dos trabalhadores àquelas medidas.

Na década de 1970, a partir da estatização do seguro acidentes de trabalho, o INPS divulga estatísticas apontando o aumento crescente dos acidentes com repercussões econômicas brutais, inclusive em 1974 os custos com esses agravos equivaleram a 1% do PIB (LACAZ, 1996). Apesar disso, segundo o autor, a ênfase do movimento sindical ainda foi no sentido de recebimento de adicionais de salários previstos pela CLT, ou seja, a luta não incidiu sobre as causas, mas na “monetização do risco”. Apenas a partir da década de 1980 é que os sindicatos assumem uma postura de maior conscientização e de mobilização em detrimento das ações assistencialistas.

Parece que uma nova dinâmica da relação do sindicato com a saúde do trabalhador foi possibilitada com a formação da CISAT, em 1979, a qual em agosto de 1980 se tornou DIESAT, como pontuado no capítulo 3. Deriva daí a criação e publicização de textos, documentos e pesquisas que somados aos debates e demais eventos para envolver a sociedade na discussão da relação trabalho e saúde criou, como refere Lacaz (1996), o contradiscurso importante para a reversão do assistencialismo sindical em uma perspectiva mais propositiva e de conscientização política. O DIESAT ao desenvolver assessorias e disseminar o embasamento técnico-político das questões de trabalho e saúde favoreceu a construção de novos saberes e práticas e a formação de “intelectuais orgânicos” do movimento sindical.

A mudança do discurso sindical frente a relação trabalho e saúde pode ser caracterizada pela primeira greve devido a insalubridade e organização do trabalho, ocorrida em agosto de 1984, como explicita Lacaz (1996, p. 383):

Foi a greve dos 480 trabalhadores químicos da fábrica de esmalte Ferro Enamel, localizada em São Bernardo do Campo, realizada contra a intoxicação por chumbo de 31 operários da produção, a qual foi dirigida pelo Sindicato dos Trabalhadores Químicos do ABC. A suspensão da greve deu-se após a empresa assumir o afastamento do trabalho dos intoxicados, a suspensão temporária da produção de derivados do chumbo, a avaliação técnica e a entrega dos resultados de todos os exames médicos periódicos aos trabalhadores.

O DIESAT se constituiu em um importante mecanismo – um partido - para as causas da relação trabalho e saúde, à medida que foi incisivo na construção da nova cultura acerca da nocividade do trabalho, a qual passou a contemplar nas suas análises, estudos e pesquisas a organização e processo de trabalho e não mais apenas os ambientes e os respectivos fatores de riscos, além disso, articulou o saber à prática política (LACAZ, 1996). Nesse sentido, a realização de eventos e estudos aglutinou novos personagens, a exemplo,

destaca-se a realização das Semanas de Saúde do Trabalhador (SEMSAT), que, segundo o autor, ao longo de 15 anos propiciou o aprofundamento das questões agressivas à saúde de quem trabalha e instrumentalizou o movimento sindical na luta pela saúde. Entretanto, na década de 1990 estes eventos sofrem uma diminuição e podem ter sido atropelados pelas mudanças do mundo do trabalho (LACAZ, 1996).

Em seu estudo, Lacaz (1996), destaca também duas grandes pesquisas feitas pelo DIESAT solicitadas pelos Sindicatos dos Bancários e Metroviários, o resultado dessas teria servido aos acordos coletivos¹⁵, com vistas a sanar as causas dos problemas de saúde levantados, embora, segundo o autor, não tenha se estendido para outras categorias profissionais, denotando o predomínio do pragmatismo e imediatismo por parte da atuação sindical.

A saúde do trabalhador nos anos de 1980 contou com o início das experiências dos PST na rede de saúde, inclusive com forte articulação com o movimento sindical, como demonstrado no capítulo 3.

Mota (2000) explica que em decorrência do regime ditatorial o movimento sindical, representado especialmente pela CUT, exerceu a mobilização social de cunho anticapitalista e de forte teor reivindicatório, o que reverberou na socialização dos direitos do trabalho garantidos na Constituição de 1988 e também quando houve a tentativa de sua revisão em 1994. Assim, a inclusão dos direitos sociais da Carta Constituinte de 1988 fez parte de um movimento de abertura de “baixo para cima”, e exigiu, conforme destaca a autora, um esforço por parte dos partidos e sindicatos em organizar as demandas e assegurar a garantia daqueles direitos.

Contudo, as mudanças do mundo do trabalho, como já discutido no decorrer deste estudo, incidiram fortemente na organização coletiva dos trabalhadores. Pois em uma conjuntura do predomínio das relações de trabalho informal, do aumento do trabalho autônomo e domiciliar e também do desemprego estrutural fragilizou o movimento sindical. A “cultura da crise”, segundo Mota (2000), cria um consentimento social, inclusive dos trabalhadores para as reformas, que se põem como “salvadoras da pátria”. Essas reformas retiram direitos dos instrumentos legais outrora garantidos pelos trabalhadores que fragilizados pelas mudanças do mundo do trabalho as ratificam por meio do consenso, já que diante do desemprego a luta pela melhoria das condições de trabalho e de salário e mesmo da defesa das conquistas obtidas se torna mais difícil e, por vezes, distante do cotidiano dos trabalhadores ávidos em garantir a sua sobrevivência.

¹⁵ “É importante frisar que no caso dos metroviários a investigação permitiu negociar a alteração da escala da jornada de turnos alternados, com redução da duração da jornada semanal e ampliação das folgas. Sendo que no caso dos bancários levantou questões que foram retomadas e passaram a fazer parte de negociações da categoria nos anos seguintes” (LACAZ, 1996, p. 390).

Segundo Mota (2000), a partir da década de 1980 o empresariado também se organiza para constituição da sua cultura e socialização da sua visão de mundo, verificadas na arena política partidária e nas suas incursões nas políticas sociais, especialmente de educação e seguridade. Na década de 1990, houve a rearticulação das diversas frações da burguesia no Brasil, como a estreita relação entre as empresas nacionais e internacionais e o capital industrial, bancário, agropecuário e as empresas estatais. Assim, o empresariado imprime o seu modo de ação por meio dos representantes da sua classe seja no Congresso, devidamente eleitos para a defesa da hegemonia capitalista, ou seja, das relações e alianças entre a classe empresarial e técnicos e políticos no interior do Estado. A hegemonia burguesa devidamente representada se socializa também na própria relação entre Estado e sociedade (MOTA, 2000).

O neoliberalismo assumido como resposta à crise, determinada pelas relações sociais vigentes e as mudanças do mundo do trabalho caracterizadas pelo desemprego estrutural, terceirização e flexibilização fez-se sentir diretamente na capacidade organizativa da classe trabalhadora¹⁶ e, sobretudo, as respostas oferecidas por esta, que passam a ser mediatizadas pelos interesses imediatos e corporativos (RAMOS; SANTOS, 2008). Daí que a construção da hegemonia contrária a do capital fica difícil, debilitada e tímida, ocorrendo mais uma atitude defensiva por parte dos sindicatos que ofensiva.

A despeito das prerrogativas neoliberais, Ramos e Santos (2008) destacam que além da flexibilização das relações do trabalho as medidas impostas pelo receituário ditado pelo FMI e acordado pelo governo de FHC objetivou desestruturar a organização sindical, especialmente pela reforma sindical e trabalhista feita por aquele governo, o que repercutiu concretamente na desregulamentação de direitos do trabalho (contrato por tempo parcial de trabalho, banco de horas, subcontratação, terceirização) e na luta política que passou a ser propositiva, defensiva e mostrando-se impotente diante do sistema.

Nesta perspectiva, Alves e Ribeiro (2007, p. 6, destaques dos autores) sublinham que essas mudanças:

¹⁶ “O novo modo de organização transnacional da divisão sociotécnica do trabalho é uma estratégia altamente funcional ao capital com incidência em duas dimensões interpenetrantes e indissociáveis: primeiro a dimensão estrutural da resposta do capital à sua crise determinou o desemprego estrutural, a fragmentação dos contingentes de trabalhadores(as) pelo processo de desindustrialização, liofilização ou desintegração do chão fabril, o que implicou o surgimento de novas formas precarizadas de trabalho e o desenvolvimento de estratégias de sobrevivência por parte dos(as) trabalhadores(as) desempregados(as); segundo, a dimensão subjetiva da classe trabalhadora começa a sentir os abalos causados pela realidade objetiva. Ora, a luta pela sobrevivência tornou-se ainda mais complexa, acirrada, extenuante, limitada e pragmática, o que revela a ostentação de uma condição efetiva às práticas individualistas, fragmentárias e despolitizadas que têm se expressado de modo hegemônico. E isso é ótimo para o capital” (RAMOS; SANTOS, 2008, p. 44).

[...] cumpriram uma função política que está a vista de todos: implodir a coletivização dos trabalhadores e minar as bases do sindicalismo de luta de classe, de modo a facilitar a penetração da ideologia de acertos nos sindicatos e alimentar a ilusão dos trabalhadores que eles podiam ser ‘parceiros do capital’. Não consegue fazê-los, nem poderia; mas forjou dentro do sindicalismo um corporativismo de novo tipo que se disseminou pelas centrais sindicais, ao defender a tese da ‘participação nos lucros’ e outras. Um sindicalismo de crise e em crise exacerbada, mas disposto a colaborar com o patronato e o Estado de que contestar e refletir sobre novas políticas e práticas.

Além do contexto indicado, o abrandamento do movimento sindical também se deve a postura adotada pela CUT com a eleição do um ex-líder sindical para a Presidência do Brasil¹⁷. Se por um lado, representou a vitória para os trabalhadores que o elegeram e que acreditaram nas perspectivas de alteração da realidade social, por outro, com a sua vitória, a ofensiva neoliberal não recrudescer, ao contrário se fortaleceu à medida que houve a inflexão do movimento dos trabalhadores, pois a Central atrelada politicamente ao governo deixa de exercer o papel de combate, ficando numa posição mais de aliada.

Ramos e Santos (2008, p. 51), citando Antunes (2002), destacam que a Força Sindical responde as diretrizes da nova direita sintonizada com o capital globalizado, já a CUT que desempenhou o papel histórico do confronto e da luta anticapitalista vem adotando uma postura mais de acomodação dentro da ordem. “A essa prática sindical da CUT estão vinculadas a defesa da política de ‘parceria’, as negociações com o patronato e a participação conjunta entre capital e trabalho, visando contribuir para o crescimento do país.”

Assim, a partir da década de 1990, as condições para articular a luta política pelos direitos do trabalho e pelas políticas públicas passaram a conviver com novas barreiras marcadas tanto pelas perdas desses direitos impostas pelas medidas neoliberais¹⁸ quanto pela capacidade organizativa objetivas (números de sindicalizados) e subjetivas (hegemonia anticapitalista) dos trabalhadores.

Dessa maneira, no âmbito das políticas públicas houve um esvaziamento da atuação e participação dos sindicatos na sua gestão. Lacaz (1996) destaca que ocorreu um distanciamento dos sindicatos na formação e acompanhamento dos Centros de Referência, os

¹⁷ “[...] uma candidatura popular oriunda do movimento sindical e sustentada pelos movimentos populares, depois de três sucessivas derrotas, chegou à presidência da república. Era o mesmo candidato, mas a base social que o elegeu por duas vezes e o sustenta politicamente no governo, hoje, é bastante diferente da candidatura de 1989. Em termos políticos, sociais e ideológicos é bem mais heterogênea” (ALVES; RIBEIRO, 2007, p. 8).

¹⁸ “No Brasil, o neoliberalismo, com sua cultura de atraso, parece haver conseguido o que uma ditadura militar e burguesa, de vinte e um anos, não conseguira: levar à quase inação o espírito de luta da classe trabalhadora brasileira e submeter seus corações e mentes à lógica perversa do capital ao fascínio das mercadorias. Não sobraram sindicatos, nem centrais ou partidos. Sucumbiram ante a ofensiva neoliberal” (ALVES; RIBEIRO, 2007, p. 7).

quais foram esvaziados das propostas iniciais dos PST e se pautaram nas atividades mais burocráticas e assistencialistas e distantes do acompanhamento do movimento sindical. Num contexto em que a intensificação da exploração e a nova gestão do trabalho desgastam a saúde de quem trabalha, repercutindo em novos modos de doenças e adoecimentos.

Para Lacaz (1996), apesar das ricas experiências de articulação do movimento sindical na formação e gestão dos PST, estas não foram caracterizadas por uma estratégia política sindical e também, mesmo no contexto dos PST, houve uma participação equivocada dos Sindicatos de, muitas vezes, ratificarem os interesses do mercado da saúde, especificamente ao demandarem por mais consultas, exames e medicamentos.

Ademais, o contexto da década de 1990 marcado pela crise econômica, reestruturação produtiva, adoção de mecanismos macroeconômicos integrados aos grandes centros, rearticulação da burguesia pela hegemonia, influência do neoliberalismo e ausência do socialismo real incidiram sobre a luta de classe. Mota (2000) salienta que não se trata apenas de uma questão econômica, mas, sobretudo, de um movimento que interfere na organização social e política dos trabalhadores.

A participação dos sindicatos no campo saúde do trabalhador permite questionar como isso ocorreu em Franca. Sabe-se, como já foi pontuado no capítulo 3, que o Sindicato dos Sapateiros articulou a sociedade e pressionou para que a política de saúde do trabalhador fosse incorporada na agenda municipal. Cabe, então, buscar conhecer e enfatizar aqueles acontecimentos mais importantes na formação do Sindicato dos Sapateiros em Franca e como este contribuiu para a implantação da política de saúde do trabalhador em Franca.

7.2 Sindicato dos Sapateiros em Franca: qual contribuição para a Saúde do Trabalhador?

Isto significa que também se pode falar de intelectuais e não podemos a nos referir a não-intelectuais, porque o não intelectual não existe.

GRASMCI ([1999]) p. 7.

Durante este estudo foi sublinhado que o Sindicato dos Sapateiros desenvolveu uma atuação política para que a saúde do trabalhador fosse incorporada na agenda da administração municipal. Assim, busca-se desvendar alguns elementos presentes na constituição deste Sindicato e de algumas de suas ações que sublinham o potencial deste Conselho para a saúde dos trabalhadores.

Cabe, então sublinhar a discussão dos “intelectuais orgânicos” feita por Gamsci.

Para o autor todos os homens são intelectuais, mas nem todos exercem essa função. O intelectual para Gramsci ([1999]) não se limita a um técnico ou profissional, cujas especializações acadêmicas o elevam diante dos demais, antes trata-se de um “dirigente” organicamente vinculado a determinado grupo social. A discussão feita por Gramsci não separa trabalho intelectual do manual, para o autor qualquer atividade por mais monótona, repetitiva e desgastante que seja não exclui totalmente a capacidade cognitiva. Assim, “intelectual orgânico” estaria, então, relacionado às condições de organizar a vontade coletiva para a conquista e exercício da hegemonia própria a este grupo. O papel do intelectual está imbricado a formação da cultura e de um “bloco histórico” que se contraponha ou mantenha o poder hegemônico vigente; essa contraposição ou corroboração vai se efetivar pelo consenso e não pela força física ou militar. Daí é que se torna necessário a atuação de um dirigente político – intelectual orgânico -, definido menos pela formação técnica e mais pelas relações sociais gerais.

A classificação gramsciana dos intelectuais orgânicos aparece ligada distintamente em dois grupos. No primeiro, o tradicional, vinculado aos grupos que sobreviveram ao desaparecimento do modo de produção anterior e, portanto, não está organicamente vinculado ao capitalismo, por exemplo, a vida camponesa e religiosos. No segundo grupo, se destacam a classe de operários e de proprietários como orgânicos ao sistema capitalista.

Em relação ao intelectual tradicional, esse pode ser representado pelos eclesiásticos que organicamente vinculados a aristocracia da terra monopolizou as atividades mais importantes do período “[...] a ideologia religiosa, ou seja, a filosofia e a ciência da época e, com ela, a escola, o ensino, a moral, a justiça, a beneficência, etc.” (GRAMSCI, [1999], p. 5). O intelectual tradicional pode ser aquele ligado ao sacerdócio da Igreja Católica e também ao pequeno camponês. O pequeno camponês, o autor expõe que o vínculo deste com a terra e o seu modelo de vida social aspirado é mediado pela relação com a pequena burguesia da cidade. Ele aspira que seus descendentes, ao menos um, possa ser médico, professor, padre, funcionário público, entre outros. Daí que “Não se compreenderá nada da vida coletiva camponesa nem dos germes e fermentos que ela contém se se não tiver em consideração, se se não estudar concretamente a influencia que sobre eles exercem os intelectuais [...]” (GRAMSCI, [1999], p. 14).

O intelectual tem uma capacidade de influência política, mobilização e aglutinação de interesses. No caso daquele organicamente vinculado ao sistema capitalista, faz uso das instituições do sistema e as articula em benefício da cultura que se está

produzindo e consensuando ou se contrapondo. Pelo lado do capital, os empresários capitalistas, os quais criam “[...] o técnico da indústria, o técnico em economia política, o organizador de uma nova cultura, de um novo direito [...]” (GRAMSCI, [1999], p. 3), são os “intelectuais”¹⁹ da gestão da produção e do trabalho que criam a cultura da competitividade, do empreendedorismo, do consumismo, da fugacidade, das marcas, enfim, da ideologia do capitalismo passada a todos. Isso dá homogeneidade ao sistema, não apenas na dimensão econômica, mas, sobretudo, no aspecto social e político.

O “intelectual orgânico” se constitui não pela oratória, mas, sobretudo, pela práxis, como tarefa política na criação de novos valores e de formação de novos dirigentes com capacidade de proposição e liderança. Alves (2008, p. 58, destaque do autor) ao analisar o filme “Vinhas da Ira”, de John Ford (1940) mostra a passagem de um ex-pregador, o personagem Casey, - intelectual tradicional para o intelectual orgânico e refere que:

[...] o ‘intelectual orgânico’ da classe proletária possui um estatuto epistemológico (e gnoseológico) de novo tipo, que o distingue dos intelectuais tradicionais, que pregam uma verdade estabelecida, herdada das Sagradas Escrituras. Ao proletarizar-se, Casey rompeu com o padrão do intelectual tradicional.

Neste sentido, o autor destaca o papel do intelectual orgânico dos trabalhadores, como aquele que luta, interroga, organiza, enfim constrói uma nova cultura.

Assim, o Partido²⁰ adquire um papel fundamental, pois aparece como um condutor da vontade geral, mas não a substitui. A atividade intelectual está presente na linguagem, na relação entre teoria e prática que representa uma unidade dialética na função de dirigente e educativa, a qual deve partir “de baixo para cima, da base estrutural até o cume.” Essa função educativa que possibilita a formação de novos dirigentes e estabelece duas grandes “camadas” superestruturais:

¹⁹ “É preciso assinalar que o empresário representa um produto social superior, caracterizado já por certa capacidade diretiva e técnica, quer dizer, intelectual. Além disso, na sua esfera de atividade e de iniciativas, deve possuir determinados conhecimentos técnicos em qualquer outra, pelo menos na mais próxima da produção econômica. Deve ser um organizador de massas, organizador da ‘confiança’ dos que investem na sua administração, dos compradores da sua mercadoria, etc. Se nem todos os empresários servem, há um núcleo selecionado, exigido pela necessidade de estabelecer as condições mais favoráveis para a expansão de sua classe, que deve possuir uma aptidão adequada para ser o organizador da sociedade em geral, desde as suas múltiplas instituições de serviços, até ao organismo estatal. E, em todo o caso, tem que possuir a capacidade para eleger os ‘encarregados’ ou funcionários especializados a quem confiar esta atividade organizadora das relações gerais à margem da administração [...]” (GRAMSCI, [1999], p. 3).

²⁰ O tipo de intelectual que Gramsci simboliza é o intelectual ligado organicamente ao desenvolvimento da organização política da classe operária. Este novo tipo de intelectual dirigente nada tem a ver com algumas figuras inveteradas de chefes políticos que confiam de preferência na oratória e na emoção. Pelo contrário, o conhecimento dos problemas da produção, da técnica e da economia deve acompanhá-lo, juntamente com uma visão geral histórico - humanística da realidade a modificar (GRAMSCI, [1999]).

[...] a ‘sociedade civil’, que abrange o conjunto de organismos vulgarmente denominados ‘privados’ e a ‘sociedade política ou Estado’, que corresponde à função ‘hegemônica’ que o grupo dominante exerce sobre qualquer sociedade e o ‘poder de comando direto’ que se manifesta no Estado e no governo ‘jurídico’ (GRAMSCI,[1999], p. 10).

Simionatto (2004) destaca que o partido, enquanto intelectual orgânico tem a função de organizar politicamente a classe na luta pela construção da hegemonia. Pois, a consciência de classe está permeada pela ideologia de outras classes sociais, sendo o partido o mediador necessário para que a classe caminhe com o seu próprio projeto. Dessa maneira, busca-se ressaltar alguns aspectos da caminhada do Sindicato dos Sapateiros, na perspectiva de compreender a sua atuação frente à saúde dos trabalhadores.

Em Franca, é importante mencionar que o Sindicato dos Sapateiros foi criado em 1937, no auge da implantação da legislação e aparato legal das leis trabalhistas do período de Vargas. Canôas (2007, p. 133) destaca que a sua criação não partiu da organização e vontade coletiva dos trabalhadores daquela categoria “[...] mas sim do impulso de uma época em que existe um crescimento vertiginoso de sindicatos no Brasil, haja vista a política de incentivos do Governo Central a fim de controlar a classe trabalhadora.” Assim, o Sindicato dos Sapateiros seguiu a interlocução de conciliação entre as classes, e Canôas (2007) aponta que nesse período não houve ações reivindicatórias ou maiores destaques dos operários do sapato.

Canôas (2007), no seu estudo, discute as várias diretorias do Sindicato dos Sapateiros e conclui que na longa caminhada da criação até os idos de 1980, esse sindicato seguiu o modelo corporativista e de colaboração desses órgãos com o Estado, conforme a legislação que previa a organização dos trabalhadores²¹.

Após o silenciamento da classe trabalhadora durante o regime militar, na década de 1970, houve o reaparecimento das greves e dos movimentos sindicais que desembocou na criação do Partido dos Trabalhadores, na realização a partir de agosto de 1983, dos Congressos da Classe Trabalhadora (CONCLAT), que depois se tornou Central Geral dos Trabalhadores (CGT), o que repercutiu em Franca, quando houve a composição de uma chapa para a disputa da direção do Sindicato dos Sapateiros, a partir do processo de organização mediado pela Pastoral Operária, em 1980, especificamente pela Igreja São Benedito.

Assim, foi constituída a Oposição Sindical, a partir do discurso do novo sindicalismo, que congregou os interesses da classe dos sapateiros, seguindo as pautas de lutas

²¹ “Para nascer, sobreviver e até morrer, o sindicato precisa da interferência do Estado. No lugar de sindicato livre, impõe-se o sindicato oficial” (CANÔAS, 2007, p. 136-137).

de âmbito nacional como liberdade, autonomia sindical, 40 horas semanais, salários calculados a partir do DIEESE, entre outros; como pauta de reivindicação de uma problemática específica a realidade da produção do calçado destaca-se “o combate ao saturnismo com pagamento de adicional de insalubridade” (CANÔAS, 2007, p. 144). Percebe-se que os problemas de saúde relacionados ao trabalho ainda eram resolvidos a partir do consenso social para a “venda da saúde” em detrimento de mudanças na organização e processo de trabalho.

Canôas (2007) discute também a dificuldade da chapa da oposição sindical, que apesar de eleita em 1982, quase não conseguiu tomar posse, já que o patronato aliado aqueles sindicalistas pelegos tentaram embargar a sua posse junto ao Ministério do Trabalho. Os acontecimentos em âmbito nacional e aqueles presentes no dia-a-dia dos sapateiros francanos, como mostra Canôas (2007, p. 141, destaque do autor) aos poucos favoreceram a eleição do “Sindicato dos Sapateiros que passou a ser o ‘carro chefe’ da organização operária em Franca”. Entre as principais mudanças estava o envolvimento dos trabalhadores que, pela primeira vez, pôde participar do seu sindicato e também houve a contratação de uma equipe composta por um advogado e três assistentes sociais que, como ressalta o autor, foi um movimento importante para organizar o sindicato na perspectiva operária.

Em 21 de junho de 1983, segundo Canôas (2007), houve proposta de greve geral em Franca, quando 6 mil sapateiros, representando 30% da categoria, aderiram a paralisação, o que repercutiu na prisão de várias lideranças do sindicato dos sapateiros, porém o movimento não esmoreceu.

A partir de 1983, o Sindicato criou um jornal intitulado: “O Boletim” para denunciar injustiças sofridas pela categoria e, sobretudo, para ser o veículo de comunicação e envolvimento entre o sindicato e os representados. Canôas (2007) sublinha que ao ser entregue nas portas das fábricas, esse jornal tornou-se um mecanismo valioso de educação política e conscientização. Além do periódico (O Boletim) as Assembléias com a categoria dinamizaram as pautas e as reivindicações de modo integrado com os maiores interessados: os sapateiros.

Canôas (2007, p. 150) destaca que o referido Sindicato esteve envolvido em causas mais amplas como a eleição de representantes do PT para a Câmara de Vereadores do município e a participação do Sindicato em vários outros movimentos, por exemplo, pelas Diretas Já. Além disso, há o destaque para as conquistas de melhorias salariais para a categoria de sapateiros e redução da carga horária “[...] de 48 horas para 46 horas semanais, com o compromisso de no ano seguinte, chegar às 45 horas, o que vem a ocorrer.”

Em 1988, como importante mudança discutida por Canôas (2007), destaca-se a

eleição da nova diretoria, que na realidade foi um remanejamento dos cargos devido à falta de chapa de oposição e também a criação do Departamento do Vestuário pela CUT, congregando os textos ao Sindicato dos Sapateiros.

Em 1993, o Sindicato dos Sapateiros (agora, Sindicato dos Trabalhadores na Indústria de Calçados e Vestuários de Franca e região -STICVF) numa ação conjunta com o DIEESE, faz grave denúncia do trabalho infantil presente neste setor, que como refere Lara (2007, p. 326), essa ação tinha o “[...] objetivo de denunciar as condições precárias de trabalho nas bancas e nos domicílios”, uma vez que houve a partir da década de 1990 a transferência de parte da produção feita dentro das fábricas para as residências dos trabalhadores, como já destacado no quarto capítulo desta tese.

O Sindicato dos Sapateiros articulados com a Pastoral Operária iniciaram o debate acerca da saúde dos trabalhadores do segmento do calçado. Data de 1998 a realização do 1º Seminário de Saúde do Trabalhador de Franca, o qual foi realizado na cidade de Americana²². Mas já no ano seguinte este Sindicato efetivou algumas articulações em Franca para a realização do 2º Seminário, o qual ocorreu na Câmara de Vereadores. Em conversa com ex-sindicalistas em busca de informações acerca desses eventos, soube-se que para o 2º Seminário o STICVF contou com o apoio dos sindicalistas do segmento do calçado do Rio Grande do Sul e este evento objetivou envolver o poder legislativo de Franca na discussão da saúde dos trabalhadores, pois interessava criar leis que freassem a ganância da acumulação capitalista, que punha a vida dos trabalhadores em risco. Neste período, houve a tentativa da indústria calçadista em implantar as máquinas de pesponto em pé, apesar de a experiência ter se iniciado em alguns empreendimentos houve forte resistência do movimento sindical, impedindo o seu avanço e permanência.

Ao iniciar o novo milênio, o Sindicato dos Sapateiros devidamente articulado as universidades USP/Ribeirão Preto e UNESP/Franca realizaram o 3º Seminário de Saúde do Trabalhador de Franca, quando a partir de pesquisadores brasileiros engrossaram o caldo da nova cultura de trabalho e saúde. Daí que em 2003, quando foi realizado o IV Seminário de Saúde do Trabalhador, o Sindicato dos Sapateiros já havia constituído uma nova hegemonia que provocou pressão para a administração municipal implantar o CEREST. É bom reforçar que este Sindicato estava articulado ao Conselho Municipal de Saúde o que favoreceu a implantação do Centro de Referência.

²² Como já destacado em decorrência de um roubo ocorrido no Sindicato dos Sapateiros não foi possível obter maiores informações acerca dos três primeiros Seminários de Saúde dos Trabalhadores. Além do referido roubo, há de se considerar as mudanças de diretores daquele Sindicato, assim as informações sobre os três primeiros Seminários foram fornecidas por um ex-sindicalista.

Nos anos 2000, o Sindicato dos Sapateiros denunciou a terceirização de parte da produção do calçado como uma fraude, isso estimulou uma ação do Ministério Público do Trabalho e no Termo de Ajuste e Conduta (TAC), referido no capítulo 4. Apesar deste termo, verifica-se que a terceirização do processo produtivo do calçado continua se alastrando para as residências dos trabalhadores corroborando para as suspeitas de Lara:

[...] as propostas formais de legalização do trabalho invisível no setor calçadista de Franca está lançado, mas como a justiça burguesa é limitada bem a gosto da vida limitada do capital e, não consegue, na maioria das vezes, executar acordos firmados, acreditamos que as formas precárias de trabalho ainda será realidade presente na produção de Franca (LARA, 2007, p. 330).

Em 2005, o Sindicato organizou junto com as universidades o V Seminário de Saúde do Trabalhador de Franca, como já referido no capítulo 3, neste evento houve o envolvimento do CEREST. Já o VI Seminário de Saúde do Trabalhador realizado em 2008 teve o CEREST apenas como Instituição de Apoio e não houve envolvimento nas mesas e debates acerca da problemática trabalho e saúde.

No destaque que se faz para a formação do Conselho Gestor e também para o próprio CEREST sublinha-se a decisiva atuação do Sindicato dos Sapateiros²³, desde a criação do Ambulatório de Saúde do Trabalhador até a implantação do Centro de Referência. Dessa maneira, busca-se destacar como o controle social no SUS tem sido desenvolvido, para depois analisar a formação e atuação do Conselho Gestor do CEREST-Franca.

7.3 O controle social no SUS

Como espaços democráticos de gestão do que é público, os Conselhos, apesar de suas contradições e fragilidades, têm sua importância, principalmente, num país como o Brasil, em que a cultura de submissão ainda está arraigada na maioria da população, e em que o que é público é tratado como posse de pequenos grupos privilegiados.

CORREIA, 2005, p. 41.

O processo de consolidação da insígnia “Saúde direito de todos e dever do Estado” contou com a participação dos sindicatos dos trabalhadores. A saúde do trabalhador é

²³ Neste momento, quer se fazer o registro da importante atuação de um de seus diretores, Sr. Eugênio Antônio Alves, conhecido como Biro, o qual foi um grande parceiro do CEREST. Este - intelectual orgânico -, que atualmente não está mais no Sindicato dos Sapateiros, foi um dos principais atores na articulação do Sindicato, Universidades e demais órgãos para a realização dos Seminários de Saúde do Trabalhador, como já mencionado no terceiro capítulo, também protagonizou destacado papel enquanto conselheiro do Conselho Gestor do CEREST, inclusive na defesa para que Franca continuasse como município sede e que o Centro de Referência não fosse fechado ou transferido para outro município. A história da saúde do trabalhador deste município tem uma estreita relação com protagonismo social e político desempenhado pelo Sr. Eugênio, mais conhecido como Biro.

contemporânea a luta pelo direito universal e democratização da política de saúde, como evidenciado. Vieira (1998) destaca que o Estado de direito democrático tem a cidadania e o sufrágio universal como direitos fundamentais, determinantes para soberania popular, mas alerta que esta vem sendo confundida ou resumida, erroneamente, ao direito de votar. Ele destaca alguns exemplos que desmistificam a democracia simplesmente porque os cidadãos têm o direito de expressar e definir os seus governantes. O Estado de direito democrático não se resume a isso, como bem afirma: “O consenso eleitoral representa coisa fugidia, e a sociedade não pode ficar nisto, não pode fundar nela a legitimação democrática do Estado, sendo imprescindível seu controle social” (VIEIRA, 1998, p. 11).

A participação é uma das diretrizes defendida pelo Movimento de Reforma Sanitária²⁴, o qual demandou a reorganização do sistema de saúde e propôs e garantiu que a sua gestão fosse democrática. Fleury (1997) utiliza a perspectiva gramsciana para explicar que a possibilidade de questionar a hegemonia dominante está potencializada no partido, então a criação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES)²⁵ e a Associação de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO) institucionalizaram o movimento de reforma sanitária e tornaram aquelas ideologias tais como: universalidade, participação da comunidade, entre outros, em um partido.

Assim, a participação da sociedade no processo de controle dos gastos públicos, contraria tanto a concepção anterior do controle social quanto a hegemonia dominante no poder, que historicamente fez uso da administração pública para fins privados ou que quis manter o “estado restrito”. Ao reconhecer a sociedade civil e os mecanismos de correlação de forças estabeleceu-se que, para que a democratização da saúde fosse possível, deveriam ser criadas as instâncias legais para o exercício da participação.

As duas formas privilegiadas de participação ocorrem por meio das Conferências e dos Conselhos de Saúde, nas três esferas de governo. Carvalho (1995) denominou de participação cidadã, aquela que se dá por vias institucionalizadas no âmbito da relação entre Estado e sociedade e expressa a vigilância desta sobre aquele. Assim, a participação no

²⁴ “[...] a luta pela democratização da saúde, já que, ainda que oriunde de um agrupamento de profissionais e intelectuais da área de saúde, o movimento sanitário se propõe a incorporar em suas lutas as demandas da sociedade como um todo, partindo da consideração de que as condições de exercício profissional estão submetidas às mesmas determinações que se responsabilizam pela precariedade da saúde da população. Essa expansão do grupo é parte do processo de construção de hegemonia, isto é, de uma nova relação entre classe/Estado/Sociedade” (FLEURY, 1997, p. 25).

²⁵ Quanto ao CEBES Fleury (1997, p. 26) destaca que este “[...] representou a possibilidade de uma estrutura institucional para o triado que caracterizou o movimento de reforma sanitária brasileira: a construção de um novo saber que evidenciasse as relações entre saúde e estrutura social; a ampliação da consciência sanitária onde a Revista Saúde em Debate foi, e continua sendo, seu veículo privilegiado; a organização do movimento social, definindo espaços e estratégias de ação política.”

âmbito dos Conselhos e Conferências pode ser considerada como cidadã.

Destaca-se que os Conselhos de Saúde são órgãos deliberativos de caráter permanente e “[...] têm a função de deliberar sobre a formulação de estratégias e (exercer) controle sobre a execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos financeiros [...]” (BRASIL, 1990 apud CARVALHO, 1997, p. 93). Já as Conferências de Saúde²⁶ são “[...] fóruns que se reúnem periodicamente com participação ampla de diversos segmentos sociais para avaliar e traçar diretrizes para as políticas de saúde” (BRASIL, 1990 apud CARVALHO, 1997, p. 93).

Em relação às Conferências, em 1986 ocorreu a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), a qual ficou conhecida pela proposição de reordenamento da política de saúde e modificou a dinâmica das Conferências, instituindo o debate coletivo na gestão da saúde. Lembra-se que desde a década de 1940 vinham ocorrendo Conferências de Saúde, porém estas eram um espaço privilegiado de técnicos e não envolviam o debate coletivo, daí que a 8ª CNS tornou-se o marco na história da saúde pública.

Em 1986, também foi realizada a 1ª CNST²⁷ que além de evidenciar a necessidade do sistema de saúde e contemplar a saúde dos trabalhadores foi um espaço relevante para abrir esse debate. Entre as deliberações desta Conferência, destaca-se a participação da sociedade na gestão da saúde pública:

Por um Sistema Único de Saúde estatal, descentralizado, regionalizado, igualitário, de boa qualidade que garanta atendimento integral a toda população, assegurando-se a todos os trabalhadores a participação na formulação da política, administração e gestão do sistema de saúde, em todos os seus níveis (BRASIL, 2005e, p. 16)

A 1ª CNST ratifica o controle pelos trabalhadores e usuários na gestão da saúde, como já vinha sendo demandado pela 8ª CNS e pelo Movimento de Reforma Sanitária.

Num breve olhar sobre as Conferências Nacionais de Saúde no pós 1986, Bravo (2008) destaca que a 9ª CNS foi adiada de 1990 para 1992 e foi marcada pela linguagem técnica, criando uma fratura entre os participantes. A 10ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1996, centrou-se na discussão do financiamento. Neste período a política econômica e de governo seguiram as mudanças postas pela economia e pelos órgãos mundiais, que comumente ditam regras a serem assumidas pelos países emergentes, sendo o

²⁶ [...] reunir-se-á a cada 4 anos com a representação dos vários segmentos sociais para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos vários níveis correspondentes, convocada pelo poder executivo ou, extraordinariamente, por este ou pelo Conselho de Saúde (BRASIL, 1990).

²⁷ A 1ª CNST foi realizada de 01 a 05 de dezembro de 1986, em Brasília, contou com a participação de 526 pessoas das quais 399 foram delegados e 127 observadores (BRASIL, 2005e).

corte nas políticas públicas uma constante.

Em 1994, realizou-se a 2ª CNST²⁸, que como já destacado no capítulo 3, foi palco de debate entre o setor saúde e trabalho quanto as responsabilidades de cada área. Entre as suas principais deliberações destaca-se a participação, inclusive de modo mais claro do que a Conferência anterior.

Para seu pleno funcionamento o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador deve ter os seguintes pressupostos básicos:

- a – participação popular na implantação e no gerenciamento, com participação paritária das entidades sindicais e organizações populares;
- b – infra-estrutura adequada para atuação como referência nas 5 áreas básicas previstas: assistência, vigilância, pesquisa, formação de recursos humanos e orientação técnica a sindicatos e empresas;
- c – integração com outros serviços do SUS [...] (BRASIL 2005e, p. 21).

Que os Conselhos Municipais de Saúde criem núcleos de informação em saúde do trabalhador, como parte de um Sistema Nacional de Informação em Saúde, descentralizando as informações, assegurando às bases o retorno de tais informações e o acesso a todas as fontes de dados.

Assegurar a instalação dos Conselhos Gestores deliberativos em todas as unidades de saúde, com a participação dos sindicatos, movimentos populares e profissionais de saúde, reconhecendo o papel destes no gerenciamento da unidade. Estender tal medida aos Conselhos de Previdência e órgãos Interinstitucionais (BRASIL 2005e, p. 26).

Dessa maneira, a cultura participativa ganha força e tonalidades para a sua efetivação, mesmo em um momento de restrições econômicas e políticas, como ficou conhecida a década de 1990. A participação dos trabalhadores no planejamento, fiscalização, e acompanhamento da saúde do trabalhador é uma estratégia da classe trabalhadora para somar esforços no sentido de garantir que os recursos destinados a esta área seja devidamente aplicados, bem como para que possa decidir as diretrizes e ações de investimentos. Assim, é uma possibilidade, garantida legalmente, de a classe trabalhadora assumir o seu protagonismo e autonomia na gestão das políticas públicas, ou seja, abrem-se as possibilidades de utilizar deste espaço para a construção de uma nova hegemonia.

Bravo (2008, p. 178) destaca que em 2000, foi realizada a 11ª CNS, a qual foi alvo de críticas quanto a sua formatação. Em 2003, a 12ª CNS também foi alvo de muitos questionamentos e o seu relatório final não foi concluído até o seu término oficial, sendo necessário que parte das propostas fosse “[...] deliberadas por votação em domicílio, o que subverte a proposta da conferência de debate coletivo. O seu relatório só foi aprovado pelo

²⁸ A 2ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador foi realizada em Brasília, no período de 13 a 16 de março de 1994 e teve como tema central “Construindo uma Política de Saúde do Trabalhador” e conteve a participação de 919 pessoas, das quais 560 foram delegados (BRASIL, 2005e).

Conselho Nacional de Saúde em setembro de 2004 [...]”.

Em 2005, ocorreu a 3ª CNST²⁹, a qual contou com ampla participação da sociedade nas plenárias regionais e estaduais em todo o país, porém “[...] de forma geral ratificaram ‘enfaticamente’ resoluções que apenas reiteram o tema central da 2ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, realizada há 14 anos [...]”, (LACAZ, 2007, p. 763, destaque do autor), e ainda “[...] algumas resoluções expressam o retorno de propostas que “recuperam” as formulações da Saúde Ocupacional, desconsiderando inclusive o papel do SUS na saúde dos trabalhadores [...]” (LACAZ, 2007, p. 763, destaque do autor), que para o autor está intimamente relacionado a fragilidade do movimento sindical e a falta de engajamento da academia nas políticas públicas.

A 13ª CNS ocorrida em 2007 “[...] contou com aproximadamente 4 mil participantes entre delegados, convidados e observadores, sendo a maior conferência do Brasil” (BRAVO, 2008, p. 174). A autora destaca a descriminalização do aborto e o projeto de fundação estatal de direito privado, como os temas mais debatidos nesta Conferência para os quais os delegados votaram desfavoravelmente. Em relação ao primeiro assunto a influência da Igreja Católica na formação da cultura brasileira pode ser um fator relevante. Já a não aprovação do projeto de fundação expressou “[...] o posicionamento claro do movimento da saúde contrário ao modelo de gestão proposto pelo governo federal que retoma com novo fôlego, a contra-reforma do Estado, iniciada no governo de Fernando Henrique Cardoso (FHC), por Bresser Pereira” (BRAVO, 2008, p. 176).

Em relação às principais dificuldades de funcionamento dos Conselhos de Saúde, Bravo (2002), ao desenvolver a análise na região metropolitana do Rio de Janeiro, destaca a precariedade deste órgão de controle social e aponta problemas como: definição de pauta das reuniões feitas hierarquicamente pelo Presidente do Conselho, falta de comissões especiais para assuntos específicos, Comissão Executiva formada a partir de representantes indicados pelo Secretário de Saúde, assuntos de pauta em grande medida norteados pela demanda emergente, dificuldade de fiscalizar as contas, entre outros.

Correia (2006, p. 127) sublinha que em decorrência da exigência legal da formação dos Conselhos para a descentralização da política de saúde, sem o qual, inclusive é inviabilizado o repasse de recursos financeiros da esfera federal para estadual e municipal, estaria ocorrendo de muitos Conselhos serem formados apenas para o cumprimento

²⁹ A 3ª CNST foi realizada no período de 24 a 27 de novembro de 2005, em Brasília, “Trabalhar Sim, Adoecer Não!” foi dividida em três eixos: I. integralidade e transversalidade da ação do Estado em Saúde do Trabalhador; II. incorporação da Saúde do Trabalhador nas políticas de desenvolvimento sustentável; III. efetivação e ampliação do controle social em Saúde do Trabalhador (BRASIL, 2005e).

burocrático da gestão da saúde, diz a autora que: “[...] são manipulados desde a sua composição, com a ingerência política dos gestores, até a sua atuação reduzida à aprovação de documentos necessários para repasse de recursos.” Contudo, ela destaca que os Conselhos são possibilidades para os setores organizados da sociedade civil, que representam os interesses da classe subalterna “obterem algum controle sobre as políticas sociais, a depender do seu poder de organização, mobilização, informação e articulação. A transparência na gestão poderá ser exigida e as deliberações poderão ser cobradas” (CORREIA, 2006, p. 129).

Em Franca, observou-se, em outra pesquisa, que a manipulação e politicagem no tocante a eleição dos conselheiros e votação de projetos e pautas prioritárias do Conselho Municipal de Saúde foram os maiores problemas destacados e, ainda, a falta de formação dos conselheiros para desempenhar com qualidade o controle social (LOURENÇO, 2004).

A Portaria nº. 2437 (BRASIL, 2005d) estabelece que todo CEREST deve ter um Conselho Gestor³⁰, o qual tem como objetivo discutir, elaborar e fiscalizar a política de saúde do trabalhador. Funciona em caráter permanente, deliberativo e paritário.

O Conselho Gestor do CEREST de Franca foi formado em outubro de 2004, como mencionado no capítulo anterior, no item trajetória do CEREST. Neste período, foi estabelecida uma relação deste Conselho muito próxima ao Conselho Municipal de Saúde, o qual era presidido por um representante dos trabalhadores. Essa relação foi importante para a efetivação da política de saúde do trabalhador, inclusive na realização da 1ª Conferência Municipal de Saúde do Trabalhador e Regional ocorridas, respectivamente, em 2005.

Registra-se a participação do Sindicato dos Sapateiros, inclusive posteriormente um de seus diretores presidiu o Conselho Gestor, o que fez diferença porque houve iniciativas na defesa da respectiva Política, na mobilização de outros Sindicatos, no confronto, no encaminhamento de questões na Câmara, no Conselho Municipal, no enfrentamento político com a administração municipal e também com a gestão da saúde regional. Enfim, pode-se dizer que a atuação deste Sindicato foi salutar para a incorporação da saúde do trabalhador na agenda do município e também no envolvimento da sociedade civil com a essa questão.

³⁰ “Art. 5º Definir que o controle social nos serviços que compõem a RENAST, com a participação de organizações de trabalhadores e empregadores, se dê por intermédio das Conferências de Saúde e dos Conselhos de Saúde, previstos na Lei nº 8.142/90 e, bem assim, das Comissões Intersetoriais de Saúde do Trabalhador - CIST, instituídas na forma dos arts. 12 e 13, inciso VI, da Lei nº 8.080/90, de acordo com a respectiva regulamentação.

§ 1º O fortalecimento do controle social é componente essencial do processo de ampliação da RENAST e sua participação na previsão de ações em Saúde do Trabalhador, na gestão estadual e municipal do SUS, deve ser assegurada na elaboração dos correspondentes planos de saúde, previstos no artigo 2º desta Portaria.

§ 2º O controle social, no âmbito dos CEREST, deverá verificar-se por meio da criação e implementação dos Conselhos desses serviços.

§ 3º Os colegiados, previstos no parágrafo anterior, desempenharão as funções definidas em regulamentação do Conselho de Saúde da correspondente esfera de poder” (BRASIL, 2005d).

Para Gramsci (1966) é necessária a organicidade entre o pensamento (filosófico) e a solidez organizativa e disseminação cultural, ou seja, os intelectuais vinculados organicamente a determinado grupo social (teoria e prática) devem atuar evidenciando e elaborando os problemas daquela massa – como atividade prática – teórica, constituindo um bloco cultural e social – que avança politicamente na concepção do mundo cultural existente, – Filosofia da práxis³¹ – que numa atitude polêmica e crítica supera determinada maneira de pensar.

7.4 Conselho Gestor do CEREST em Franca: a quantas anda?

7.4.1 Formação

Não tem a CIST [Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador] nós chegamos a montar, mas não funcionou, talvez volte a funcionar. Agora, se não tem um Conselho Gestor Regional da Saúde do Trabalhador? Se a Portaria fala que tem que ter, então nós temos que cumprir o que reza a Portaria.... (Diretor da GVS-regional).

A princípio quando o Sindicato foi convidado para participar do Conselho Gestor da Saúde do Trabalhador, esse convite foi exposto em reunião interna e eu me dispus a participar... Na época as reuniões aconteciam na sede da Casa dos Conselhos, tinha mais sindicatos tudo bem representado, foi feito reunião e explicado sobre a participação e sobre o CEREST. Eu fui, praticamente, em quase todas as reuniões, faltei em uma ou duas, depois quando desarticulou eu parei de ir. [desarticulou?]. É na época o Presidente do Conselho Gestor, que era também diretor do Sindicato dos Sapateiros, tinha muita vontade e fazia o Conselho caminhar, mas por forças do Sindicato ele não pode continuar participando e teve que passar o “bastão” e o suplente, que assumiu não era do Sindicato e eu até fiquei como vice, até ter nova eleição, porém não teve nada até hoje [junho de 2008]... mas como eu vi que não estava dando seqüência, então nós do Sindicato falamos: “não vamos mais participar...”, porque eu vi que, infelizmente, houve a política nisso... (Diretor Sindical III - Sindicato dos trabalhadores bancários – e membro do Conselho Gestor do CEREST).

Eu parei de participar do Conselho Gestor e também do Conselho Municipal de Saúde, pois desde a reestruturação aqui no DRS [Departamento Regional de Saúde], eles [refere-se aos superiores] acham que o DRS não pode estar participando dos Conselhos porque tudo depende da vontade do Secretário de Saúde do Município... então a gente não está participando. [desde quando?] Vai fazer quase um ano, a gente segue as políticas que o Ministério da Saúde e o Estado repassam e repassamos para os municípios e para o município sede também e por enquanto nós não estamos participando dos Conselhos. O fato da pessoa X ser

³¹ “[...] a filosofia da práxis não busca manter os ‘simplórios’ na sua filosofia primitiva do senso comum, mas busca ao contrário, conduzi-los a uma concepção de vida superior. Se ela afirma a exigência entre os intelectuais e simplórios não é para limitar a atividade científica e para manter uma unidade no nível inferior das massas, mas justamente para forjar um bloco intelectual-moral, que torne politicamente possível um progresso intelectual de massa e não apenas de pequenos grupos intelectuais” (GRAMSCI, 1966, p. 20).

Presidente do Conselho Gestor e ser representante da administração mostra o que está acontecendo também no Conselho Municipal de Saúde, no qual o Presidente do Conselho é o próprio Secretário de Saúde. Isso pode até ser legal, mas não é moral... Eu acho imoral... Se fosse uma pessoa da comunidade, representativa do trabalhador seria muito melhor para todo mundo. (IST – DRS VIII).

A partir da saída do antigo Presidente que era representante dos trabalhadores [Sindicato dos Sapateiros], o nosso Técnico de Segurança do Trabalho que também é representante da Vigilância Sanitária, foi indicado ou se indicou, não sei bem, para ser o Presidente do Conselho Gestor. Então as reuniões começaram a ser às 8 horas da manhã e isso já foi um ponto que eu percebi que contribuiu para ir esvaziando. Eu andei ligando para os representantes dos Sindicatos lembrando o dia da reunião e algumas pessoas me disseram que esse horário era complicado, inclusive eu passei isso para o nosso Coordenador, na época, ele falou que ia tomar as devidas precauções... mas o fato é que foi só diminuindo, até que as reuniões pararam. Aconteceu uma desarticulação do conselho.... Eu acho complicado o Presidente ser o representante da administração, sendo ele o nosso Técnico, eu até cheguei a conversar com ele porque era uma posição difícil, ser visitador sanitário, coordenar o Conselho Gestor e ter acesso direto ao Secretário de Saúde, então é uma situação delicada. Cheguei a questioná-lo sobre isso. (Psicóloga do CEREST).

O CEREST está desarticulado até as reuniões do Conselho Gestor que aconteciam uma vez por mês parou. O Conselho Gestor acompanhava o serviço, fazia cobranças, reivindicava até que essas reivindicações pararam de serem atendidas e isso foi desmobilizando. O pessoal foi deixando de participar. [O CEREST tem um representante no Conselho Gestor?] Sim o Técnico de Segurança do Trabalho, mas ele também é Fiscal Sanitário e não passa nada para a sua Equipe a atitude dele é particular... e não passa nada. Ele é Presidente do Conselho Gestor, mas está do lado da empresa, da Prefeitura, então as críticas e as reivindicações são dissolvidas. (Auxiliar de Enfermagem do Trabalho do CEREST).

Não é fazer pré-conceito, a pessoa que está como Presidente do Conselho Gestor do CEREST, é alguém que eu conheço e, aparentemente, é esforçada... Agora tudo que não é democrático para mim não serve. Eu acho que se tivesse um debate para escolher alguém que fosse realmente adequado para gerir e ser Presidente deste Conselho e não aquela palhaçada que houve lá, aquela separação, até fisicamente. Os membros sentaram-se em locais distintos, a oposição de um lado e a situação do outro, o bate boca ficou o tempo todo para saber se um item podia ou não, se o cara poderia ou não ser Presidente... Em vez de estar ali gastando tempo e energia para discutir a coisa para proveito do município ou da região, ficou se discutindo aspecto legal se o cara podia ou não podia ficar lá sentado como Presidente. Eu acho que tudo que é feito democraticamente é mais saudável. Mesmo os erros são minimizados quando você distribui responsabilidade para todos, porque quando você centraliza o erro parece e cresce... [No caso do Conselho Gestor houve uma centralização?] Eu acho que teve sim, extremamente, Franca centralizou demais, não só o Conselho Gestor da saúde do trabalhador, mas todas as ações de saúde estão mais centralizadas, isso não é bom. Isso aí gera uma situação que pode até levar a desconfianças, porque tem que ser mais aberto, não pode marcar uma eleição para a véspera de um feriado ou no feriado, ou comunico meus funcionários para que possam votar depois que passou o horário de votação... Então tudo isso leva a uma situação extrema de dúvida, a respeito do quê é realmente boa intenção ou não, pode até ser que seja boa. Mas é o que eu falei, por pior que seja o processo democrático é muito mais satisfatório. (Engenheiro GVS- regional Franca).

7.4.2 Atuação

Eu acho que se você é eleito democraticamente para um Conselho, se há eleição para os cargos de coordenador, presidente, vice e assim por diante, deve ser feito de modo transparente. Outra coisa, se a pessoa que está em um desses cargos não for bem tem que ser trocado, sendo representante do governo ou não... Eu penso que tem que ser assim... Para ser conselheiro tem que ter vontade, desejo e disposição porque tem que acompanhar de perto... pode ser qualquer um, desde que tenha capacidade e vontade. Eu acho que este Conselho não pode acabar, essa verba que está vindo tem que ter um acompanhamento... (Biro, Ex-sindicalista e ex-Presidente do Conselho Gestor do CEREST).

Tem muita dificuldade para o Conselho Gestor funcionar, uma delas é a falta de tempo e de comunicação entre o movimento sindical, para se ter uma idéia está difícil até se reunir com eles, parece que o próprio movimento sindical desconhece isso aí... Então tem que fazer um trabalho educativo, teve uma época que a assistente social do CEREST fez várias reuniões só para explicar as leis e o que era a política de saúde do trabalhador era bom porque a gente ficava por dentro das questões e para fortalecer o controle social. (Diretor II - Sindicato dos Sapateiros - e ex- conselheiro do Conselho Gestor do CEREST de Franca).

É importante saber que o Conselho Municipal de Saúde de Franca, na época eu era conselheiro, já vinha fazendo a discussão de criar os Conselhos Gestores por Unidades de Saúde, não só da política de Saúde do Trabalhador, mas em todos os setores, por quê? Porque através daí o usuário poderia ter uma participação mais ativa. Mas veja a participação precisa de ter alguém puxando, aquela pessoa mais chata, que fica cobrando as coisas, daí as coisas começam a andar. Atualmente, as pessoas mais interessadas não estão fazendo um trabalho que necessita para que ocorra a participação... A política de saúde do trabalhador avançou, mas hoje está parada, por falta de interesse da população, do poder público e até mesmo das entidades sindicais, que ao que parece, não têm interesse nessa Política... (Biro, Ex-sindicalista e ex- Presidente do Conselho Gestor do CEREST).

Eu acho que tinha que ser um Conselho mais autônomo... Teríamos que ter autonomia para discutir e definir, é um serviço, que tem verba própria... tudo que nós fazíamos depois era passado para o Conselho de Saúde para aprovar ou não. Então, você faz uma coisa e depois é encaminhado para outro Conselho decidir... As coisas que eu mais prezo no homem são a honestidade e a educação, por isso eu saí desse Conselho... Mas acredito que é importante o acompanhamento do Sindicato. Se nós não acompanharmos é como eu acostumo falar assim: “se com o sindicato está difícil, imagina sem”. (Diretor Sindical III - Sindicato dos Trabalhadores Bancários – e membro do Conselho Gestor do CEREST).

O Conselho Gestor regional do CEREST não foi montado. É o que eu falei, quanto mais transparente melhor. A partir do momento que eu fiscalizo se o recurso está ou não sendo usado, eu vou estar preocupado em fazer no meu município que funcione, porque eu quero uma parte desse recurso. Agora se você tira dos municípios esse poder de decisão, eles não se motivam, fica mais difícil o compromisso. Porque de um jeito ou de outro o município precisa de dinheiro para poder gerir qualquer programa, nada aparece do nada ou vai ser feito de ar, precisa de dinheiro e agora, se você não tem acesso ou se no mínimo você não pode discutir esse recurso, em que esse recurso deve ser aplicado. É mais importante colocar uma televisão para assistir a Copa do Mundo lá em cada Unidade de Saúde ou é mais importante você dar um computador para cada município poder no mínimo levantar a estatística de saúde do trabalhador? (Engenheiro GVS- regional Franca).

Algumas pessoas que eram membros do Conselho Gestor saíram. Eram pessoas importantes no Conselho, por exemplo, pessoal do sindicato dos sapateiros, mas houve uma mudança política lá e essas pessoas se afastaram, outras ficaram, porém não vejo a atuação delas. O Conselho não tem se reunido, mas é necessária a sua reativação. Isso é importantíssimo porque hoje, ele está inoperante, não está fazendo nada, está abafado. O que está acontecendo com o Conselho? Está todo mundo desinteressado ou será que, vamos dizer, está abafado devido as pessoas que assumiram a direção? (Médico do Trabalho do CEREST).

O Sindicato dos Sapateiros sempre participou muito da saúde do trabalhador, depois por causa de uma mudança interna deles, isso aí ficou parado. [Como você avalia?] Negativamente, pois quando o Sindicato estava aqui ele cobrava mais a atuação do CEREST. O Médico do Trabalho sempre ficava com o pé atrás, às vezes, o sindicalista acompanhava algum trabalhador durante a consulta e questionava o médico e aí o profissional dava mais atenção. Hoje, o trabalhador está totalmente desamparado, o médico sabe que não tem aquela “fiscalização”, ele atende rapidinho e vai embora. (Auxiliar de Enfermagem do Trabalho do CEREST).

7.4.3 Reuniões/Pautas

O Conselho Gestor tinha algumas pessoas que eram mais atuantes e cobrava, por exemplo, prestação de contas. Não tínhamos uma prestação de contas redondinha, mas havia informação de quanto tinha e no que estava sendo gasto. Assim, a gente ia participando, conhecendo e entendendo este processo. Era tudo muito novo. Mas a gente priorizava e a verba, essa era uma prioridade... Eu sinto que hoje, infelizmente, parece que não tem nada dessa discussão, parou tudo. (Biro, Ex-sindicalista e ex- Presidente do Conselho Gestor do CEREST).

Olha teve uma época que não tinha lugar para se reunir, acabaram com a Casa dos Conselhos e passamos a fazer as reuniões no Centro de Referência, que na época era ao lado do Pronto Socorro, mas aí tinha o problema de quem ia abrir e fechar e ficou para lá... não tinha sala; eu acho que não tratou com a devida, não digo competência, mas importância... Isso também quando o X [novo Presidente do Conselho Gestor] assumiu, as reuniões não tinham uma frequência, uma importância, então, nós fizemos uma reunião interna no nosso Sindicato, e até aí nós participávamos porque achávamos que era coisa séria, que teria algum resultado, não só para categoria que eu represento que é os bancários, mas de um modo geral. Eu participo de outros Conselhos e parece que é possível ver algum resultado lá na frente, porque talvez não vai ser agora, nós queremos colher isso lá no futuro, mas com a saúde do trabalhador a gente não estava vendo isso. [Sobre a pauta?] Os assuntos eram variados, eu tenho tudo arquivado, pelo menos o que chegou até mim, eu fiz uma pasta e arqueei no Sindicato e um dos assuntos era a verba, inclusive peguei no pé sobre a questão do carro, que não era utilizado para a saúde do trabalhador, mas depois não teve mais reuniões... Teve um encontro no ano passado só para tratar da construção de um auditório para a saúde do trabalhador, nós discutimos muito, mas até hoje não se vê falar mais nada sobre esse auditório, nem sei se foi feito... (Diretor Sindical III - Sindicato dos trabalhadores bancários – e membro do Conselho Gestor do CEREST).

É uma política regional, então essa questão tem que ser assumida pelo município. Se o município não quiser atender a região fica muito complicado e estamos

vivendo essa situação hoje. Nós não podemos como DRS, funcionário do Estado, aceitarmos o uso da verba de vários Programas e aqui não estou falando só do CEREST, como se faz. Esse é um dos motivos do afastamento do pessoal do Estado, da DRS, dos Conselhos. (IST – DRS VIII).

É preciso fazer o planejamento, conforme o Plano, que tem que ser aprovado em consonância com outros municípios. Mas, como eu já disse, nós estamos muito distantes do CEREST, eu não sei como está a discussão do Conselho Gestor e como esse recurso está sendo aplicado, se o Conselho tem acompanhamento disso aí, é complicado porque é um serviço regional. Agora como está sendo usado eu não sei, é isso que nós temos que trabalhar. A minha proposta feita na última reunião foi que os municípios entrem em contato com os hospitais e passem os dados dos acidentes tanto em relação a CAT como RAAT para a vigilância encaminhar ao CEREST, tudo já digitado. Acredito que o CEREST faz um apanhado geral de toda região e direciona todas essas atividades e planeja o uso do recurso, porque hoje falar gasta nisso naquilo é chute. Se eu não sei de que adoece não posso falar onde vai gastar. (Diretor da GVS- regional).

É uma situação muito esquisita porque afinal de contas o recurso vem para ser usado num nível regional. Agora é óbvio que agindo como eles agiram, eles estão muito mais suscetíveis a de repente ter que devolver o recurso, porque o Tribunal de Contas pode simplesmente falar desde quando o município pode se responsabilizar por um recurso que deveria ser amplamente regional. O quê é que foi feito nos demais municípios? Se essa verba deve ser utilizada pela região, onde está sendo usada? Como está sendo usada? (Engenheiro GVS- regional Franca).

Nós fizemos o Plano de Ação, mas essa verba não é nosso Coordenador que gerencia, então até hoje nós não temos muito claro o destino da verba. Usamos em alguns eventos, aquisição de alguns equipamentos, mas eu não tenho clareza do destino certo. É uma questão que fica centralizada no Secretário e na parte financeira da Secretaria. Mas, por exemplo, o CEREST como eu já vi em outros locais, pode gerenciar a própria verba, o nosso não gerencia a própria verba e por isso é importante o papel do Conselho Gestor para ir atrás disso daí, ver onde está sendo aplicado e de que forma, porque é difícil para um funcionário fazer isso. (Psicóloga do CEREST).

Uma questão que a gente brigava para ter claro no Conselho era a verba do CEREST, isso não é divulgado, algumas vezes, nos passaram o valor total que tem na conta, mas ninguém explica direito no que foi gasto... A verba até onde eu sei não está sendo usada, sempre que perguntamos, a resposta é que tem tanto na conta, mas não há uma sistemática de explicar em que usou e como... O Conselho Gestor recebeu alguns balanços, atualmente, a gente não tem essa informação. Nós já discutimos o uso do veículo, eles estavam usando de modo irregular... e também que muitas vezes nos eram passados documentos para discutirmos depois que já havia sido gasto só para aprovarmos, você se sente como um idiota. E sempre que tem proposta de cursos, eventos, eles falam que não têm verba, mas depois mostram que tem quinhentos mil reais na conta. Ora, não dá para entender, por isso, muita gente parou de participar do Conselho, a gente ia atrás, convidava e o que ouvia era: “Eu ir lá, não vou me envolver nisso não porque pode dar rolo, esse dinheiro aí, a gente é chamado para decidir só depois que já foi gasto, não vou não”. Ouvi isso muitas vezes. Teve, inclusive, uma vez que houve a proposta de curso de formação em saúde do trabalhador com um Professor de São Paulo, nós participamos da reunião com o Professor, foram duas reuniões uma na Secretaria e outra na DIR [DRS] junto com o pessoal da região, todo mundo queria fazer o curso, estava carente em aprender, mas depois nós só ficamos sabendo que o Secretário vetou porque não tinha verba, mas depois falaram que tinha quinhentos

mil na conta do CEREST, parado ... (Diretor Sindical II - Sindicato dos Sapateiros de Franca e região).

A grande dificuldade que eu vejo hoje é a mudança do financiamento, porque com o Pacto pela Vida o dinheiro das ações de saúde do trabalhador está na média alta e complexidade, está junto com exame e está desmembrado do dinheiro da Vigilância em Saúde talvez isso seja um dificultador. [Com o Pacto o CEREST deixaria de ter o recurso específico?] Tudo indica que sim. Com o Pacto a saúde deixa de ter essas várias contas e passa a trabalhar com apenas 5 caixas, a idéia é acabar com esse monte de conta, de caixinhas. Então, a dificuldade é que não vou ter acesso direto a esse repasse... (Diretor de Vigilância em Saúde de Franca).

Então como o representante do CEREST no Conselho Gestor que, como eu falei, é o atual Presidente, não tem o hábito de repassar as informações para a Equipe fica difícil eu dizer o que o Conselho Gestor está discutindo. Eu penso que a questão da verba é um foco, mas não tenho conhecimento a respeito. Agora eu acho também que se tivesse uma gestão fortalecida do CEREST, seria mais fácil esse envolvimento, saber o que cada um faz, em tudo era melhor, ou seja, você sabe onde você pisar, onde investir, planejar ações... Então é uma questão também de coordenação. (Psicóloga do CEREST).

Não sei como está o Conselho Gestor ou o que é discutido, eu também não tenho nenhum conhecimento em relação a verba, não sei o que é feito. (Fisioterapeuta do CEREST).

Então compraram um aparelho caro com a verba do CEREST, mas eu não sei se isso foi discutido e aprovado pelo Conselho Gestor. O Fiscal Sanitário fez o curso Técnico de Segurança do Trabalho custeado pelos recursos do CEREST, eu não sei se isso foi votado ou definido pelo Conselho Gestor. Quando o Presidente do Conselho Gestor era do Sindicato [dos Sapateiros] ele sempre estava aqui, cobrava desde mais atenção dos médicos com os trabalhadores até essas coisas, agora a gente não vê mais isso. (Auxiliar de Enfermagem do Trabalho do CEREST).

O Serviço Social é um profissional que articula e organiza reuniões. Eu acho que para a efetividade do controle social precisava ter um assistente social na frente disso daí. (Engenheiro do Trabalho do CEREST).

Não são poucos os limites que se colocam no dia-a-dia da efetividade prática do controle social ou dos conselhos municipais e gestores, além daqueles problemas mais gerais situados no contexto da falta de informação, preparação e condições para a participação e democracia, há de se pensar também nas condições prático-efetivas da participação institucionalizada, via Conselhos.

Na primeira parte dos depoimentos denominado “formação”, observou-se que os mecanismos de participação na política de saúde do trabalhador em Franca e região não estão funcionando a contento. Observe-se que a Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador (CIST) chegou a ser constituída, mas nunca funcionou como refere o Diretor do GVS - regional, o mesmo ocorre em relação ao Conselho Gestor regional, o qual não foi constituído.

Em Franca foi formado apenas o Conselho Gestor do CEREST em âmbito municipal, sem a devida participação dos representantes dos municípios da região.

A partir da observação participante, considerando que a autora deste estudo atuou ativamente como assistente social na formação do Conselho Gestor do CEREST, destaca-se que a sua constituição ocorreu por meio de contato com os vários Sindicatos de trabalhadores e patronais, serviços como DRT, INSS, Divisão de Vigilância do município, Grupo de Vigilância em Saúde regional (GVS), Departamento Regional de Saúde (DRS VIII), Casa da Agricultura (CAT), CETESB, Instituições de Ensino (universidades, SESI, SENAI, SENAC, escola industrial), entre outros. Assim, por meio de convite, as instituições encaminharam seus representantes para a constituição do referido Conselho. A princípio foram organizados encontros que abordavam o direito à saúde e a participação na gestão desta política para que os representantes pudessem ter claro o que era o SUS, o controle social e as principais leis que embasavam e sustentavam a política de saúde do trabalhador, inclusive foram entregues cópias dessas leis. O Conselho Gestor foi formado pelos Sindicatos patronais: da Indústria de Calçados de Franca (SINDIFRANCA) e da Agricultura; Trabalhadores: Bancários, Coureiro, Sapateiros, Saúde e Servidor Municipal; Instituições de Ensino: UNIFRAN; Serviços: Divisão de Vigilância do município, Grupo de Vigilância em Saúde regional (GVS), Departamento Regional de Saúde (DRS VIII), CEREST, DRT e INSS (esses dois últimos participaram apenas das primeiras reuniões); Conselhos Profissionais: Conselho Regional de Engenharia, Arquitetura e Agronomia do Estado de São Paulo (CREA), como referido no capítulo anterior no item “Ano 2004”.

A formação do Conselho Gestor contou com a paridade proposta pela Resolução 333, do Conselho Nacional de Saúde, (BRASIL, 2003), a qual sublinha que o Conselho no seu total de conselheiros deve ser constituído por 50% dos representantes dos usuários e os outros 50% divididos em 25% dos representantes do poder público e prestadores de serviços e 25% dos trabalhadores da saúde. Embora deva ser dito que o segmento dos prestadores de serviços não foi incluído na formação do Conselho Gestor do CEREST/Franca, pelas características da política saúde do trabalhador, o segmento prestador de serviços foi substituído pelos representantes da classe patronal, especialmente por meio dos seus sindicatos.

A representatividade nos Conselhos é uma questão delicada e ocorre de, muitas vezes, não ser respeitada como demonstra Bravo (2006), pois muitos gestores consideram a Resolução 333 apenas uma recomendação, o que, via de regra, prejudica o segmento usuário. Lacaz e Flório (2008) criticam a formação dos Conselhos e mesmo a participação nas Conferências a partir de representantes advindos da Igreja, entre outros, incapaz de sobrepor-se a burocracia estatal e diante da fragilidade das entidades sindicais, as decisões permanecem

nas “mãos” dos governos ou dos seus representantes.

Deve-se sublinhar que como explica Gramsci (1966) o homem da massa pode não ter de imediato o autoconhecimento ou a consciência crítica da sua ação, mas a sua consciência está invariavelmente ligada a um determinado grupo, o qual tece influências sobre a conduta moral e cria-se o elemento de fé naquelas condutas³². Desse modo, o desenvolvimento da consciência crítica se desencadeia a partir da luta de “hegemonias”, de visões contrastantes, primeiro, no nível da política e, após, na concepção do real e da unificação teoria e prática. O autor alia a esse processo o da formação de intelectuais, uma massa humana que se distingue pela autoconsciência crítica e pela capacidade de dirigente. Ele defende a tese de que não há intelectuais sem organizadores, dirigentes e formadores de novos intelectuais e, nesse sentido, pontua o papel dos partidos e sindicatos que no processo histórico tem condições teórico-prática de formar novos dirigentes e de conduzir a formação de uma nova cultura. Mas esse processo não está isento do mecanicismo ou da visão fatalista o que pode ser um facultador da cooptação política.

Então, por isso, acredita-se que a questão da formação do Conselho é essencial. O conselheiro representa os interesses do grupo social a que pertence, e na relação orgânica com este grupo pode formar novos dirigentes ou novos conselheiros. Ele é responsável pela formação de contra hegemonias, ou seja, da hegemonia que representa as necessidades e os carecimentos mais radicais do grupo representado. Então, é contraditória essa relação do conselheiro com vínculo com mais de um grupo. Se esse profissional tem vínculos com os trabalhadores e com o poder público ou prestadores, concomitantemente, isso não é muito claro e pode não ser ético como refere o Interlocutor de Saúde do Trabalhador do DRS VIII,

³² Gramsci (1966, p. 26-27) ao discutir a filosofia da práxis explica que: “[...] Disto se conclui, entretanto, que, nas massas como tais, a filosofia não pode ser vivida senão como uma fé. Que se pense, ademais, na posição intelectual de um homem do povo; ele se formou a partir das opiniões, das convicções, dos critérios de discriminação e das normas de conduta. Todo aquele que sustenta um ponto de vista contrário ao seu, enquanto é intelectualmente superior, sabe argumentar as suas razões melhor do que ele e, logicamente, o derrota na discussão. Deveria por isso, o homem do povo mudar de convicções? E apenas porque, na discussão imediata, não sabe utilizar corretamente essas convicções? Se fosse assim, poderia acontecer que ele devesse de mudar de opinião uma vez por dia, isto é, todas as vezes que encontrasse um adversário ideológico intelectualmente superior. Em que elementos baseia-se, então, a sua filosofia? E, especialmente, a sua filosofia na forma que tem para ele maior importância, isto é, como norma de conduta? O elemento mais importante, indubitavelmente, é o de caráter não racional: é um elemento de fé. Mas de fé em quem e em quê? Notadamente no grupo social ao qual pertence, na medida em que este pensa as coisas também difusamente, como ele: o homem do povo pensa que, no meio de tantos, ele não pode se equivocar radicalmente, como o adversário argumentador queria fazer crer; que ele próprio, é verdade, não é capaz de sustentar e desenvolver as suas razões como o adversário faz com as dele, mas que – em seu grupo – existe quem poderia fazer isto, certamente ainda melhor do que o referido adversário; e, de fato, ele se recorda de ter ouvido alguém expor, longa e coerentemente, de maneira que ele se convenceu de sua justeza, as razões da sua fé. Ele não se recorda das razões em concreto e não saberia repeti-las, mas sabe que elas existem, já que ele as ouviu expor e ficou convencido delas. O fato de ter sido convencido uma vez, de maneira fulminante, é a razão da persistência na convicção, ainda que não se saiba argumentar.”

ou seja, se o conselheiro tem um vínculo de dependência financeira com determinado grupo e, apesar disso diz representar os trabalhadores, talvez exista empecilhos para que isso realmente se efetive, pois se a pessoa depende financeiramente de determinado grupo, como construir e apoiar novas ou contra-hegemonias? Como manter vínculo orgânico com os trabalhadores? Não dá para desconsiderar os diferentes interesses envolvidos e parece que esse foi um dos principais motivos que levou a desarticulação do Conselho Gestor do CEREST de Franca. Pois, como pontuou a auxiliar de enfermagem do trabalho do CEREST as críticas e as reivindicações feitas no Conselho eram dissolvidas, à medida que o Presidente daquele Conselho, a partir da mudança de coordenação do referido Conselho a partir de outubro de 2006, estava organicamente vinculado à administração municipal.

O Conselho Gestor do CEREST de Franca, a princípio, teve o Coordenador do Centro de Referência como Presidente, isso em decorrência dos conselheiros não se sentirem preparados para assumirem tal cargo, o que se aproxima do fato já investigado que aqueles que têm o conhecimento técnico acabam sendo vistos como os mais indicados para o cargo de conselheiro e, especialmente, nas funções de presidente ou coordenador, (LOURENÇO, 2004). O saber se constitui em ferramenta de poder, (FOUCAULT, 1987) e se deve atentar para esse fato, pois se isso ocorre, há o risco de se efetivar relações assimétricas, na qual os trabalhadores, os representantes dos usuários são considerados despreparados e aqueles que não sabem; já os técnicos dos serviços, gestores e prestadores de serviços são tidos como os que têm o conhecimento mais adequado para assumirem e desenvolverem esses cargos e, assim estabelece-se a sensação de desqualificação e desentendimento dos que não têm os mesmos conhecimentos, assim prevalece a argumentação técnica do discurso hegemônico da gestão da saúde. Registra-se que o médico do trabalho do CEREST esteve a frente do Conselho Gestor apenas no início do funcionamento daquele órgão, após foi realizada eleição interna e o representante do Sindicato dos Sapateiros foi eleito presidente do Conselho Gestor. Em outubro de 2006, houve nova mudança, quando o Fiscal Sanitário da Vigilância Sanitária e Técnico de Segurança do Trabalho do CEREST assumiu a coordenação deste Conselho.

Observe que os depoimentos destacam que enquanto o presidente do Conselho Gestor era o representante dos trabalhadores (Sindicato dos Sapateiros) houve uma efetividade na prática do controle social, como destacado, o Conselho recebia a prestação de contas e participava mais do dia-a-dia do CEREST. Depois, com a mudança de presidente deste Conselho, as reuniões pararam de acontecer, ou seja, não ocorreram mais na mesma regularidade e também passaram a ocorrer em horários de maiores dificuldades de participação dos representantes dos trabalhadores, como explicitado nos depoimentos.

Foi exposto também que em decorrência da saída do Coordenador do Conselho Gestor, seria realizada uma nova eleição em outubro de 2006, porém até junho de 2008 esta ainda não havia ocorrido, como demonstrou o dirigente sindical do Sindicato dos Bancários. O Engenheiro do GVS VIII afirmou que houve centralização nas decisões e que também faltou democratização das ações do referido Conselho.

Somam-se a essas dificuldades aqueles referentes as condições de infra-estrutura para o funcionamento do Conselho.

Observe que os depoimentos indicam que durante um período os conselheiros não tinham onde se reunir. Isso ocorreu devido a extinção da Casa dos Conselhos, a qual congregava todos os Conselhos do município, exceto o Conselho Tutelar da Criança e do Adolescente que tem outra finalidade. Mas com a extinção do local próprio de funcionamento e reunião do Conselho, houve dificuldades para as reuniões, como relatado pelo diretor sindical dos trabalhadores bancários. Assim, essa instabilidade de onde se reunir foi outro impasse que dificultou a efetividade do Conselho Gestor.

O ex-sindicalista e ex-presidente do Conselho Gestor, Biro, afirmou que é preciso ter condições para o exercício da democracia e se o Conselheiro que assume o cargo de Presidente não responde as expectativas democráticas para tal cargo deve haver nova eleição para que não se perca as condições elementares para o controle social.

Para que se efetive o papel dos Conselhos em geral deve ter antes de tudo condições de controle e de participação das decisões e ações pactuadas. “[...] porque, caso contrário, tende a ser absorvido pela burocracia, tende a transformar-se em órgão de encaminhamento de documentos, de discussão, de interpretação, sem controlar as deliberações ou avaliar as execuções e seus resultados” (VIEIRA, 1998, p. 14).

Para Vieira (1998) quando se falar em organização da sociedade é preciso pensar que de um lado está a minoria da sociedade bem organizada e de outro a maioria desorganizada, sendo a primeira representada pela elite que comanda as leis, normas, ideologia e funcionamento da sociedade e a outra pela população restante que, via de regra, acaba assimilando as imposições da primeira como seus interesses.

Vieira (1998) denomina como participação passiva aqueles Conselhos criados para não funcionar, e que não são poucos, sobre essa denominação explica que:

Nesses casos, todos os seus membros, ou parte deles, são escolhidos para falar o que se quer ouvir, estabelece-se a relação de espelho, garante-se uma participação que não participa. Em tais condições, a seleção dos membros, ou parte deles, visa a inércia dos conselhos, com a finalidade de demonstrarem posicionamentos até a sua inutilidade (VIEIRA, 1998, p. 21).

A participação não depende apenas do aspecto legal, de um decreto implantado. O entendimento é o da participação como uma relação política da sociedade civil com o Estado, e esta só vai acontecer no contexto de luta, de organização e de posicionamento dos vários organismos da sociedade. Assim, é fundamental que a sociedade civil assuma a participação nos Conselhos para garantir a efetividade das políticas públicas.

Observe-se que os depoimentos destacam que enquanto houve envolvimento do Sindicato dos Sapateiros ainda ocorriam discussões mais amplas da relação trabalho e saúde no município. Por conseguinte, o CEREST teve uma posição de maior destaque quanto a sua atuação nas ações de prevenção e de educação em saúde. Ele realizou a 1ª CMST e vários Seminários, além de implantar o RAAT, entre outros, como destacado no capítulo anterior no item trajetória do CEREST, mas após com a saída do presidente do Conselho Gestor e com as mudanças, inclusive de local do CEREST houve um esfriamento no papel do Conselho, quanto as demandas e questionamentos das ações do CEREST.

O envolvimento do ex-presidente do Conselho Gestor pode ser observado também na leitura da ata de reunião de equipe do CEREST, do dia 08/11/2005, o Presidente do Conselho Gestor, acompanhado do Promotor de Acidentes de Trabalho da Comarca de Franca, participou desta reunião e destaca alguns problemas como a falta de compromisso da atual gestão em assumir a política de saúde do trabalhador, a redução da Equipe, ausência de um digitador das notificações dos agravos à saúde, mudança de endereço do CEREST, entre outros. Tal fato denota o compromisso do referido conselheiro com a política de saúde do trabalhador e também a busca de envolvimento com outros órgãos.

Os depoimentos indicam que os assuntos abordados nas reuniões do Conselho não se efetivavam na prática, como destacou o ex-conselheiro e diretor sindical dos trabalhadores bancários. Ele citou a discussão da construção de um auditório para reuniões, palestras, cursos, mas que apesar de votado pelo Conselho, ele não sabe se foi feito. Deve ser dito que a construção desse auditório decorre da Secretaria Municipal de Saúde de Franca não ter local específico para as ações de educação permanente em saúde, palestras, reuniões, seminários, cursos, entre outros, não apenas para a saúde do trabalhador, mas também para a saúde pública em geral. Assim, o auditório da saúde do trabalhador poderia ser aproveitado também para as ações das demais políticas do SUS. Contudo, apesar de votado e incluído no plano de ação do CEREST em janeiro de 2007, não se verificou maiores questionamentos acerca do mesmo, como destacou o entrevistado. A falta de respostas sobre os assuntos discutidos nas reuniões do referido Conselho é um dos fatores que veio a somar para a desarticulação do

controle social do Centro de Referência.

Um esclarecimento acerca do Conselho Gestor do CEREST é que esse está hierarquicamente abaixo do Conselho Municipal de Saúde, como o sindicalista representante do segmento dos trabalhadores bancários referiu em seu depoimento, porém uma vez deliberado no primeiro colegiado, dificilmente o Conselho Municipal desacata as resoluções e aprovações do Conselho Gestor. É importante esclarecer que o Conselho Municipal de Saúde fiscaliza a respectiva Política em todo o município considerando as várias políticas e programa da atenção primária, secundária e terciária. Então ter um colegiado por área específica – Conselhos Gestores - é um facilitador ao envolvimento dos usuários, trabalhadores da saúde, enfim, da participação, como devidamente reconhecido pelo sindicalista do segmento dos sapateiros que declarou que era conselheiro do Conselho Municipal de Saúde e que a discussão quanto a criação dos Conselhos Gestores por Unidade de Saúde visou fortalecer a participação dos usuários.

Os depoimentos destacam que por um período houve realmente envolvimento e protagonismo do Conselho Gestor do CEREST, mas que depois foi se esmorecendo por isso o Médico do Trabalho aponta que “[...] *O Conselho não tem se reunido, mas é necessária a sua reativação. Isso é importantíssimo porque hoje, ele está inoperante, não está fazendo nada, está abafado. O que está acontecendo com o Conselho?*” Na visão dos sindicalistas as principais dificuldades são: falta de tempo para as reuniões, de entendimento do que seja o Conselho Gestor; desarticulação entre os conselheiros, sindicatos, representados e demais órgãos, falta de autonomia, respeito às decisões e, entre outros, a falta de estímulo à participação, que Biro, ex-sindicalista e ex- Presidente do Conselho Gestor do CEREST, cita: *“Mas veja a participação precisa de ter alguém puxando, aquela pessoa mais chata, que fica cobrando as coisas, daí essas coisas começam a andar.”*

O que o sindicalista expõe é a necessidade de um “dirigente político” que represente os interesses dos usuários, no caso dos trabalhadores, numa via dupla, ou seja, organize e questione a hegemonia estabelecida e, ao mesmo tempo, mobilize a formação de novos dirigentes. Também não se trata de um pensamento “messiânico”, no qual um representante dos interesses de determinado grupo faça-se valer por este, mas sim de desenvolver potencialmente as possibilidades de novos dirigentes – intelectuais orgânicos - para acompanhar esta política.

A falta de uma gestão que atenda também os interesses da região, como destacado pelo IST do DRS VIII, também foi um condicionante para o afastamento daquele representante do Conselho Gestor. A questão da Gestão Regional do Centro de Referência

também foi abordada pelo Diretor do GVS-regional o qual, mais uma vez, lembrou a necessidade do CEREST construir um Plano de Ação que seja aprovado regionalmente e que se faça estudos acerca dos agravos à saúde dos trabalhadores para o direcionamento das ações e dos recursos. Reforça-se, como destacado nos capítulos anteriores, que ainda não houve a pactuação regional das ações e tampouco dos estudos acerca da relação trabalho, saúde e doença para embasar o referido Plano e, portanto, os gastos. Daí que o Engenheiro do GVS-regional se referiu a essa situação como esquisita, porque o serviço é regional, portanto, os recursos e as ações também deveriam ser.

Verifica-se que esta imprecisão quanto ao uso da verba, plano de ação (pactuado regionalmente), falta de estudos subsidiários às ações, falta de respostas as deliberações do Conselho Gestor também foram se constituindo em elementos que favoreceram ao esmorecimento do controle social. Pode-se dizer que se instalou uma insegurança quanto a participar de um órgão que deve fiscalizar e acompanhar uma política que aos olhos dos entrevistados não estava sendo implantada a contento.

A verba destinada à política de saúde do trabalhador foi bastante mencionada nos depoimentos, há indicações de falta de conhecimento do que esteja sendo feito com esse recurso, mesmo os funcionários do CEREST destacaram esta desinformação. A Psicóloga do CEREST afirma que em alguns outros Centros o Coordenador que gerencia o recurso financeiro, mas que em Franca isso não era feito e daí a importância do Conselho Gestor para saber onde estava sendo investido e de que forma.

Nesse sentido, o conselheiro do movimento sindical destacou a falta de sistemática do repasse de informações da Secretaria de Saúde ao Conselho Gestor quanto ao destino da verba do CEREST, e que chegou a ocorrer daquele Conselho aprovar documentos que na realidade já haviam sido encaminhados ou efetivados e assim faziam o caminho inverso, ou seja, ao invés de encaminhar primeiro ao Conselho Gestor para discussão e aprovação e, após, dar cabo as decisões do colegiado, aconteceu de encaminhar ao referido órgão quando o assunto em pauta já estava em andamento. Daí a sensação de que não adiantava o controle social se reunir e discutir, se na realidade o procedimento que por ventura estava em discussão, já havia sido feito. Isso, somado a falta de informação quanto ao uso da verba também serviu ao afastamento dos conselheiros, segundo ele: “[...] *muita gente parou de participar do Conselho, a gente ia atrás, convidava e o que ouvia era: ‘Eu ir lá, não vou me envolver nisso não porque pode dar rolo, esse dinheiro aí, a gente é chamado para decidir só depois que já foi gasto, não vou não’*” (Diretor Sindical II - Sindicato dos Sapateiros de Franca e região e ex- conselheiro gestor do CEREST). Além disso, o

conselheiro afirma também que alguns eventos foram barrados e justificado pela Secretaria de Saúde que não havia recursos financeiros, mas após o indeferimento dessas ações tinha-se a informação de que o recurso repassado pela RENAST ao município estava na conta, no caso, ele cita a cifra de R\$500.000,00 (quinhentos mil reais).

Foi destacado também o custeio do curso de técnico de segurança do trabalho para o fiscal sanitário, cabe então questionar quais critérios foram seguidos e o porquê de financiar o curso para apenas um funcionário, enquanto os demais não tiveram a mesma oportunidade.

O Diretor de Vigilância em Saúde de Franca mencionou a mudança no repasse financeiro que em breve, deverá não ter uma conta específica para a saúde do trabalhador. Isso em decorrência da implantação dos Pactos pela Vida e de Gestão, os quais ensejam a revisão normativa em várias áreas do SUS. Estabelecem metas a serem cumpridas pelas três esferas de governo: municipal, estadual e união. Além disso, o Pacto pela Vida estabelece responsabilidades e prioridades que a partir de indicadores passam a ser monitorados por meio dos diversos processos de pactuação de indicadores firmados publicamente por meio dos Termos de Compromisso de Gestão (PORTARIA Nº 699/GM, BRASIL, 2006c). Esta mudança normativa de acompanhamento e funcionamento do SUS, implementada a partir de 2007, foi acompanhada também da publicação da Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, que consolida os direitos e deveres do exercício da cidadania na saúde em todo o País (PORTARIA nº 675/GM 2006d).

Em 2008, foi publicada nova Portaria que especifica já no seu artigo primeiro as prioridades a serem pactuadas pelos Pactos pela Vida e pela Gestão, sendo a saúde do trabalhador uma delas, conforme especificado abaixo:

- Art. 1º. Estabelecer as seguintes prioridades do Pacto pela Vida para o ano de 2008:
- I - atenção à saúde do idoso;
 - II - controle do câncer de colo de útero e de mama;
 - III - redução da mortalidade infantil e materna;
 - IV - fortalecimento da capacidade de respostas às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária, influenza, hepatite, aids;
 - V - promoção da saúde;
 - VI - fortalecimento da atenção básica;
 - VII - saúde do trabalhador;
 - VIII - saúde mental;
 - IX - fortalecimento da capacidade de resposta do sistema de saúde às pessoas com deficiência;
 - X - atenção integral às pessoas em situação ou risco de violência; e
 - XI - saúde do homem (PORTARIA, 325/GM, BRASIL, 2008).

Tal mudança legal estabelece a necessidade de eleger prioridades a partir de indicadores para as ações e seu monitoramento, sendo importante o acompanhamento do

controle social tanto para a inclusão de metas importantes no Pacto pela Vida e pela Gestão Municipal, quanto no seu acompanhamento e efetividade prática, ou seja, o Conselho Gestor deve acompanhar a afirmação do Termo de Compromisso assinado pelo gestor municipal como instrumento do que foi pactuado.

Caminhando para as questões finais destaca-se que o Engenheiro do Trabalho apontou que acreditava que o Serviço Social pode contribuir para a efetivação do controle social nos serviços de saúde. Embora, se reconheça que o assistente social pela sua formação tenha condições de mobilizar e organizar os grupos para a defesa dos direitos sociais, acredita-se que a efetividade da participação cidadã, especialmente, nos Conselhos está mais depende do envolvimento da classe trabalhadora.

Verifica-se que ocorreu o afastamento dos sindicatos, no caso, tanto o representante dos trabalhadores bancários quanto um dos entrevistados do segmento dos sapateiros não estão mais participando do Conselho Gestor do CEREST, talvez, tal fato vai ao encontro do que Lacaz (1996) já havia constatado. O autor destaca para que em 1992, na Gestão de Paulo Maluf em São Paulo, os Sindicatos se distanciaram da política de saúde do trabalhador, num momento em que a sua participação era essencial. Esse distanciamento do movimento sindical teria repercutido nas dificuldades de efetivação da Política, especialmente nos moldes originários dos PST. Em Franca, o distanciamento dos representantes dos trabalhadores do Conselho Gestor do CEREST e também do próprio cotidiano do Centro de Referência também pode ter contribuído para o esvaziamento das diretrizes da RENAST naquele serviço.

Para finalizar este capítulo destaca-se que foi em decorrência da organização política dos trabalhadores que os direitos civis, sociais e políticos foram garantidos. No Brasil, em contraposição a política oligárquica da administração da “coisa pública”, o processo de democratização da saúde abriu espaço para que outras políticas também incorporassem a participação cidadã como mecanismo fundamental no controle dos gastos públicos.

Então, no cerne do desenvolvimento do Estado de Direito e na dita democracia está o confronto de interesses geralmente polarizado pela contradição capital e trabalho, ou seja, de um lado, a classe trabalhadora e, de outro lado, capital/classe proprietária/mercado. Nos dias atuais, especificamente no contexto singular dos Conselhos de Saúde, a polarização de interesses pode estar representada entre gestores (administradores públicos), prestadores de serviços (“indústria da saúde”), trabalhadores da saúde e usuários. Daí que se acredita que a participação dos usuários e trabalhadores nos Conselhos de Saúde representa uma possibilidade da correlação de forças entre as classes e implica, talvez, em dar visibilidade as

demandas populares, bem como introduzi-las no interior do Estado.

O Conselho Gestor do CEREST deve acompanhar e fiscalizar a implantação e efetivação da política de saúde do trabalhador. Sendo que é importante coletivizar a questão trabalho/saúde para superar as atividades técnico-burocráticas do órgão e estruturar ações técnicas-políticas, com vistas ao deslocamento do particular/privado para o coletivo/público.

As experiências de participação da sociedade civil na gestão das políticas públicas estão se disseminando, mas verifica-se que estas ainda estão carentes de maior envolvimento dos movimentos populares, de trabalhadores e das universidades. O debate encontra-se avançado, as leis para que isso ocorra já estão implantadas, mas a sua efetividade na prática ainda não ocorreu.

A participação cidadã não implica em apenas criar os mecanismos ou novos Conselhos, mas, sobretudo, os meios para que estes funcionem a serviço de uma política pública de qualidade. Este tipo de participação ainda está dependente da atuação da classe trabalhadora, que por meio da relação pedagógica entre representante e representado possa solidificar o processo de esclarecimento, persuasão recíproca e de formação de intelectuais orgânicos que defendam a política de saúde do trabalhador.

Apesar da singularidade deste estudo, mais uma vez, reforça-se que não se descarta os efeitos da conjuntura atual de globalização neoliberal e financeirização da economia as quais repercutiram na fragilização política da organização classe trabalhadora. Deve ser dito ainda que quanto a investigação acerca de como anda o controle social no Conselho Gestor em Franca, encontrou-se mais indagações do que respostas.

Contudo, acredita-se que há esperanças e possibilidades de resistência a partir da mobilização da classe trabalhadora, da sociedade em geral e de sua participação na construção de uma nova cultura e de contra-hegemonia necessárias a um Estado realmente democrático, voltado precipuamente aos interesses da classe trabalhadora.

Os Conselhos são importantes instrumentos para romper com o modo imediatista, clientelista e privatista de se gerir as políticas públicas. Porém, como destaca Correia (2006, p. 135) “não é suficiente para romper com a lógica do capital.” Mas nem por isso devem ser diminuídos na sua importância no processo de resistência e limites a “[...] reprodução ampliada do capital quando denunciam a aplicação do fundo público no financiamento desta. É nesse sentido que estes devem ser fortalecidos e ampliados.”

Então, fica o convite à classe trabalhadora para que esta ocupe cada vez mais os espaços públicos de discussão, formulação, acompanhamento e fiscalização das políticas públicas que incentivem o desenvolvimento e efetivação do Estado Democrático.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desenvolvimento capitalista produz, compulsoriamente, a “questão social” – diferentes estágios capitalistas produzem diferentes manifestações da “questão social”; esta não é uma seqüela adjetiva ou transitória do regime do capital suas existências e suas manifestações são indissociáveis da dinâmica específica do capital tornado potencia social dominante. A “questão social” é constitutiva do desenvolvimento do capitalismo. Não se suprime a primeira conservando-se o segundo.

NETTO, 2001a, p. 45.

Neste estudo, objetivou-se analisar o processo de implantação da política de saúde do trabalhador em Franca. Para tanto, foi discutido o complexo quadro histórico das relações sociais de trabalho, a intervenção do Estado, a construção do campo Saúde do Trabalhador e sua vertente pragmática – política de saúde do trabalhador –, especificamente a sua implantação na realidade singular de Franca. A sua análise, ocorreu num esforço de articular a realidade singular com a universal, já reconhecendo os limites inerentes, mas como pesquisadora vendo-os como desafios a serem enfrentados.

A Política de Saúde do Trabalhador no SUS é uma resultante da correlação de forças entre as classes sociais desencadeadas a partir da década de 1970, que como demonstrado consubstanciou no campo - Saúde do Trabalhador. Dessa maneira, esta Política é uma expressão daquele campo à medida que tem como orientação e sustentação as suas diretrizes, quais sejam: Interdisciplinaridade, participação dos trabalhadores e reconhecimento do seu saber, bem como análises da relação trabalho e saúde a partir das categorias organização e processos de trabalho e de estudos mais amplos. Esta Política foi sendo incorporada gradativamente como uma política pública de saúde, especialmente com a promulgação da Constituição Federal, em 1988. Dessa forma, os princípios constitucionais do SUS calcados no atendimento universal, na descentralização e na democracia participativa se estendem à política de saúde do trabalhador.

A Constituição de 1988, como demonstrado oferece parâmetros legais para efetivar a atenção à saúde dos trabalhadores e como tal impõe alterações no paradigma até então vigente, o qual privilegiava as ações a partir da assistência e não da atenção à saúde.

Portanto, neste estudo, tratou-se de pensar a política de saúde do trabalhador a partir dos marcos das políticas sociais públicas que no contexto da sociedade capitalista é uma maneira de preservar a “ordem” do sistema, mas é também resultado das reivindicações da classe trabalhadora na luta por melhores condições de vida e de acesso a riqueza socialmente produzida.

A política social está sujeita as mudanças postas pela co-relação de forças entre as classes sociais. Na esteira dos acontecimentos, verificou-se que em fins da década de 1980, houve avanços quanto a efetivação do campo Saúde do Trabalhador, mas a partir da década de 1990, paradoxalmente, as políticas públicas passaram a enfrentar dificuldades em decorrência da adoção da orientação política neoliberal pelo Estado, a qual se sustenta na redução dos investimentos e financiamentos das políticas públicas, num processo de transferência daquelas responsabilidades para a sociedade civil.

Neste contexto há a “minimização” do Estado para as políticas sociais e do trabalho e a sua “maximização” na garantia de maiores liberdades de mercado, desregulamentando as relações sociais de trabalho e se afastando, enquanto “mediador civilizador” dos conflitos inerentes as contradições capital/trabalho.

Está claro o grave contexto em que a saúde do trabalhador se insere. Pelo lado do mundo do trabalho, como evidenciado ao longo deste estudo, avolumam-se a precariedade das relações sociais de trabalho e salarial e, ainda, as condições ambientais e de organização do trabalho que agridem à saúde. Pelo lado da gestão da coisa pública verifica-se a diminuição do papel do Estado nas políticas sociais e sua ampliação frente ao capital. Enfim, essas mudanças confluíram para a instauração de barreiras diversas que, na saúde do trabalhador, se resumem no mínimo em dois pontos básicos: o crescimento das condições e situações agressoras à saúde e as dificuldades para a operacionalização da saúde do trabalhador como política pública.

Apreender a realidade de saúde e trabalho impõe à necessidade de compreender o movimento das contradições inerentes as transformações postas na sociedade contemporânea, em especial, a partir da contradição capital/trabalho e o papel do Estado.

As demandas de trabalho tanto na produção quanto nos serviços impõem novos ritmos. Na atualidade, além do trabalho doméstico e informal, no geral, as pessoas estão sempre trabalhando seja na hora do almoço ou nos horários de descanso, elas atendem ao telefone, passam e-mails, vendem produtos, entre outros, a coerência da vida passa a se dar em torno do assalariamento. A economia está mais dinâmica, o trabalho se realocalizou e as inovações tecnológicas desempregam sem compaixão aqueles que vivem do trabalho.

A opressão imposta pelo capital tem, cada vez mais, corroído os laços de solidariedade entre a classe trabalhadora, como se procurou demonstrar esta se metamorfoseou (ANTUNES, 1999). As mudanças contemporâneas não permitem falar de um mundo do trabalho que pertença apenas a fábrica, pois, além das imposições da sociedade capitalista nas relações sociais e na vida como um todo, a ênfase na fábrica enxuta transferiu para a casa dos trabalhadores parte da produção, como é o caso das Banca de Pespointe e Corte em Calçados em Franca, como ilustrado. Então a saúde do trabalhador deve ser planejada também com vistas a abranger o trabalho domiciliar e informal.

As mudanças do mundo do trabalho retratam um quadro de doenças e adoecimentos ainda difusos, mas com cores do “complexo de reestruturação produtiva” (ALVES, 2000), em especial, da terceirização, neste texto, abordadas como expressão da Questão Social. Explicita-se que este conceito relaciona-se ao de desigualdade social, em

especial, a condição de pauperismo, porém não se limita a esta (NETTO, 2001b). A partir da organização da classe trabalhadora e das suas reivindicações, esta classe se eleva, colocando em risco a hegemonia da classe burguesa, como demonstrado. Assim, a condição de pauperismo deixa de ser “destino” para ter desdobramentos sócio-políticos (NETTO, 2001b).

Desse modo, ao situar os agravos à saúde dos trabalhadores como expressão da Questão Social, se quis reforçar que estes não se referem a má sorte, ou ainda que seja um risco intrínseco a determinadas atividades funcionais, na realidade, estes agravos configuram em indicadores de inserção social no mundo do trabalho, de condição de classe e também de gênero, é resultante da desigualdade social. Embora deva ser dito que os males contemporâneos afetam os profissionais da classe média e não deixa passar ileso os executivos. Contudo, os agravos são produtos, em grande parte, da divisão social do trabalho, com forte diferenciações para a condição de gênero, etnia e raça. Não é sem motivo que são os trabalhadores migrantes as vítimas das mortes por exaustão nos canaviais e as mulheres as mais atingidas pelas LER, não por pré-disposição individual e sim pela posição ocupada no mercado de trabalho, a qual vem se dando por meio da precarização do trabalho (NOGUEIRA, 2006).

Os males do trabalho na contemporaneidade já não se limitam aos fatores de riscos tóxicos, ruidosos, desconfortáveis e susceptíveis a sucumbir fatalmente a vida dos trabalhadores. Os problemas estão mais relacionados ao aumento do ritmo, organização e gestão do trabalho que podem incidir mais lentamente sobre a saúde e vida de quem trabalha. Mas é preciso ter dados sobre essa incidência, não apenas estatísticos, mas também qualitativos, por exemplo, entrevistas, documentários, histórias de vida, entre outras formas reveladoras da relação trabalho e saúde.

A política de saúde do trabalhador não pode ser vista monoliticamente a partir do agravo já instalado, restando-lhe a assistência e a busca da reabilitação, isso é importante, mas não é tudo. Do ponto de vista da determinação social da doença, deve ser considerada a historicidade dos agravos e a visão epidemiológica, ou a relação de determinadas profissões com determinados problemas. Como ensinou Ramazzini (1999), as doenças devem ser estudadas a partir de grupos e realidades de trabalho específicas, o que não foi verificado nas ações do CEREST- Franca. Acredita-se que este é um ponto fundamental, pois é a partir deste conhecimento que se poderá lograr em ações de prevenção e promoção da saúde – ações sociais, educativas e políticas – frente aos problemas diagnosticados.

Constatou-se que, ainda, prevalece o entendimento de doenças individuais, talvez em decorrência dos estudos epidemiológicos em Franca, serem raros e, quando ocorrem, são

pouco divulgados. A ausência de dados acerca do questionamento: “De que adoecem e morrem os trabalhadores?”, já feito por Ribeiro e Lacaz (1984) ainda é uma lacuna na realidade ora estudada.

Verificou-se que os profissionais da saúde estão presos as demandas que chegam aos serviços, aos problemas já instalados e têm pouca disponibilidade de tempo e também institucional para as atividades extramuros. Assim, o quadro é caótico, por um lado, a pressão no trabalho a intensidade dos ritmos, a exploração, a precarização e o desemprego conformam as condições para o adoecimento, por outro lado, os serviços de saúde estão sucateados, enquanto cresce a assistência privada, mantida grandemente pela classe trabalhadora que luta pelo convênio médico. Lembra-se que apesar de no imaginário popular o convênio médico ser um objeto de consumo a ser priorizado, este ramo do mercado não se preocupa com as causas, as quais, por sua vez, são de responsabilidade dos serviços públicos, que sucateados acabam por privilegiar a assistência.

Pode-se dizer que ainda não havia uma consonância prática desse novo campo no interior do SUS, quando houve a disseminação dos Centros de Referência, por isso, em Franca, a gestão municipal teve dúvidas em assumir o novo modelo – Saúde do Trabalhador – deparando-se com inúmeras questões ao estruturar o serviço como caráter regional? Equipe interdisciplinar? Autonomia dos profissionais? Poder de polícia para a Equipe do CEREST fazer inspeções? etc. Desse modo, a formação da Equipe acabou por privilegiar aqueles profissionais, cuja orientação segue os motes da MT/SO. Então, a expansão desse novo campo no SUS em Franca acabou ocorrendo de modo parcial, sem um discurso ideológico que garantisse a saúde do trabalhador como parte do cotidiano dos serviços de saúde e que contemplasse a perspectiva regional, interdisciplinar, intersetorial e ainda de controle social.

Observa-se que, num primeiro momento, houve a possibilidade de ser dado o salto qualitativo, quando da inauguração do CEREST, em 2004, poderia ter ocorrido dentro das proposições da RENAST, mas, como demonstrado, isso não ocorreu, e a implantação do CEREST se deu a partir de vários limites. Foi uma implantação “capenga”, ou seja, limitada. A começar da dúvida da administração em incluir na agenda de governo a saúde do trabalhador como uma política a ser desenvolvida. Na realidade, se não fosse pela “pressão” do Sindicato dos Sapateiros, talvez ainda hoje, haveria apenas o serviço ambulatorial.

Outro fator relevante para essa adesão foi o fato de existir uma verba específica. O repasse financeiro, no início, de quatorze mil reais e, atualmente, trinta mil reais mensais do MS para o município sede do CEREST é um atrativo significativo para a administração pública assumir tal Política. Porém verificou-se que como a verba é gerida pelo município

sede, conforme convênio entre Secretaria Municipal de Saúde e MS, não há uma homogeneidade das ações nos municípios da região frente a relação trabalho e saúde, e mesmo em Franca, como demonstrado pelos depoimentos, deixa muito a desejar, ou seja, está muito aquém do previsto pelas normatizações do SUS.

O município, enquanto gestor da política (regional), deve apresentar um Plano de Ação, entre outros documentos para a sua habilitação como município sede do Centro de Referência. É preciso também ter infra-estrutura e uma Equipe Técnica devidamente preparada para não apenas operacionalizar tal Plano, mas avaliá-lo e propor mudanças. A documentação legal prevê ainda o acompanhamento e fiscalização dessa Política pela sociedade, no caso, por meio do Conselho Gestor do CEREST, como discutido no sétimo capítulo. Entretanto, a implantação do órgão regional não foi acompanhada dessa nova organicidade política. O município vendo que o Centro de Referência poderia ser implantado em outra cidade e em decorrência enfrentava alguma “pressão” dos Sindicatos, em especial, dos Sapateiros, somado ao fato de existir uma verba específica, acabou, por aderir a saúde do trabalhador na sua agenda de administração da saúde. Mas essa adesão se deu sem muitas preparações técnicas, políticas e de infra-estrutura.

Atrela-se ao não reconhecimento dessa Política, como um eixo importante da agenda de governo, o modelo assistencialista do CEREST, configurando, pois, em dois grandes limites. A ausência de planejamento definido no seu processo de implantação demonstra que esta Política foi implantada sem metas, ficando, inclusive sem Coordenador durante um período e após, apesar da nomeação de Coordenador para o CEREST, não se verificou mudança na condução das ações daquele Centro. Isso somado ao caráter assistencialista obscureceu as funções social, educativa e política da saúde do trabalhador. Outra coisa, o fato de a Equipe ser constituída por várias profissões não quer dizer que suas ações sejam interdisciplinares e que tampouco que existam horizontalidade nas respectivas ações.

Ademais, em Franca, a proposta do CEREST ser constituído por uma Equipe mínima de dez profissionais, não está sendo respeitada, como visto no sexto capítulo. Além disso, o caráter interdisciplinar tem se limitado às áreas biológicas e de engenharia, oferecendo poucas condições para que a interdisciplinaridade realmente aconteça e, em consequência, provoque mudanças no modelo de atuação adotado.

O caráter assistencialista assumido pelo CEREST-Franca, como ferramenta essencial da saúde do trabalhador, esbarra claramente nas diretrizes da RENAST. Como visto, o modelo de Atenção à Saúde é mais amplo, à medida que envolve ações coordenadas com

outras áreas e apesar de definir o fluxo para o atendimento individual não se restringe a assistência à demanda que busca pelo serviço. Na realidade a assistência é apenas uma ação da Atenção à Saúde que preza pela intersetorialidade e pelas ações de prevenção e promoção da saúde. Já as ações assistenciais são mecanismos caros, necessários, mas não efetivos frente à interrupção dos problemas. Neste sentido, foi constatado que as ações do CEREST-Franca ainda se limitam as assistenciais. O depoimento da Psicóloga no eixo - Vigilância em Saúde - descreve bem a falta de resolutividade desse modelo e a agonia dos profissionais, que como referido anteriormente se sentem “enclausurados”.

As ações intersetoriais, como demonstraram a trajetória e os depoimentos, também não conseguiram se efetivar. Pelo lado, da relação entre CEREST e rede SUS, verificou-se que o seu intercambio com as unidades de saúde é feito mais no sentido de estimular o preenchimento do RAAT, porém a metodologia adotada não permitiu o envolvimento e a devida compreensão dos objetivos da notificação, a qual chegou aos serviços de saúde, como um papel a mais a ser feito, já que estes têm uma demanda excessiva. Pelo lado, da relação com as organizações de trabalhadores também não foi verificado qualquer tipo de relação ou trabalho articulado entre os sindicatos e o Centro de Referência.

Frisa-se ainda que não se verificou atividades articuladas com as universidades, além de raros pesquisadores iniciantes que, algumas vezes, procuraram pelo CEREST em busca de dados dos agravos e também de funcionamento da política de saúde do trabalhador não houve nenhuma outra aproximação de vínculo mais profundo, seja na busca de apreender o que mais acomete a saúde dos trabalhadores, seja na articulação de estudos acerca do funcionamento e integração da saúde do trabalhador na rede SUS, considerando as demandas apresentadas, reprimidas, (aquelas que não conseguem acesso) e as invisíveis ou que estão na invisibilidade social.

O que se verificou, inclusive por meio das observações empíricas é que a demanda selecionada, ou seja, encaminhada ao CEREST não representa a totalidade da problemática que os trabalhadores vivenciam. É necessário realizar estudos acerca do que não chega até aquele Centro, mas na melhor das hipóteses se fosse realizado estudos sérios do que chega já estaria de bom tamanho, mas como se viu nos depoimentos a rotina de atividades desse importante órgão está presa a aparência e, portanto, o desencadeamento das ações segue esse prisma: oferecer respostas a realidade imediata sem articulações ou vínculos duradouros com outros serviços, universidades e sindicatos.

A coordenação do serviço é uma questão política, envolver o sujeito nas propostas, estruturando-as de modo que as pessoas envolvidas possam desenvolver as

atividades com afinco e dedicação, mas não se verificou que a coordenação do CEREST, caminhe nessa direção.

Assim, em Franca o CEREST, ainda, não conseguiu de fato ultrapassar o plano da assistência. A observação é que este acabou se tornando uma unidade receptora da demanda advinda das demais unidades de saúde, em especial do Pronto Socorro Municipal. O atendimento no Centro de Referência não se dá por meio da demanda espontânea, pois o trabalhador advém de um serviço da rede ou dos hospitais particulares encaminhados, ou seja, é referenciado, em geral, já recebeu todos os cuidados médicos e procura pelo CEREST, na maioria das vezes, para o preenchimento de CAT e orientações. Claro, que não se trata apenas de preencher documentações, há o acompanhamento médico e também fisioterápico, psicológico e social¹, contudo, essa é a maior demanda, uma vez que a CAT ainda é um documento que instrumentaliza o trabalhador vítima de acidente ou doença na garantia de alguns direitos trabalhistas e previdenciários. A partir desse modelo de atendimento, cabe reforçar o caráter passivo do CEREST, que aguarda os trabalhadores encaminhados.

O caráter de referência se resumiu as ações pontuais que a demanda encaminhada a aquele serviço requer. Claro que algumas incursões na realidade foram tentadas como atividades voltadas para a capacitação da rede básica e secundária, implantação do RAAT, digitação dos dados, organização do fluxo da saúde do trabalhador na rede de saúde, realização da 1ª CMST de Franca e da região, de cursos e de seminários, entre outros. Porém, estas atividades sofreram rupturas e diante da sua fragilidade não se mantiveram como um fluxo normal de ações do serviço, se configurando como dependente da apreciação do gestor e não da análise de prioridades erguida a partir das reais necessidades sob a intervenção do controle social e, portanto, metas de uma política pública. Daí que a configuração dessas ações se constituiu num fim em si mesma.

Em 2006, o CEREST-Franca tentou mudar o modelo de atendimento aos trabalhadores, esta era uma questão já discutida pelos profissionais daquele serviço que almejavam a mudança de diretrizes de cunho mais curativo para atenção à saúde, porém, da forma como o processo foi conduzido, os técnicos resistiram às mudanças e se mantiveram na linha assistencialista. A falta de fortalecimento e preparação da rede SUS para absorver os usuários vítimas de agravos relacionados ao trabalho fez com que em 2006, quando houve a interrupção da assistência pelo CEREST, esta não lograsse em resultados positivos e, atualmente, tudo indica que a história se repita.

¹ Isso até maio de 2008, pois como se demonstrou, após, ocorreram mudanças no quadro funcional do CEREST, como destacado nos Quadros 3 e 4, no sexto capítulo.

Cortar o atendimento assistencial do CEREST implica pensar no complexo funcionamento do sistema e na sua preparação para que o trabalhador não fique “perdido” ou “jogado” de um serviço a outro. Transferir a assistência para a rede é o ideal e abre espaço para inúmeras possibilidades de ações da Equipe do Centro de Referência que contemplem as características de “pólo irradiador da nova cultura de saúde do trabalhador”. Entretanto, do modo como foi feito, em Franca, tratou-se mais de uma “não política”, na medida em que a transferência vertical do atendimento para a rede não se fez a partir da adequada preparação, ou seja, da intenção de uma Política. A saúde do trabalhador não pode chegar como um “serviço a mais”, a rede deve estar preparada para acolher o trabalhador, lhe prestar atendimento e, sobretudo, relacioná-lo como do trabalho. Então, para que isso ocorra é preciso que tenha uma Política de fortalecimento da atenção básica e que haja a sua conexão com o CEREST, o que também não foi verificada na realidade ora estudada.

Em relação a notificação dos agravos à saúde, esta vem sendo feita por meio do RAAT, como já afirmado. Para tanto, a princípio foram realizadas visitas às unidades e também eventos, com o objetivo de envolver a sociedade e, em especial, os trabalhadores da saúde. Porém, a partir de 2007, observou-se que a estratégia adotada, constituiu-se de reuniões, realizadas aos sábados e que o convite aos participantes foi feito em forma de convocação. Isto impôs esta Política como um “custo” para os trabalhadores da saúde.

O que está em jogo é a formação dos trabalhadores do SUS para que não apenas atendam e encaminhem a demanda espontânea, mas que consigam diagnosticar o trabalho como causa necessária de muitos problemas de saúde, inclusive que se atentem para a demanda reprimida. Não se trata, portanto, da ação de um grupo de trabalhadores que esperam em uma reunião, diga-se de passagem, realizada ao sábado de manhã, ser suficiente para a implantação do RAAT e como se o preenchimento dessa ficha já implicasse na efetivação da política de saúde do trabalhador nos serviços de saúde. Obviamente que se trata de um passo importante, mas o RAAT é um instrumento epidemiológico necessário para a possível estruturação de ações mais amplas, que favoreçam a ruptura com o modelo de atendimento calcado nas ações assistenciais e burocráticas em prol das ações voltadas para as atividades preventivas, interdisciplinares, intersetoriais, e que privilegie a definição de um fluxo adequado e resolutivo e ainda a formação dos trabalhadores da saúde, inclusive para que estes possam fazer o diagnóstico e notificação dos agravos à saúde dos trabalhadores,

Observe-se que o RAAT tem a dimensão social de envolver os profissionais para notificar aqueles problemas de saúde subjacente ao trabalho e a partir destes registros demonstrar o que mais ocorre. Trata-se de subsídios imprescindíveis às ações interventivas,

educativas (individuais e coletivas) e de envolvimento da sociedade que viabilize a intervenção e a mudança de determinada realidade de trabalho de modo mais amplo e articulado. Acredita-se que é a partir da disponibilização dos dados e do envolvimento social e político com a questão que será construída as estratégias políticas de ação e transformação da realidade verificada.

Saber de que adoecem e morrem os trabalhadores é essencial para o conhecimento da realidade, planejamento das ações e envolvimento com outros serviços, em especial, os sindicatos das categorias profissionais. Porém, verificou-se que em Franca, estas informações não estão sendo socializadas.

Acredita-se que a quem mais interessa estas informações são os trabalhadores, que organizados podem ser os sujeitos significativos dos processos de mudanças (qualitativas) da organização do trabalho. Em outras palavras, o referencial epidemiológico é um importante instrumento para as ações do CEREST, inclusive para o embasamento do Plano de Ação, discutido durante este estudo. Derivam daí as justificativas para a alocação dos recursos e também para que outras ações possam ser brotadas, independentes deste órgão (CEREST). Desse modo, não se justifica criar um instrumento de notificação para uso restrito do Centro de Referência, isso é um desperdício de tempo e de recursos, a medida que a efetividades da saúde do trabalhador está dependente de ações mais amplas e políticas.

Ademais, os dados epidemiológicos são de interesses públicos, então necessitam de ser disponibilizados à sociedade, inclusive aos Sindicatos para que esta Política seja, realmente, efetivada. O CEREST não é uma ilha autônoma capaz de abarcar toda a problemática, bem como de resolvê-la. A resolução dos problemas verificados está dependente de ações conjuntas com outros órgãos – intersetoriais.

Ainda em relação ao RAAT, verificou-se que os serviços de saúde não têm a tradição em notificar, quando o faz, faz pela metade, ou seja, deixa campos importantíssimos em branco. Não preenchem adequadamente. Outra questão a ser pensada é o descompromisso de profissionais que não consideram a historicidade do trabalho no momento do diagnóstico clínico ou nos atendimentos e nos acompanhamentos, desse modo, acabam não fazendo a relação de muitos problemas de saúde com a atividade funcional.

Há uma precariedade dos serviços de saúde tanto em relação a preparação dos trabalhadores para a relação do problema de saúde com o trabalho, quanto de apoio a diagnóstico (tecnologia) e de funcionários, como foi revelado há insuficiência de recursos humanos.

Cabe reforçar a importância da notificação dos agravos e do pensar-fazer saúde do trabalhador em rede, pois acredita-se que se toda vez que for feito um atendimento à vítima de acidente ou doença relacionado ao trabalho e se for registrado ou notificado como proveniente do trabalho já é o início para construir informações epidemiológicas necessárias para a coletivização dos problemas e para a construção de ações que as interrompam, evitando assim que outros trabalhadores se acidentem ou adoçam. Isto inclui indubitavelmente, um sistema normativo dotado de organização de relacionamentos entre os serviços e deve contar com a responsabilidade do Estado, mantendo a devida autonomia dos municípios, mas inserindo a saúde do trabalhador como uma política pública a ser assumida de modo integrado e articulado entre os serviços de saúde que congregam os Ministérios da Previdência, da Saúde e do Trabalho.

Deve ser dito que a discussão em torno dos males que o trabalho possa provocar à saúde ainda gera discussões e conflitos entre o que é ou não do trabalho, o que dificulta o seu registro e a conseqüente alteração do quadro atual. A determinação da categoria trabalho no processo dos agravos à saúde foi sendo construída historicamente, e ganha novos contornos quando a classe trabalhadora assume esta questão na sua pauta de reivindicação.

Contudo, a partir das mudanças do mundo do trabalho, houve o afastamento da classe trabalhadora da luta pelo trabalho de qualidade e ainda do acompanhamento das políticas públicas. O desemprego e a terceirização afetaram a estrutura sindical, pois, a partir da crise esta tenta se preservar como corporação social (ALVES, 2000). Este comportamento defensivo assumido pelas Centrais e Sindicatos na década de 1980, se tornou no decênio posterior a nova práxis da classe trabalhadora, uma vez que a ideologia praticada por esta é a do não confronto, o que Alves (2000) denominou de perda de referência de classe antagônica diante do capital. Então, há de se reforçar a perda de capacidade estratégica dos trabalhadores organizados em garantir direitos e melhorias salariais e de trabalho.

Assim, o que se observa em Franca é o aumento da terceirização, em especial, na produção de calçados, cujos riscos à saúde ainda não estão muito claros e apesar de já ter ocorrido uma participação mais próxima da classe trabalhadora principalmente do Sindicato dos Sapateiros, que inclusive chegou a envolver o Ministério Público no que tange a terceirização, e como demonstrado esta ação repercutiu no TAC, atualmente, não se observa o prosseguimento nestas ações, ao menos, não se observa discussões públicas, de maiores divulgações e denúncias, ao passo, que as Bancas aumentam a cada dia, sem nenhum controle e distantes das condutas definidas pelo TAC.

Como demonstrado, o CEREST-Franca tem na sua história, forte presença do referido Sindicato, seja na organização e realização dos Seminários de Saúde do Trabalhador, seja no movimento necessário para a implantação do Centro de Referência, contudo, houve o seu distanciamento do acompanhamento deste processo, sentido pelos entrevistados. Como evidenciado, parece que o Sindicato dos Sapateiros adotou mais a postura de instância burocrática do que de confronto.

Dessa maneira, a classe trabalhadora precisa se envolver mais com este debate, aliás, é preciso reativá-lo. Mas para isso é importante contar com dados, saber de que e como adoecem e morrem os trabalhadores. Salienta-se que a notificação é importante para as possíveis medidas interventivas de contenção da problemática dos acidentes e doenças relacionadas ao trabalho no seu oposto, ou seja, a sua negação ou a não notificação, emudece e enfraquece, quando não anula as possibilidades de reversão daquelas situações de injustiça e exploração no trabalho que repercutem na saúde e vida dos assalariados.

Ressalta-se que a construção de um sistema de informação acerca dos agravos à saúde dos trabalhadores é essencial para fundamentar as ações da classe trabalhadora e também dos técnicos, em especial, dos profissionais da saúde.

Cabe reforçar a importância da notificação dos agravos e do pensar-fazer saúde do trabalhador em rede, pois acredita-se que se toda vez que for feito um atendimento à vítima de acidente ou doença relacionado ao trabalho e se for registrado ou notificado como proveniente do trabalho já é o início para construir informações epidemiológicas necessárias para a coletivização dos problemas e para a construção de ações que as interrompam, evitando assim que outros trabalhadores se acidentem ou adoçam. Isto inclui indubitavelmente, um sistema normativo dotado de organização de relacionamentos entre os serviços e deve contar com a responsabilidade do Estado, mantendo a devida autonomia dos municípios, mas inserindo a saúde do trabalhador como uma política pública a ser assumida de modo integrado e articulado entre os serviços de saúde que congregam os Ministérios da Previdência, da Saúde e do Trabalho.

A saúde do trabalhador na região vem sendo assumida pela Vigilância Sanitária, e em muitos municípios esta estrutura ainda é muito precária. Por isso, dificuldades relatadas pelos IST enfatizaram a falta de pessoal.

Deve ser dito, que o CEREST-Franca ainda não faz vigilância em saúde. O que vem sendo feito pela Vigilância Sanitária do município e por algumas cidades da região, são poucas ações de fiscalização em alguns ambientes de trabalho. Assim ao manter a atuação tradicional verifica-se que há o reforço da histórica segmentação entre os serviços.

Verificou-se também que a ausência de articulação entre a Vigilância Sanitária e a DRT tem gerado confusões e limites. Ações interdisciplinares e também intersetoriais precisam fazer parte da prática dos serviços públicos. Entende-se que a saúde do trabalhador é um problema de saúde coletiva e não específico desse ou daquele órgão. Ademais, os serviços, especialmente aqueles de ações correlatas, precisam conversar entre si, desenvolver ações conjuntas, somar esforços e não dividir forças.

Os depoimentos apontaram para as dificuldades de integração do CEREST com o sindicato, DRT, INSS e vigilância sanitária, o que provoca estranheza entre os técnicos que não se interagem na realização das ações, especialmente nas de vigilância. Tal fato se relaciona a ausência de trabalho de Equipe e, sobretudo, intersetorial como uma diretriz perseguida pelo Estado na efetivação das políticas públicas. Verifica-se que em Franca as ações ainda se baseiam no modelo de ações focais, geralmente, a partir de denúncias individuais e não por meio de discussões e estudos acerca da organização e processo de trabalho em determinada categoria, mais aprofundados e realizados com apoio e envolvimento de vários setores.

A insistência em realizar a vigilância em saúde do trabalhador como se fosse apenas uma questão de inspeção feita por um serviço e não por uma Equipe interdisciplinar e articulada intersetorialmente, em Franca, resultou no desconhecimento do que é feito, como demonstrado. Assim, mesmo as ações focais feitas a partir de denúncias não contam o envolvimento e tampouco socialização da realidade constatada e das medidas tomadas, isto nem mesmo entre os profissionais que compõem a Equipe do referido órgão regional. Por isso que os depoimentos indicaram a falta de conhecimento acerca do que CEREST faz, é como se esse estivesse na invisibilidade social, ou seja, não apenas as doenças relacionadas ao trabalho estão na invisibilidade social devido a sua subnotificação, mas o próprio Centro de Referência é invisível, à medida que não têm autonomia “*não caminha com as suas próprias pernas*”, não realiza ações amplas, mas se prende as ações assistenciais em detrimento da atenção à saúde, não tem uma diretriz ou um coordenador. E, ainda, este Centro conta com uma Equipe diminuta, em termos quantitativos e qualitativos e, como já dito, não tem ações intersetoriais.

Muitas situações já apontadas pelos depoimentos durante este estudo, como a questão do uso de tachinhas a base de chumbo, usada, no passado, pelos sapateiros; o processo de terceirização e a invisibilidade social das doenças relacionadas ao trabalho; a máquina de moldar sola, denunciada pelo sindicalista, devido a mutilação que estaria provocando nos trabalhadores; o processo e organização do trabalho em curtumes; a questão dos produtos químicos usados na fabricação de calçados e também nas indústrias da borracha

etc., etc., etc.. Estes problemas necessitam não apenas de visita a uma fábrica ou a um ambiente de trabalho específico, mas de estudos aprofundados que envolvam a categoria, o setor econômico, e os vários órgãos públicos de ações co-relatas. Contudo, o que se verificou na realidade ora estudada é a reprodução da segmentação de responsabilidades e de poder, assim, se reproduz o histórico desenvolvimento das ações focais e pontuais com forte prejuízo para a saúde do trabalhador como um todo.

É totalmente desconexo, mais uma vez, reforça-se que o CEREST- Franca tem se limitado as ações segmentadas, pontuais e individuais. A Política está voltada para dentro dos serviços, e marcada pela falta de diálogo e trabalho em Equipe no estabelecimento e efetivação das diretrizes, das normas e legislações da área.

O Conselho Gestor, colegiado formado por trabalhadores e representantes de governos, para a fiscalização e acompanhamento dessa Política, em Franca, ainda, não conseguiu exercer o seu papel, como se discutiu no sétimo capítulo. Além disso, o Plano de Ação do CEREST que poderia servir de base para este Conselho e também para os representantes dos municípios da região, entre outros, fazerem o devido acompanhamento não foi construído a partir do envolvimento dos principais personagens e tampouco pactuado. Dessa forma, corroborou para os limites de acompanhamento das ações do Centro de Referência pelo Conselho Gestor.

Um dos grandes desafios para a efetivação da política de saúde do trabalhador em Franca, a ser enfrentado a curto prazo é a reativação do Conselho Gestor, para o qual deve se considerar as ações de envolvimento da sociedade e de qualificação da participação, no sentido de se oferecer cursos e outras ações educativas que instrumentalize os conselheiros acerca do que é o controle social e também a política de saúde do trabalhador. Mas para isto é necessário que existam as possibilidades práticas de participação, ou seja, este Conselho deve contar com uma gestão democrática, inclusive no momento da sua formação. As deliberações do referido Conselho devem ser respeitadas. O Conselho Gestor é um importante mecanismo para o envolvimento social, enfim para a democracia, não se pode permitir que este seja veículo de manobra política e, no mais, que funcione apenas como uma exigência burocrática para o recebimento dos recursos.

Ademais, deve ser frisado que embora se acredite no potencial da participação da classe trabalhadora, reconhece-se que o pragmatismo e o viés econômico dos Sindicatos vêm frustrando a organização coletiva e a construção da cultura participativa nas políticas públicas.

Como tentou se diferenciar os modelos MT, SO e ST têm diferentes características, pois enquanto a MT se operacionaliza no interior das empresas voltada para o

controle do absenteísmo e seleção dos mais jovens e saudáveis, conforme as exigências das vagas em aberto. A SO vai um pouco além, mas não avança nas suas proposições de interdisciplinaridade e de prevenção a saúde. Esses dois modelos estão restritos a lógica empresarial. A ST tem como principais características que a difere dos modelos anteriores (MT e SO) a ampla participação dos trabalhadores, a atuação de disciplinas diversas além da área biológica ou da engenharia, ou seja, a atuação é interdisciplinar e interinstitucional e sua efetivação se dá a partir das políticas públicas. Contudo, o CEREST-Franca ao funcionar na perspectiva do modelo anterior (MT e SO) acabou por inviabilizar essas diretrizes.

No geral, o CEREST-Franca vem se mantendo. As principais dificuldades podem ser expressas na carência de recursos humanos da Equipe do CEREST; na dedicação de infraestrutura inadequada ao funcionamento deste serviço, na indisposição da administração para a formação continuada da Equipe, sendo inclusive vetados cursos importantes; coordenação do serviço a cargo de profissionais indicados com pouca disponibilidade de tempo para se envolver com a Política nos moldes da RENAST e da atenção à saúde; incorporação de ações de vigilância em saúde do trabalhador fragmentada e desconexa da Política em si; ausência de uma estrutura articuladora dos serviços públicos, ficando “*cada um no seu canto*”; desqualificação das diretrizes do CEREST ao limitar a Equipe às áreas biológica e de engenharia e subordinação à administração numa estrutura de confusa concepção da Política a ser desenvolvida; falta de estrutura dos serviços de saúde públicos para desenvolverem o olhar epidemiológico frente a saúde do trabalhador, bem como na perspectiva prevencionista; dificuldades para ações intersetoriais, regionais e, entre outros, limites para o embate que o controle social poderia ensejar.

Fica, notadamente, claro que as dimensões social, educativa e política da saúde do trabalhador em Franca ainda são pouco desenvolvidas.

Então, a rede de saúde pública precisa se adequar, se re-organizar para fazer saúde e não apenas tratar de doentes e doenças, com isso não se está negando os avanços trazidos pelo SUS, o que se quer registrar é que ainda há um enfoque sobre a lesão apresentada ou o indivíduo que a apresenta, deixando as causas, especialmente aquelas relacionadas ao trabalho para um plano posterior, ou o que é pior não se pensa no processo social dessas enfermidades, especialmente aquelas relacionadas ao trabalho.

É preciso investir em ações de educação permanente em saúde. Fica registrada a necessária atuação do CEREST na formação dos profissionais da saúde para que estes possam desenvolver os instrumentos de registros dos agravos à saúde dos trabalhadores e o seu fluxo

resolutivo tanto no nível primário (rede básica), secundário (especialidades), terciário (atendimento hospitalar) quanto nos serviços de urgência e emergência.

Foi possível com este estudo perceber muitos limites no processo de implantação e efetivação da política de saúde do trabalhador em Franca, mas não se pode perder de vista que também existem avanços.

Ao fechar este estudo verificou-se que embora os resultados das ações do CEREST-Franca, sejam demasiadamente modestos para superar ou intervir nos ambientes e processos de agravos à saúde dos trabalhadores, considera-se que este serviço iniciou uma nova cultura nesta área no município e até mesmo em algumas cidades da região. Assim, apesar de, no momento, estar estagnada não deixa de ser um avanço, como referido pelos entrevistados o simples fato de já existir um setor dentro do SUS específico para a saúde do trabalhador já é um avanço. Por conseguinte, é uma Política em construção, em Franca com apenas quatro anos de idade, ainda é uma criança.

Acredita-se que a evolução, desenvolvimento e sucesso desta Política pode estar dependente de maiores envolvimento da sociedade civil, especificamente por meio do controle social, que precisa acompanhar e questionar mais os gestores acerca das questões da política de saúde do trabalhador. A universidade pode encabeçar e estimular maiores pesquisas acerca da relação trabalho e saúde e também da efetividade das políticas públicas. O MS ao fazer uma auditoria, como referido no sexto capítulo, no item trajetória do CEREST, necessita de dar continuidade no acompanhamento e verificar se as mudanças propostas realmente foram efetivadas. Ora, o mesmo deve ocorrer por parte do Estado e dos municípios da região. O que não pode continuar a acontecer é esta Política ser tratada como uma problemática apenas do município de Franca, sem envolvimento tanto da parte dos munícipes francanos quanto dos representantes da região.

Como discutido, a classe trabalhadora também precisa se articular para defender e efetivar a referida Política. A sua participação no Conselho Gestor pode ser um dos mecanismos. Lembra-se que nos Conselhos de Saúde, a polarização de interesses pode estar representada entre gestores (administradores públicos), prestadores de serviços (“indústria da saúde”), trabalhadores da saúde e usuários. Daí que se acredita que a participação dos usuários e trabalhadores nos Conselhos de Saúde representa uma possibilidade da correlação de forças entre as classes e implica, talvez, em dar visibilidade as demandas populares, bem como introduzi-las no interior do Estado.

O controle social, especificamente por meio do Conselho Gestor precisa ser efetivado, pois é a partir deste órgão que ocorre a fiscalização freqüente de onde e como se

está gastando os recursos públicos, se determinado serviço se encontra em dificuldades, quais as prioridades a serem seguidas, enfim, é a democratização dos gastos públicos e da forma de se fazer política, conquistada a duras penas.

Considera-se a potencialidade desse Centro frente a contenção dos agravos, a organização da rede para absorver os trabalhadores lesionados, reabilitá-los, notificar os problemas, na interlocução com as instituições de ensino para a realização de estudos de grande amplitudes; nas ações intersetoriais com DRT, INSS e vigilâncias e, ainda, nas ações educativas. Mas, há que considerar, todavia, que para alcançar essas intencionalidades é necessário que ocorram mudanças significativas na gestão do CEREST, do sistema de saúde como um todo, especificamente no que diz respeito a sua integração.

Para finalizar muito se tem falado em saúde do trabalhador, mas efetivamente as ações ainda deixam muito a desejar. Pois, evidenciou-se um grande descompasso entre o que a legislação propõe e o que é realizado pelo CEREST-Franca. Deve ser frisado que se faz necessária a realização de estudos que se proponham a diagnosticar e avaliar o processo de efetivação da política de saúde do trabalhador, bem como estudos setoriais acerca dos processos de trabalho e dos agravos que acometem os trabalhadores. Acredita-se que os assistentes sociais, os quais têm um papel no processo de produção e reprodução material e social da força de trabalho, têm muito a contribuir no campo saúde do trabalhador. Que sejam realizadas análises profundas sobre o papel do Estado, Sindicatos, empresas nessa questão.

Quem sabe assim não se construa as possibilidades reais para dar substancia as ações do CEREST e que seja assegurado um trabalho honrado, digno e cidadão.

Encerra-se então esta discussão com a “[...] esperança de poder voltar a sonhar um trabalho sem *pathos*, isto é, sem sofrimento, dor, doença ou morte.” (MENDES; WAISSANN, 2005, p. 36).

REFERÊNCIAS

ABESS. Associação Brasileira de Ensino de Serviço Social. Diretrizes Gerais para o Curso de Serviço Social (Com base no currículo mínimo aprovado em Assembléia Geral Extraordinária de 8 de novembro de 1996). Formação profissional: trajetórias e desafios. **Cadernos Abess**, São Paulo, n. 7, p. 58-76, 1997.

ACIDENTES de Trânsito têm alta em Ribeirão: dados da Transerp mostram que ocorre 1,6 acidente por hora na cidade e que houve locais mais perigosos ficam em área nobre. **Folha de S. Paulo**, São Paulo, 31 jan. 2008. Folha Ribeirão, p. C1.

AGABÊ demite 485 e fecha fábrica em Franca: empresa alega que desvalorização cambial dos últimos anos é o motivo do fechamento; 90% da produção era exportada. **Folha de S. Paulo**, São Paulo, 2 fev. 2008. Folha Ribeirão, p. C8.

ALTVATER, Elmar. **O preço da riqueza: pilhagem ambiental e a nova (des)ordem mundial**. São Paulo: Ed. UNESP, 1995. (Biblioteca Básica).

ALVES, Francisco José da Costa. **Modernização da agricultura e sindicalismo: lutas dos trabalhadores assalariados rurais da região canavieira de Ribeirão Preto**. 1991. 347 f. Tese (Doutorado em Economia) - Instituto de Economia, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1991.

ALVES, Giovanni. **Trabalho e mundialização do capital: a nova degradação do trabalho na era da globalização**. Londrina: Práxis, 1999.

_____. **O novo (e precário) mundo do trabalho: reestruturação produtiva e crise do sindicalismo**. São Paulo: Boitempo, 2000.

_____. **Trabalho, classe e consciência de classe**. Aula 1. Curso de extensão universitária à distancia: A precariedade do trabalho no capitalismo global. Marília: Ed. UNESP, 2007a. 1 DVD.

_____. **Dimensões da reestruturação produtiva: ensaios da sociologia do trabalho**. Londrina: Práxis, 2007b.

_____. **Tempos modernos**. Charles Chpalin, 1936. Análise do Filme. Série Tela crítica. Projeto Cinema como Experiência Crítica. Londrina: Práxis, 2007c. 1 CD-ROM (77 slides). v. 2.

_____. **Trabalho e subjetividade: ensaio sobre o metabolismo social da reestruturação produtiva do capital**. 2007. Tese (Livre Docência em Teoria Sociológica) – Faculdade de Filosofia e Ciências, Universidade Estadual Paulista “Júlio Mesquita Filho”, Marília, 2007d.

_____. **Trabalho e cinema: o mundo do trabalho através do cinema**. Londrina: Práxis, 2008. v. 2.

_____. ; RIBEIRO, Herval Pina. **Adoecimentos e doenças do trabalho contemporâneo e limite do sindicalismo**. Curso de Extensão Universitária de capacitação para sindicalistas, Universidade Federal de São Paulo, Departamento de Medicina Preventiva. São Paulo, 2007 (mimeo).

ANDERSON, Perry. Balanço do neoliberalismo. In: SADER, Emir; GENTILI, Pablo. **Pós-neoliberalismo: as políticas sociais e o Estado democrático**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995, p. 9- 23.

ANDRADE José Mário Ferreira de; DINIZ, Kátia Maria. **Impactos ambientais da agroindústria dacana-de-açúcar: subsídios para a gestão**. 2007. 131 f. Monografia (Especialização em Gerenciamento Ambiental) – Escola Superior de Agricultura “Luiz de Queiroz”, Universidade de São Paulo, Piracicaba, 2007.

ANTUNES, Ricardo. **Adeus ao trabalho?** ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. 6. ed. São Paulo: Cortez, 1999.

_____. **Os sentidos do trabalho: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho**. São Paulo: Boitempo, 2005.

_____. (Org.). **Riqueza e miséria no Brasil**. São Paulo: Boitempo, 2006.

_____. O reencontro tardio de Lula com Getúlio. **Folha de S. Paulo**, São Paulo, 3 ago. 2007a. Tendências e debates, A3.

_____. Dimensões da precarização estrutural do trabalho. In: DRUCK, Graça; FRANCO, Tânia (Org.). **A perda da razão social do trabalho: terceirização e precarização**. São Paulo: Boitempo, 2007b. p. 13-22.

APÓS a fusão, Santelisa Vale quer moer 84% a mais em três anos. **Folha de S. Paulo**, São Paulo, 4 out. 2007. Folha Ribeirão, p. C3.

ARAÚJO, Giovanni Moraes de (Org.). **Normas Regulamentadoras comentadas**. Legislação de Segurança e Saúde no Trabalho. 5. ed. rev. ampl. e atual. Rio de Janeiro: Gerenciamento Verde, 2005. v. 1 e 2.

ASSUNÇÃO, A da Ávila; ROCHA, Lys Esther. Agora... até namorar fica difícil: uma história de lesões por esforços repetitivos. In: BUSCHINELLI, José Tarcísio P.; ROCHA, Lys Esther; RIGOTTO, Raquel Maria (Orgs.). **Isto é trabalho de gente? Vida, trabalho e doença no Brasil**. São Paulo: Vozes, 1993.

BEHRING, Elaine Rossetti. Fundamentos de Política Social. In: MOTA, Ana Elisabete et al. **Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: OPAS/ OMS/Ministério da Saúde, 2006.

_____; BOSCHETTI, Ivonetti. **Política social: fundamentos e história**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2007. (Biblioteca Básica de Serviço Social, 2).

BERLINGUER, Giovanni. **A saúde nas fábricas**. 5. ed. São Paulo: Cebes/Hucitec, 1983.

BERTANI, Iris Fenner; SARRETA, Fernanda de Oliveira; LOURENÇO, Edvânia Ângela de Souza. **Aprendendo a construir saúde**: desafios na implantação da política de educação permanente em saúde. Franca: Ed. UNESP, 2008.

BLITZ em alagoas liberta mais 550 trabalhadores de usinas: força-tarefa encontrou empregados alojados em locais insalubres e sem água potável. **Folha de S. Paulo**, São Paulo, 29 fev. 2008a. Brasil, p. A8.

BLITZ flagra problemas em canaviais da região: irregularidades foram constatadas no transporte e no sistema de contagem. **Folha de S. Paulo**, São Paulo, 12 jun. 2008b. Folha Ribeirão, p. C4.

BRASIL. Decreto-Lei n.º 5.452, de 1º de maio de 1943. Aprova a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT). **Diário Oficial da União**, Rio de Janeiro, 9 ago. 1943. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del5452.htm>. Acesso em: 2 jan. 2007.

_____. Nr 4 - Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho. **Portaria GM n.º 3.214, de 08 de junho de 1978, alterada**. Disponível em: <http://www.mte.gov.br/legislacao/normas_regulamentadoras/nr_04a.pdf> Acesso em: 13 jul. 2008.

_____. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado, 1988.

_____. Lei 8 069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 16 jul. 1990a.

_____. Lei n.º. 8.142 de 28 de Dezembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde (LOS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 31 dez. 1990b. Seção 1. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Lei8142.pdf>>. Acesso em: 26 jun. 2004.

_____. Lei no. 8.213 de 24 de julho de 1991. Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 25 jul. 1991. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/CCIVIL/Leis/L8213cons.htm>>. Acesso em: 5 jan. 2007.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria Federal nº 1.339/GM – MS – (1999)**. Brasília, D.F.: Ministério da Saúde, 18 nov. 1999. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/html/pt/legislacao/portarias.html>>. Acesso em: 5 jan. 2007.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n.º. 333 de 04 de novembro de 2003**. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 4 dez. 2003, n. 236, seção 1, p. 57 Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2005/resolucao333.htm>. Acesso em: 13 jul. 2004.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde do Trabalhador para o SUS**. Brasília, DF, nov. 2004 a. Disponível em:

<http://www.previdenciasocial.gov.br/arquivos/office/3_081014-105206-701.pdf>. Acesso em: 3 mar. 2007.

_____. Ministério da Saúde, Ministério do Trabalho e Emprego e Ministério da Previdência Social. Portaria Interministerial nº 774 de 28 de Abril de 2004. Convoca a 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 29 abr. 2004b. Disponível em: <http://www010.dataprev.gov.br/sislex/paginas/65/mps-mte-ms/2004/774.htm>. Acesso em: 12/03/2007.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria Federal nº 777/GM, de 28 de abril de 2004**. Ministério da Saúde, Brasília, DF. 2004. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-777.htm>. Acesso em: 13 de janeiro de 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Portaria nº 3.120/MS. Dispõe sobre Vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS. In: BRASIL. **Legislação em saúde do trabalhador**: caderno de legislação em saúde do trabalhador. 2. ed. rev. ampl. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005a. p. 96-107. (Série E. Legislação de Saúde).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Norma Operacional de Saúde do Trabalhador de 30 de outubro de 1998. In: BRASIL. **Legislação em saúde do trabalhador**: caderno de legislação em saúde do trabalhador. 2. ed. rev. ampl. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005b. p. 107-114.

_____. Ministério da Saúde, Secretaria de atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Portaria nº 1.679, de 19 de setembro de 2002. In: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. In: BRASIL. **Legislação em saúde do trabalhador**: caderno de legislação em saúde do trabalhador. 2. ed. ver. ampl. Brasília: Ministério da Saúde, 2005c. p.114 -129.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.437/GM de 7 de Dezembro de 2005**. Dispõe sobre a ampliação e o fortalecimento da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador - RENAST no Sistema Único de Saúde - SUS e dá outras providências. 2005d. Disponível em:< <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/GM/GM-2437.htm>>. Acesso em: 13 jan. 2008.

_____. Ministério da Saúde, Ministério do Trabalho e Emprego, Ministério da Previdência e Assistência Social. **3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador** : “Trabalhar, sim! Adoecer, não! Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005e. (Séries D. Reuniões e Conferências).

_____. Ministério da Previdência Social. **Anuário Estatístico da Previdência Social Aeps**, 2006a. Disponível em: <<http://www.previdenciasocial.gov.br/docs/pdf/aeps2006.pdf>>. Acesso em: 6 mai. 2007.

_____. Ministério da Previdência Social. **Estatísticas de acidentes de trabalho por município**. 2006b. Disponível em: <http://www.previdenciasocial.gov.br/anuarios/aeat-2006/docs/6Act58_01.xls>. Acesso em: 6 mai. 2007.

_____. **PORTARIA Nº-699/GM de 30 de março de 2006.** Regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos Pela Vida e de Gestão. 2006c. Disponível em: <http://www.saude.rj.gov.br/Docs/gestor/Pacto%20pela%20Sa%C3%BAde/conte%C3%BAdo%20internet/conte%C3%BAdo%20internet/Portarias/Portaria699_2006.pdf>. Acesso em: 30 jul. 2008.

_____. **PORTARIA Nº 675/GM. de 30 de março de 2006.** Aprova Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, que consolida os direitos e deveres do exercício da cidadania na saúde em todo o País.2006d. Disponível em:<<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-675.htm>>. Acesso em: 30 jul. 2008.

BRASIL. Decreto nº 6.042 de 12 de fevereiro de 2007. Altera o Regulamento da Previdência Social, aprovado pelo Decreto nº 3.048, de 6 de maio de 1999, disciplina a aplicação, acompanhamento e avaliação do Fator Acidentário de Prevenção - FAP e do Nexo Técnico Epidemiológico, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 12 fev. 2007a. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2007/Decreto/D6042.htm>. Acesso em: 05 dez. 2007.

_____. Ministério do Trabalho, Secretaria de Inspeção do Trabalho e Departamento de Segurança e Saúde no Trabalho. **Nota Técnica nº. 234 de 30 de outubro de 2007.** Brasília,DF: Ministério do Trabalho, 2007b (mimeo).

_____. **Portaria nº. 325/GM 21 de fevereiro de 2008.** Estabelece prioridades, objetivos e metas do Pacto pela Vida para 2008, os indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde e as orientações, prazos e diretrizes para a sua pactuação.2008. Disponível em: http://duvas.saude.pi.gov.br/legislacao_do_sus/portaria_n_325_gm_fev_2006.pdf. Acesso em: 30 jul. 2008.

BRAVO, Maria Inês de Souza. **Serviço social e reforma sanitária:** lutas sociais e práticas profissionais. São Paulo: Cortez, 1996.

_____; MATOS, Maurílio Castro de. A Saúde no Brasil; Reforma Sanitária e Ofensiva Neoliberal. In: _____; PEREIRA, Potyara Amazoneida Pereira (Orgs.). **Política Social e Democracia.** São Paulo: Cortez, 2002, p.197- 216.

_____. Desafios atuais no controle social no Sistema Único de Saúde (SUS). **Serviço Social e Sociedade.** São Paulo, ano 27, n. 88, p. 75-100, nov. 2006.

_____. 13ª Conferência Nacional de Saúde: algumas reflexões. **Serviço Social e Sociedade.** São Paulo, ano 29, n. 93, p. 174 -179, mar. 2008.

BRAZ, Marcelo. O PAC e o Serviço Social: crescimento para quê e para quem? Os setenta anos da profissão e os seus desafios conjunturais. **Serviço Social e Sociedade.** São Paulo, ano 28, n. 91, p. 49-61, set. 2007.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. Reflexões sobre a construção do Sistema Único de Saúde (SUS): um modo singular de produzir uma política. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, ano 27, n. 87, p. 132-146, set. 2006.

_____. Reforma Política e Sanitária: a sustentabilidade do SUS em questão? **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 301-306, mar./abr. 2007.

CANA avança sobre laranja e grãos na região. **Folha de S. Paulo**, São Paulo, 27 abr. 2008a. Folha Ribeirão, p. C1.

CANA bate recorde de produção na região. **Folha de S. Paulo**, São Paulo, 5 nov. 2008b. Folha Ribeirão, p. C1.

CANA invade o último reduto na região. **Folha de S. Paulo**, São Paulo, 22 de out. 2008c. Folha Ribeirão, p. C1.

CANÔAS, José Walter. O Movimento Operário-Sindical em Franca/SP: o Sindicato dos trabalhadores na indústria de calçados – STIC e a ação do Serviço Social – 1982 a 1984. In: _____. (Org.). **Nas pegadas do Sapateiro: 65 anos do STIC – Sindicato dos Trabalhadores da Indústria de Calçados**. Franca: Ed. UNESP, 2007. p. 9- 209.

CARVALHO, Antônio Ivo de. **Conselhos de Saúde no Brasil: participação cidadã e controle social**. Rio de Janeiro: FASE/IBAM, 1995.

CARVALHO, Antônio Ivo de. Conselhos de Saúde, responsabilidade pública e cidadania: a reforma sanitária como reforma do Estado. In: FLEURY, Sônia (Org.). **Saúde e democracia: a luta do Cebes**. São Paulo: Lemos, 1997. p. 93-111.

CEREST. Documentos Internacionais: Declaração de Alma Ata. In: SEMINÁRIO DE APRIMORAMENTO EM GESTÃO DOS RECURSOS DA RENAST NO ESTADO DE SÃO PAULO. São Paulo, 2004. **Anais ...** São Paulo: SES/CEREST, 2004a, 1 CD-ROM.

_____. **Plano Estadual de Saúde do Trabalhador**. São Paulo, 2004b. (mimeo).

CHESNAIS, François. **A mundialização do capital**. São Paulo: Xamã, 1996.

COHN, Amélia. A cidadania e forma de responsabilização do poder público e do setor privado pelo acesso, equidade, qualidade e humanização na atenção a saúde. **Caderno de Textos da XI Conferência**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000. p. 46-55. (Mimeo).

_____; ELIAS, Paulo Eduardo Mangeon (Org.). **Saúde no Brasil: políticas e organização dos serviços**. São Paulo: Cortez/Cedec, 1996.

CORREIA, Maria Valéria Costa. **Desafios para o controle social: subsídios para capacitação de conselheiros de saúde**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005.

_____. Controle Social na Saúde. In: MOTA, Ana Elizabete; BRAVO, Maria Inês de Souza; UCHÔA, Roberta; NOGUEIRA, Vera; MARSIGLIA, Regina; GOMES, Luciano; TEIXEIRA, Marlene (Org.). **Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: Cortez, 2006. p. 111-138.

COUTINHO, Carlos Nelson. Representação de interesses, formulação de políticas e hegemonia. In: TEIXEIRA, Sônia Fleury. **Reforma Sanitária: em busca de uma teoria**. São Paulo: Cortez; 1989 (Pensamento Social e Saúde, 3). p.47 -60.

_____. O Estado Neoliberal Brasileiro. In: SEMINÁRIO SOBRE POLÍTICAS SOCIAIS. Fortaleza, 1992. **Anais ...** “Modernidade: crise e perspectivas”. Fortaleza, 1992, p.113 - 158. (Mimeo).

_____. **Gramsci e a sociedade civil**. 2000. Especial para Gramsci e o Brasil. 2000. Disponível em: <<http://www.acesa.com/gramsci/?page=visualizar&id=209>>. Acesso em: 23 ago. 2008.

_____. **Intervenções: o marxismo na batalha das idéias**. São Paulo: Cortez, 2006.

CRESS. Lei Orgânica da Saúde – LOS (8.080, de 1990). In: _____. **Coletânea de Leis: um guia completo e atualizado dedicado ao assistente social**. Conselho Regional de Serviço Social, 6ª região. Belo Horizonte: 2004a. p. 96-117.

CRESS. Lei Orgânica da Assistência Social - LOAS – 07 de dezembro de 1993. In: _____. **Coletânea de Leis: um guia completo e atualizado dedicado ao assistente social**. Conselho Regional de Serviço Social, 6ª região. Belo Horizonte: 2004b. p. 117-142.

CUT. Agência CUT de Notícias. **Acidentes de trabalho causam 2708 mortes em 2005**. Disponível em: <http://www.gestaosindical.com.br/clipping/lista_clipping.asp?id=10287>. Acesso em: 20 jul. 2007.

DEJOURS, Chistophe. **A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho**. 5. ed. Ampla. São Paulo: Cortez, 1992.

_____. **A banalização da injustiça social**. 6. ed. Rio de Janeiro: FVG, 2005.

DEMO, Pedro. Mínimos, política social e combate à pobreza. In: MARTINS C. E.; PALMA, L., A.; STANISCI, S.A. (Org.). **Mínimos sociais: questões, conceitos e estratégias**. Brasília: MPAS/SAS, 1999.

_____. “Focalização” de Políticas Sociais: debate perdido mais perdido que “agenda perdida”. **Serviço Social e Sociedade**. São Paulo, ano 24, n. 76, p. 93-117, 2003.

DESEMPREGO deve aumentar nos EUA: analistas prevêm que mais de centenas de milhares de postos de trabalho sejam cortados em dezembro e janeiro. **Folha de S. Paulo**, São Paulo, 6 dez. 2008. Folha Dinheiro, p. B4.

- DESLANDES, Suely, Ferreira. Trabalho de campo: construção de dados quantitativos e qualitativos. In: MINAYO, Maria, Cecília de Souza; ASSIS, Simoni, Gonçalves de; SOUZA, Edinilza, Ramos de. (Org.). **Avaliação por triangulação de métodos**: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 157-184.
- DEZ por cento dos bóias-frias vão perder o emprego. Fim das áreas para expansão da cana na região de Ribeirão e o avanço da mecanização vão causar corte de vagas no próximo ano. **Folha de S. Paulo**, São Paulo, 8 abr. 2007. Folha Ribeirão, p. G1.
- DIAS, Elizabeth Costa. Aspectos atuais da saúde do trabalhador no Brasil. In: BUSCHINELLI, José Tarcísio P.; ROCHA; Lys Esther; RIGOTTO, Raquel Maria (Org.). **Isto é trabalho de gente?** Vida, doença e trabalho no Brasil. São Paulo: Vozes, 1993. p.138-156.
- _____. **A atenção à saúde dos trabalhadores no setor saúde (SUS), no Brasil?** Realidade, Fantasia ou Utopia? 1994. 335 f. Tese (Doutorado em Medicina Preventiva) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1994.
- _____. (Org.). **Doenças relacionadas ao trabalho**: manual de procedimentos para os serviços de saúde. Brasília, DF: MS/OPAS, 2001. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
- DIAS, Elizabeth Costa; HOEFEL, Maria da Graça. O desafio de implantar as ações de saúde do trabalhador no SUS: a estratégia da RENAST. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 817-828, out./dez. 2005.
- DIESAT. Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde e dos Ambientes do Trabalho. **Insalubridade**: morte lenta no trabalho. São Paulo: Oboré, 1989.
- DORIA, Pedro. Bem-vindo à era do almoço grátis. **O Estado de São Paulo**, São Paulo, 13 ago. 2007. Cadenor Link, p. L12.
- EDILSON, cortador de cana, morre aos 28 anos. Bóia-fria de Guariba trabalhou até quinta feira e foi internado na sexta; é a quinta morte do ano suspeita de excesso de esforço. **Folha de S. Paulo**, São Paulo, 12 set. 2007. Folha Ribeirão, p. C3A.
- ENGELS, Friedrich. **A situação da classe trabalhadora na Inglaterra**. São Paulo: Global, 1985. (Coleção Bases, 47).
- FACCHINI, Luís Augusto. Por que a doença? A inferência causal e os marcos teóricos de análise. In: BUSCHINELLI, José Tarcísio P.; ROCHA; Lys Esther; RIGOTTO, Raquel Maria (Org.). **Isto é trabalho de gente?** Vida, doença e trabalho no Brasil. São Paulo: Vozes, 1993a. p. 33- 55.
- _____. Uma contribuição da epidemiologia: o modelo da determinação social aplicado à saúde do trabalhador. In: BUSCHINELLI, José Tarcísio P.; ROCHA; Lys Esther; RIGOTTO, Raquel Maria (Org.). **Isto é trabalho de gente?** Vida, Doença e Trabalho no Brasil. São Paulo: Vozes, 1993b. p.178- 186.

_____; NOBRE, Letícia Coelho da Costa; FARIA, Neice Muller Xavier; FASSA, Anaclaudia Gastal; THUMÉ, Elaine; TOMASI, Vilma Santana. Sistema de Informação em Saúde do Trabalhador: desafios e perspectivas para o SUS. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 857-868, out./dez. 2005.

FALEIROS, Vicente de Paula. **O que é política social**. 5. ed. São Paulo: Brasiliense, 1991.

_____. **O trabalho da política**: saúde e segurança dos trabalhadores. São Paulo: Cortez, 1992.

_____. Natureza e desenvolvimento das políticas sociais no Brasil. In: CFESS; ABEPSS-CEAD/NED-UNB. **Capacitação em Serviço Social e Política Social**: política social. Módulo 3. Brasília: CEAD, 2000. p. 45- 56.

FLEURY, Sônia. A questão democrática na saúde. In: FLEURY, Sônia (Org.). **Saúde e democracia**: a luta do Cebes. São Paulo: Lemos, 1997. p. 25-41.

FOUCAULT, Michel. **Vigiar e Punir**: nascimento da prisão. Petrópolis: Vozes, 1987.

FRANCA. Prefeitura Municipal. **Relação das bancas de pesponto em Franca**. Material disponibilizado em CD pessoal, 2008.

FRASONI, Adriana Carina; COSTA, Isabel Aparecida de Oliveira. **A ótica do Serviço Social frente aos cortadores de cana na cidade de Jaborandi/SP**. 2007. 65 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) – Instituto Municipal de Ensino Superior de Bebedouro/SP –IMESB, Bebedouro, 2007.

FREIRE, Maria Lucia de Barros. O Serviço Social e a Saúde do Trabalhador diante da reestruturação produtiva nas empresas. In: MOTA, Ana Elizabete (Org.). **A Nova Fábrica de Consensos**: ensaios sobre a reestruturação empresarial, o trabalho e as demandas do Serviço Social. São Paulo: Cortez, 2000.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia do Oprimido**. 17. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

FREITAS, Carlos Machado. Subsídios para um debate sobre as inter - relações produção, consumo, saúde e meio ambiente. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza; MIRANDA, Ary Carvalho de (Org.). **Saúde e Ambiente Sustentável**: estreitando nós. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002. p. 261- 269.

FUNDAÇÃO SISTEMA ESTADUAL DE ANÁLISE DE DADOS - SEADE. **Perfil municipal**. Disponível em: <<http://www.seade.gov.br/produtos/perfil/>>. Acesso em: 10 out. 2008.

GARCÍA, Ruan César. Juan César García entrevista Ruan César García. In NUNES, Everardo Duarte; GARCÍA, Juan César (Org.). **As Ciências Sociais em Saúde na América Latina1**: tendências e perspectivas. Brasília: OPAS, 1985. p.21-79.

GOHN, Maria da Glória. **Conselhos Gestores e a participação sociopolítica**. São Paulo: Cortez, 2001.

GORZ, Andre. **Adeus ao Proletariado**. Rio de Janeiro: Forense, 1982.

GRAMSCI, Antônio. Americanismo e fordismo. In: GRAMSCI, Antônio. **Maquiavel, a política e o Estado Moderno**. 3. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1978.

_____. **Concepção dialética da história**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1966.

_____. **A formação dos intelectuais**. Rio de Janeiro: Achiamé, [1999].

HABERMAS, Jürgen. A Nova Intransparência. **Novos Estudos**. Estudos Modernos, São Paulo: Nº 18, setembro, 1987.

HARVEY, David. **Condição pós-moderna**. 16. ed. São Paulo: Loyola, 2007.

HENNINGTON, Élide Azevedo. **Saúde e trabalho**: considerações sobre as mudanças na legislação brasileira e a sua influência sobre a classe trabalhadora. 1996. 221 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1996.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. A Questão Social no Capitalismo. **Temporalis** – Revista da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social. ABEPSS, v. 2, n. 3, p. 9-32, jan./jun. 2001a.

_____. **Trabalho e indivíduo social**: um estudo sobre a condição operária na agroindústria paulista. São Paulo: Cortez, 2001b.

_____. **O serviço social na contemporaneidade**: trabalho e formação profissional. 8. ed. São Paulo: Cortez, 2005.

_____; CARVALHO, Raul de. **Relações sociais e Serviço Social no Brasil**: esboço de uma interpretação histórico- metodológica. 7. ed. São Paulo: Cortez, 1990.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **IBGE@Cidades**. Disponível em <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>>. Acesso em: 2 maio 2008.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo 2000**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/default_censo_2000.shtm>. Acesso em: 2 maio 2008.

KONDER, Leandro. **Os sofrimentos do “homem burguês”**. São Paulo: SENAC, 2000. (Livre Pensar, 2).

KOSIK, Karel. **Dialética do Concreto**. 7. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2002.

KURZ, Robert. **O Colapso da Modernização** (Da Derrocada do Socialismo de Caserna à Crise da Economia Mundial). São Paulo: Paz e Terra, 1992.

LACAZ, Francisco Antônio de Castro. Saúde-Doença e Trabalho no Brasil. In: TODESCHINI, Remigio (Org). **Saúde, meio ambiente e condições de trabalho**: conteúdos básicos para uma ação sindical. São Paulo. CUT, Fundacentro, 1995. p. 131 – 142.

_____. **Saúde do trabalhador**: um estudo sobre as formações discursivas da academia, dos serviços e do movimento sindical. 1996. 414 f. Tese (Doutorado em Medicina Preventiva) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1996.

_____. Saúde dos trabalhadores: cenários e desafios. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 13, supl. 2, p. 7-19, 1997. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci>>. Acesso em: 27 jan. 2005.

_____. O campo Saúde do Trabalhador: resgatando conhecimentos e práticas sobre as relações trabalho-saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, p. 757-766, 2007.

LACAZ, Francisco Antônio de Castro; MACHADO, Jorge Mesquita Huet; PORTO, Marcelo Firpo de Souza. **Estudo da situação e tendências da vigilância em saúde do trabalhador no Brasil**. Organização Pan – Americana da Saúde (OPAS), 2002. (Relatório Final , Mimeo).

_____; PIRES, Denise. **Trabalho e Capitalismo**. Curso de Extensão Universitária de capacitação para sindicalistas, Universidade Federal de São Paulo, Departamento de Medicina Preventiva. São Paulo, 2007 (mimeo).

_____; FLORIO, Solange Maria Ribeiro. Controle social, mundo do trabalho e as Conferências Nacionais de Saúde na virada do século XX. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, p. 1-13, 2008.

LARA, Ricardo. **As determinações do trabalho (in)visível**. 2004. 238 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Faculdade de História, Direito e Serviço Social, Universidade Paulista “Júlio Mesquita Filho”, Franca, 2004.

_____. O Trabalho invisível em Franca – SP. In: CANÔAS, José Walter (org.). **Nas pegadas do sapateiro**: 65 anos do STIC Sindicato dos Trabalhadores da Indústria de Calçados. Franca: Ed. UNESP, 2007. p. 233-327.

LAURELL, Ana Cristina. Saúde e trabalho: os enfoques teóricos. In: NUNES, Everardo Duarte. **As ciências sociais na América Latina**: tendências e perspectivas. Brasília: OPAS, 1985. p. 255-276.

_____. Avançando em direção ao passado: a política social do neoliberalismo. In _____ (Org.). **Estado e Políticas Sociais no Neoliberalismo**. São Paulo: Cortez, 1995, p. 151- 178.

_____; NORIEGA, Mariano. **Processo de produção e saúde**: trabalho e desgaste operário. São Paulo: HUCITEC, 1989.

LAVOURAS têm até os “superbóias-frias”. **Folha de S. Paulo**, São Paulo, 13 maio 2007. Folha Ribeirão, p. C3.

LINHART, Daniele. **A desmedida do capital**. São Paulo: Boitempo, 2007. (Mundo do Trabalho).

LOURENÇO, Edvânia Ângela de Souza. **Saúde Pública e Participação Cidadã: uma análise do controle social no SUS em Franca**. 2004. 165 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Faculdade de Direito, História e Serviço Social, Universidade Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Franca, 2004.

_____. O Mundo do Trabalho Adoece. **Rede de Estudos do Trabalho (RET)**. Ano II, nº 3. 2008. Disponível em: <http://www.estudosdotrabalho.org/ArtigoEdvaniaAngela.pdf>> Acesso em 28/11/2008.

LOURENÇO, Edvânia Ângela de Souza; BERTANI, Iris Fenner. Saúde do Trabalhador: de quem é essa responsabilidade? Desafios para o Sistema Único de Saúde. In: OLIVEIRA, C. A. H; BERTANI, I. F. **Interdisciplinaridade: integração entre saberes e práticas**. Franca: Ed. UNESP, 2006a. p. 23-54.

_____; _____. Controle Social: o Conselho Municipal de Saúde de Franca/SP nas perspectivas dos seus limites e avanços. **Serviço Social e Realidade**, Franca, v. 15, n. 2, p. 125-161, 2006b.

_____; _____. Saúde do trabalhador no SUS: desafios e perspectivas frente à precarização do trabalho. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 32, n. 115, p. 121-134, 2007a. Disponível em: <<http://www.fundacentro.gov.br/rbso/BancoAnexos/RBSO%20115%20Saúde%20do%20trabalhador%20no%20SUS.pdf>>. Acesso em: 12 fev. 2008.

LOURENÇO, Edvânia Ângela de Souza; BERTANI, Iris Fenner. **Saúde do Trabalhador: a implantação do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador de Franca/SP**. In: BERTANI, Iris Fenner; REZENDE, Regina Maura. **Conversas interessantes sobre saúde**. Franca: Ed. UNESP, 2007b. p. 119-144.

_____; _____. Uma Breve Discussão da Política Social e o Campo Saúde do Trabalhador. In: ENGLER, Helen Barbosa Raiz; SILVEIRA, Ubaldo. **30 anos Serviço Social**. Franca: Ed. UNESP, 2007c. p.143-153.

LOURENÇO, Edvânia Ângela de Souza; BERTANI, Iris Fenner. Política Social na Trilha do Campo Saúde do Trabalhador. In: SEMANA DE SERVIÇO SOCIAL, 5. Bebedouro, 2007. **Anais**. Bebedouro: Ed. IMESB, 2007d.

_____; _____. A fábrica em Casa: precarização do trabalho no setor calçadista em Franca e os reflexos para a saúde dos trabalhadores. In: SEMINÁRIO DO TRABALHO: TRABALHO E ECONOMIA E EDUCAÇÃO NO SÉCULO XXI, 6. Marília, 26 a 30 de maio de 2008. **Anais ...** Marília/SP: Ed. UNESP. 1 CD- ROM. Disponível em:

<<http://www.estudosdotrabalho.org/anais6seminariodotrabalho/6seminariotrabalho.htm>>. Acesso em: 20 set. 2008.

_____; _____. LACAZ, Francisco de Castro. **Trabalho e saúde na agroindústria canaveira na micro-região Alta Anhangüera**. FDHSS/UNIFESP, 2008. (Em fase de elaboração).

LUKÁCS, Georg. **Introdução a uma estética marxista**. 2. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1978.

_____. **Ontologia do ser social: os princípios ontológico fundamentais de Marx**. São Paulo: Ciências Humanas, 1979.

_____. **História e consciência de classe: estudos de dialética marxista**. 2. ed. Rio de Janeiro: Elfos, 1989.

MACHADO NETO, Alfredo José. **Os determinantes do comportamento exportador da indústria calçadista francana**. 2006. 272 f. Tese (Doutorado em Economia) – Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade da Universidade São Paulo-USP, São Paulo, 2006.

MACHADO, Jorge Mesquita Huet. Processo de vigilância em saúde do trabalhador. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, supl. 2, p. 33-45, 1997. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v13s2/1362.pdf>>. Acesso em: 13 ago. 2005.

MAENO, Maria; CARMO, José Carlos. **Saúde do trabalhador no SUS**. São Paulo: Hucitec, 2005.

MANDEL, Ernst. **O capitalismo tardio**. São Paulo: Abril Cultural, 1985.

MARTINELLI, Maria Lúcia. **Serviço Social: identidade e alienação**. São Paulo: Cortez, 1995.

_____. (Org). **Pesquisa qualitativa: um instigante desafio**. São Paulo: Veras, 1999.

MARTINS, José de Souza. **O poder do atraso**. Ensaio de Sociologia da História Lenta. São Paulo: Hucitec, 1994.

MARTINS, Rodrigo. Começa a popularização da Internet. **O Estado de S. Paulo**, São Paulo, 13 ago. 2007. Caderno Link, p. L13.

MARX, Karl. **Contribuição à crítica da economia política**. 3. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2003a. (Coleção Clássicos).

_____. **O dezoito brumário de Louis Bonaparte**. 3. ed. São Paulo: Centauro, 2003b.

_____. **Manuscritos econômicos filosóficos**. São Paulo: Boitempo, 2004.

_____. **O capital: crítica da economia política: livro I.** 23. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2006.

_____. ENGELS, Friedrich. **A ideologia alemã.** 6. ed. São Paulo: Hucitec, 1987.

_____; _____. **O manifesto comunista.** 6. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2000.

MATTOSO, Jorge Eduardo Levi. **A desordem do trabalho.** São Paulo: Página Aberta, 1995.

MENDES, René; DIAS, Elisabeth Costa. Da medicina do trabalho a saúde do trabalhador. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 25, n. 15, p. 341-349, out. 1991. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0034-89101991000500003&script=sci_arttext>. Acesso em: 28 jan. 2005.

_____; WAISSANN, Willian. Aspectos históricos da patologia do trabalho. In: MENDES, R. (Org.). **Patologia do trabalho: atualizada e ampliada.** Rio de Janeiro: Atheneu, 2005. p. 3-45.

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. Política de Saúde no Brasil: entraves para universalização e igualdade da assistência no contexto de um sistema dual. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, ano 27, n. 87, p. 58 -75, set. 2006.

MÉSZÁROS, István. **A educação para além do capital.** São Paulo: Boitempo, 2005.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social. In: _____. ; DESLANDES, Suely Ferreira; CRUZ NETO, Otávio; GOMES, Romeu (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade.** Petrópolis: Vozes, 1994. p. 9-29.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 8. ed. São Paulo: Hucitec, 2004a.

_____; SOUZA, Edimilsa Ramos de; CONSTANTINO, Patrícia; SANTOS, Nilton César dos. Métodos, técnicas e relações em triangulação. In: MINAYO, Maria, Cecília de Souza; ASSIS, Simoni, Gonçalves de; SOUZA, Edinilza, Ramos de (Org.). **Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 71-104.

MINAYO-GÓMEZ, Carlos; LACAZ. Francisco Antônio de Castro. Saúde do trabalhador: novas e velhas questões. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 797-807, dez. 2005.

_____; THEDIM-COSTA, Sônia Maria da Fonseca. A construção do campo da saúde do trabalhador: percurso e dilemas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, supl. 2, p. 21-32, 1997. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v13s2/1361.pdf>>. Acesso em: 27 jan. 2005.

- MOTA, Ana Elizabete Simões da. **Cultura da crise e seguridade social**: um estudo sobre tendências da previdência e da assistência social brasileira nos anos 80 e 90. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2000.
- NARVAI, Paulo Capel. **Odontologia e saúde bucal coletiva**. São Paulo: HUCITEC, 1994.
- NAVARRO, Vera Lúcia. O Trabalho e a saúde do trabalhador na indústria de calçados. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 32-41, abr./jun. 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/spp/v17n2/a05v17n2.pdf>>. Acesso em: 25 ago. 2007.
- _____. A reestruturação produtiva na indústria de calçados de couro em Franca (SP). In: ANTUNES, Ricardo; SILVA, Maria Moraes (Org.). **O avesso do trabalho**. São Paulo: Expressão Popular, 2004. p. 79 -152.
- _____. **Trabalho e trabalhadores do calçado**. A indústria calçadista de Franca: das origens artesanais à reestruturação produtiva. São Paulo: Expressão Popular, 2006.
- NETTO, José Paulo. FHC e a Política Social: um desastre para as massas trabalhadoras. In: LESBAUPIN, Ivo (Org.). **O desmonte da nação**: balanço do Governo FHC. 3. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1999. p. 75- 89.
- NETTO, José Paulo. Cinco notas a propósito da Questão Social. **Temporalis** – Revista da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social. ABEPSS, v. 2, n. 3, p. 41-49, jan./jun. 2001a.
- NETTO, José Paulo. **Capitalismo monopolista e Serviço Social**. 3. ed. ampl. São Paulo: Cortez, 2001b.
- _____. **Ditadura e Serviço Social**: uma análise do Serviço Social no Brasil pós-64. 8. ed. São Paulo: Cortez, 2005a.
- _____. O Movimento de Reconceituação: 40 anos depois. **Serviço Social e Sociedade**. São Paulo: Cortez. Ano XXVI, n. 84, p. 5-20, nov. 2005 b.
- NOBRE, Letícia Coelho da Costa (Org.). **Cadernos de saúde do trabalhador**: legislação. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001.
- NOGUEIRA, Claudia Mazzei. **O Trabalho duplicado**: a divisão sexual no trabalho e na reprodução: um estudo das trabalhadoras do telemarketing. São Paulo: Expressão Popular, 2006.
- NUNES, Everardo Duarte; ROCHA, Lys Esther. A intervenção do Estado nas relações de trabalho: 1930-1945. In: BUSCHINELLI, José Tarcísio P.; ROCHA; Lys Esther; RIGOTTO, Raquel Maria (Org.). **Isto é trabalho de gente?** vida, doença e trabalho no Brasil. São Paulo: Vozes, 1993a. p. 97-108.

_____; _____. Tudo por um “Brasil Grande”: 1945-1964. In: BUSCHINELLI, José Tarcísio P.; ROCHA; Lys Esther; RIGOTTO, Raquel Maria (Org.). **Isto é trabalho de gente?** vida, doença e trabalho no Brasil. São Paulo: Vozes, 1993b. p. 109-121.

OLIVEIRA, Cassiana. No Limite da Razão: afastamentos por distúrbios mentais relacionados ao trabalho aumentaram 260 por cento nos últimos seis anos. **Revista Proteção** 199, v. 21, p. 38 -53, jun. 2008.

OS ANTI-HERÓIS: O submundo da Cana. Estado detém 60% da produção nacional de cana-de-açúcar, São Paulo não divide a riqueza derivada do boom de etanol com os seus 135 mil cortadores, que vivem muitas vezes em situações precárias. **Folha de S. Paulo**, São Paulo, 24 ago 2008. Caderno Mais!, p. 4-10.

PEREIRA, Potyara Amazoneida Pereira. Mudanças estruturais, política social e papel da família: crítica ao pluralismo de bem-estar. In: SALES, Mione Apolinário; MATOS, Maurílio de Castro; LEAL, Maria Cristina (Org.). **Política Social, família e juventude: uma questão de direitos**. São Paulo: Cortez, 2004. p. 25-42.

_____. Cidadania e (in)justiça social: embates teóricos e possibilidades atuais. In: FREIRE, Lúcia Maria de Barros; FREIRE, Sirlene de Moraes; CASTRO, Alba Tereza Barroso. **Serviço Social, política social e trabalho: desafios e perspectivas para o século XXI**. São Paulo: Cortez, 2006. p. 98-116.

POCHMANN, Marcio. Desempregados do Brasil. In: ANTUNES, Ricardo (Org.). **Riqueza e miséria no Brasil**. São Paulo: Boitempo, 2006. p. 59-73.

PORTUGAL anuncia incentivo para mulheres grávidas. Famílias receberão até € 130 por mês, a partir do terceiro mês de gestação; valor do benefício dependerá da renda. **Folha de S. Paulo**, São Paulo, 21 jul. 2007. Mundo, p. A18.

PRADO JUNIOR C. (2007). **Teoria marxista do conhecimento**. Curso de Extensão Universitária: “De Marx aos Marxistas” do Instituto Práxis de Educação e Cultura. 2007. Disponível em: <http://pcbriopreto.vilabol.uol.com.br/biblioteca/caioprado_teoriamarxista1.htm>. Acesso em: 5 mar. 2007.

PRESIDENTE reage a vaias e afirma que pobres é quem deveriam estar zangados. **Folha de S. Paulo**, São Paulo, 1 ago. 2007. p. A4.

PROVÍNCIA russa estimula a população a não ir ao trabalho para fazer sexo. **Folha de S. Paulo**, São Paulo, 13 set. 2007. Mundo, p. A14.

RADAR. Notícias sobre acidentes de trabalho registradas pela mídia brasileira. **Revista Proteção**, v. 21, n. 199, p. 36, jun. 2008.

RAICHELIS, Raquel. Desafios da gestão democrática nas políticas sociais. In: CFESS; ABEPSS-CEAD/NED-UNB. **Capacitação em Serviço Social e Política Social**: política social. Módulo 3. Brasília: CEAD, 2000. p. 58-70.

RAMAZZINI, Bernardino. **As doenças dos trabalhadores**. 2. ed. São Paulo: FUNDACENTRO, 1999.

RAMOS, Sâmya Rodrigues; SANTOS, Tássia Rejane Monte dos. Dilemas do movimento sindical brasileiro: a particularidade da organização dos(as) assistentes sociais. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, ano 29, n. 94, p. 39 -60, jun. 2008.

REPÓRTER BRASIL. Agência de Notícias. **O que é trabalho Escravo**. Escravidão contemporânea é o trabalho degradante que envolve cerceamento da liberdade. Disponível em: <<http://www.reporterbrasil.com.br/conteudo.php?id=4>> . Acesso em: 13 jul. 2008.

RIBEIRO, Herval Pina. **A violência oculta do trabalho**: as lesões por esforços repetitivos. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

_____. **O juiz sem a toga**: um estudo da percepção dos juízes sobre trabalho, saúde e democracia no judiciário. Florianópolis: Lagoa, 2005.

_____. **A historicidade da morbidade do trabalho**. Texto aula. In: Curso de Extensão Universitária de capacitação para sindicalistas, Universidade Federal de São Paulo, Departamento de Medicina Preventiva. São Paulo, 2007a. (Mimeo).

_____. Adoecimentos e doenças do trabalho contemporâneo: a batalha das idéias. In: BERTANI, Iris Fenner; REZENDE, Regina Maura (Org.). **Conversas interessantes sobre saúde**. Franca: Ed. UNESP, 2007c. p. 145-155.

_____. **Ideologia, origens e crise da infortunística**. Texto aula. In: Curso de Extensão Universitária de capacitação para sindicalistas, Universidade Federal de São Paulo, Departamento de Medicina Preventiva. São Paulo, 2007d. (Mimeo).

_____. **Trabalho contemporâneo**: os movimentos sindicais na saúde e no Estado Brasileiro. Texto aula. In: Curso de Extensão Universitária de capacitação para sindicalistas, Universidade Federal de São Paulo, Departamento de Medicina Preventiva. São Paulo, 2007e. (Mimeo).

_____; COELHO, Alcides. **O trabalho como categoria sociológica**. Texto aula. In: Curso de Extensão Universitária de capacitação para sindicalistas, Universidade Federal de São Paulo, Departamento de Medicina Preventiva. São Paulo, 2007. (Mimeo).

_____; LACAZ, Francisco Antônio de Castro. **De que adoecem e morrem os trabalhadores**. São Paulo: DIESAT, 1984.

_____; WÜNSCH FILHO, Victor; LACAZ, Francisco Antônio de Castro; NARVAI, Paulo Capel; REPULLO Jr., Rodolpho. **Projeto de políticas e práticas na área de saúde do**

trabalhador para o Estado de São Paulo. Relatório I: Diagnóstico de Situação e Propostas, 1998. (Mimeo).

ROCHA, Lys Esther; NUNES, Everardo Duarte. Os primórdios da industrialização e a reação dos trabalhadores: pré-30. In: BUSCHINELLI, José Tarcísio P.; ROCHA, Lys Esther; RIGOTTO, Raquel Maria (Org.). **Isto é trabalho de gente?** vida, doença e trabalho no Brasil. São Paulo: Vozes, 1993a. p. 84-94.

_____; _____. O milagre econômico e o ressurgimento do movimento social: 1964-1980. In: BUSCHINELLI, José Tarcísio P.; ROCHA, Lys Esther; RIGOTTO, Raquel Maria (Org.). **Isto é trabalho de gente?** vida, doença e trabalho no Brasil. São Paulo: Vozes, 1993b. p. 122-137.

SADER, Emir. **Quando novos personagens entram em cena:** experiências, fala e luta dos trabalhadores da grande São Paulo, 1970-80. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1998.

SANTOS, Lenir. O poder regulamentador do Estado sobre as ações e os serviços de saúde. In: FLEURY, Sônia (Org.). **Saúde e democracia:** a luta do Cebes. São Paulo: Lemos, 1997. p. 241- 279.

SANTOS. Wanderley Guilherme. **Cidadania e justiça:** a política social na ordem brasileira. Rio de Janeiro: Campus, 1987.

SAPATEIRA é chutada por chefe dentro de fábrica. **Comércio da Franca**. Franca, 9 maio 2008. Caderno A, p. 7.

SILVA. Maria Aparecida de Moraes. **Errantes do fim do século**. São Paulo: Ed. UNESP, 1999. (Prismas).

_____. Trabalho e trabalhadores na região do “Mar de Cana e Rio de Álcool”. **Agrária**, São Paulo, n. 2, p. 2-39, 2005.

_____. Agronegócio: a reinvenção da colônia. In: SERVIÇO PASTORAL DOS MIGRANTES. **Dossiê SPM sobre o agronegócio**, no prelo, 2008. (Mimeo).

SILVA. Maria Aparecida de Moraes; MARTINS, Rodrigo Constante. A modernidade da economia Junker à moda contemporânea do rural paulista: a degradação social do trabalho e da natureza. Texto aula. In: Curso de Extensão Universitária de capacitação para sindicalistas, Universidade Federal de São Paulo, Departamento de Medicina Preventiva. São Paulo, 2007. 36 p. (Mimeo).

SIMIONATTO, Ivete. **O social e o político no pensamento de Gramsci**. Especial para Gramsci e o Brasil. 1997. Disponível em: <<http://www.acesa.com/gramsci/?page=visualizar&id=294>>. Acesso em: 26 fev. 2008.

_____. **Gramsci:** Sua teoria, incidência no Brasil, influencia no Serviço Social. 3ª ed. Florianópolis: Ed da USFC; São Paulo: Cortez, 2004.

SINDIFRANCA. Sindicato das Indústrias de Calçados de Franca. **Informações Gerais Sobre o Setor Calçadista**. Disponível em: <http://www.sindifranca.org.br/arquivos/1224164186_Resenha-Estatistica-Setembro-2008.xls>. Acesso em: 23 set. 2008.

SIVIERI, Luiz Alberto. Saúde no Trabalho e Mapeamento dos Riscos. In: TODESCHINI, Remigio (Org). **Saúde, meio ambiente e condições de trabalho**: conteúdos básicos para uma ação sindical. São Paulo. CUT, Fundacentro, 1995. p. 75-111.

SOARES, Laura Tavares. **Os custos sociais do ajuste neoliberal na América Latina**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2002. (Questões da Nossa Época, 78.).

SOUZA, Edinilsa Ramos de; MINAYO, Maria Cecília de Souza, DESLANDES, Suely Ferreira; VEIGA, João Paulo Costa da. Construção dos instrumentos qualitativos e quantitativos. In: MINAYO, Maria, Cecília de Souza; ASSIS, Simoni, Gonçalves de; SOUZA, Edinilsa, Ramos de. (Org.). **Avaliação por triangulação de métodos**: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 133 -156.

SPOSATI, Aldaísa; LOBO, Elza. Controle Social e políticas de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 4, p. 366-378, out./dez. 1992. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1992000400003&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 25 jan. 2005.

TEIXEIRA, Elenaldo. **O local e o global**: limites da participação cidadã. São Paulo: Cortez, 2002.

TEIXEIRA, Francisco José Soares. O Neoliberalismo em debate. In: TEIXEIRA, Francisco José Soares; OLIVEIRA, Manfredo de Araujo (Orgs.). **Neoliberalismo e reestruturação produtiva**: as novas determinações do mundo do trabalho. São Paulo: Cortez, 1996, p. 195-252.

TEMPOS Modernos. Direção: Charles Chpalin. EUA: Continental, 1936. (87 min), son., preto e branco. Disponível em: <<http://www.historianet.com.br/conteudo/default.aspx?codigo=181>>. Acesso em: 2 maio 2008.

THÉBAUD-MONY, Annie; DRUCK, Graça. Terceirização: a erosão dos direitos dos trabalhadores na França e no Brasil. In: DRUCK, Graça; FRANCO, Tânia, BORGES, Ângela et al. **A perda da razão social do trabalho**: terceirização e precarização. São Paulo: Boitempo, 2007. p. 23-59.

UAC/SMS. **A divisão administrativa da região de Franca**. Unidade de Avaliação e Controle da Secretaria Municipal de Saúde, 2007. (Mimeo).

UNICA. **Ranking de Produção das Unidades da Região Centro-Sul, Safra 2007/2008**. Disponível em: <<http://www.unica.com.br/downloads/estatisticas/ranking0708.xls>>. Acesso em: 2 out. 2008.

- URIA, Lluís. Desesperación en cadena. La fiscalía de Versalles abre una investigación después de tres suicidios consecutivos en Renault: El tercer muerto dejó varias cartas en las que denuncia la dureza de sus condiciones de trabajo. **La Vanguardia.es**. Disponível em: <http://www.lavanguardia.es/gen/20070222/51309363673/noticias/la-fiscalia-de-versalles-abre-una-investigacion-despues-de-tres-suicidios-consecutivos-en-renault-paris-carlos-ghosn-le-parisien-francia-cgt-sud.html>.. Acesso em: 18 maio 2007.
- VASCONCELOS, Ana Maria. **A prática do Serviço Social: cotidiano, formação e alternativas na área da saúde**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2003.
- VIEIRA, Evaldo. O Estado e a sociedade civil perante o ECA e a LOAS. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, ano 19, n. 56, p. 9-22, mar. 1998.
- VILELA, Rodolfo Andrade de Gouveia. **Desafios da vigilância e da prevenção de acidentes do trabalho**. São Paulo: LTr, 2003.
- WEINSTEIN, Bárbara. **(Re)Formação da classe trabalhadora no Brasil (1920 -1964)**. São Paulo: Cortez, 2000.
- WÜNSCH FILHO, Victor. Reestruturação produtiva e acidentes de trabalho no Brasil: estrutura e tendências. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, p. 41-52, jan./mar. 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v15n1/0034.pdf>>. Acesso em: 22 fev. 2006.
- ZOLA, Émile. **Germinal**. Tradução Eduardo Nunes da Fonseca. São Paulo: Circulo do Livro, 1996.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Roteiro para Entrevista com os profissionais do CEREST - Franca**I- Identificação**

Sexo: Masculino () Feminino ()

Data de Nascimento: ___/___/___ . **Idade:**

Escolaridade:

Profissão:_____ **Ocupação:**_____

Tempo de formado:_____ **Tempo na ocupação:**_____

Especialização:_____ **Ano:**_____

Concurso Público_____ **Ano:**_____

II- Trabalho e Saúde

1. Qual é o significado de trabalho para você? Você acha que esse significado é contemplado no que você faz.
2. Se fosse para avaliar a sua profissão/atividade/trabalho como você a avaliaria, por que?
3. Como você vê a política de saúde do trabalhador no SUS? E em Franca, como você avalia o CEREST?
4. Você tem conhecimentos de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho, quais são os mais predominantes, a que você atribui as causas.
5. Como você vê a atuação da equipe do CEREST frente a esses eventos.
6. O CEREST faz vigilância em saúde do trabalhador? Como você observa essas ações.
7. O CEREST tem feito as notificações compulsórias de acidentes e doenças relacionados ao trabalho? Como?
8. Quais são as principais diferenças entre o antigo Ambulatório de Saúde do Trabalhador e o CEREST.
9. Como você observa o papel do Conselho Gestor do CEREST.
10. Quais são as principais facilidades e dificuldades encontradas desde a implantação do CEREST.

APÊNDICE B - Roteiro para Entrevista com os envolvidos da Regional**I- Identificação**

Sexo: Masculino () Feminino ()

Data de Nascimento: ___/___/___ . **Idade:**

Escolaridade:

Profissão:_____ **Ocupação:**_____

Tempo de formado:_____ **Tempo na ocupação:**_____

Especialização:_____ **Ano:**_____

Concurso Público_____ **Ano:**_____

II- Trabalho e Saúde

1. Como vê a política de saúde do trabalhador no SUS?
2. Você faz saúde do trabalhador? Hoje como você poderia descrever essas ações?
3. Qual a maior problemática enfrentada por você enquanto interlocutor em saúde do trabalhador?
4. De que adocem e morrem os trabalhadores do município (Principais problemas e causas)? Pelo que pude observar nas estatísticas há uma subnotificação das doenças relacionadas ao trabalho, especialmente as LER/DORT, a que você acha que deve?
5. Você realiza vigilância em Saúde do Trabalhador? Você poderia descrever essas ações. Se ainda não realiza a que você atribui?
6. O município tem alimentado o SINAN-NET? Se ainda não está fazendo, a que você credita tal fato?
7. Como você vê a atuação do CEREST, enquanto órgão regional?
8. Existem ações integradas com CEREST ou outros órgãos?
9. Como vê a criação e participação do Conselho Gestor Regional?
10. Quais são os avanços que você visualiza em relação a saúde do Trabalhador?
Quer deixar alguma mensagem para finalizar?

APÊNDICE C – Tabulação e distribuição em gráficos dos dados estudados nos documentos do CEREST

População de Franca e Região

Tabela I – Relação do número de habitantes por município da região de Franca

Municípios	IBGE Período	IBGE Período	Fundação SEADE Período
	2006	2007	2008
Aramina	5.280	5.019	5.319
Buritizal	3.583	3.872	3.752
Cristais Paulista	7.266	7.005	7.480
Franca	328.121	319.094	338.558
Guará	20.804	18.611	21.111
Igarapava	28.587	26.862	28.874
Ipuã	12.989	14.344	13.212
Itirapuã	5.685	5.614	5.811
Ituverava	38.681	38.539	39.467
Jeriquara	3.303	3.153	3.380
Miguelópolis	20.210	19.972	20.673
Morro Agudo	28.514	25.390	29.188
Nuporanga	6.693	6.629	6.712
Orlândia	39.467	36.149	39.830
Patrocínio Paulista	12.673	12.183	12.673
Pedregulho	15.929	15.156	16.307
Restinga	6.454	6.350	6.665
Ribeirão Corrente	4.363	4.014	4.468
Rifaina	3.641	3.587	3.728
Sales Oliveira	10.576	8.187	10.745
São Joaquim da Barra	45.743	43.703	46.119
São José da Bela Vista	8.782	8.173	8.914
Total	657.344	631.606	672.986

Fonte: IBGE, 2006, 2007; SEADE, 2008.

Principais Produtos da “Agricultura Permanente” em Franca e Região

Tabela II – Produção dos produtos da Agricultura Permanente em Franca e região.

Nome dos Municípios	Agricultura Permanente em Toneladas			
	Banana	Café em côco	Laranja	Uva
Aramina				
Buritizal		495		
Cristais Paulista	520	10.120	3.601	
Franca	600	9.450		
Guará				
Igarapava		18		
Ipuã				
Itirapuã		2.049		
Ituverava		133		
Jeriquara		1.211		
Miguelópolis				
Morro Agudo	2.478			
Nuporanga		618		
Orlândia		150		
Patrocínio Paulista		5.722	2.864	9
Pedregulho	405	16.482	3.390	16
Restinga		1.728	1.403	
Ribeirão Corrente		6.400		
Rifaina	140	8		
Sales Oliveira		782		
São Joaquim da Barra		22		
São José Bela Vista	240	1.560		9
Total	4.383	33.916	11.258	34

Fonte: Tabela construída a partir dos dados expostos pelo IBGE, 2006, referente a produção individual desses municípios.

Principais Produtos da Pecuária I em Franca e Região

Tabela III – Produção dos produtos da Pecuária em Franca e região.

Municípios	Produtos da Pecuária		
	Leite/ Produção em L	Ovos/Dúzias	Mel de Abelhas, em Kg
Aramina	567.000	-	-
Buritizal	3.059	86.000	
Cristais Paulista	6.494	8000,00	5800,00
Franca	6.144	214.000	30.120
Guará	2.213	257.000	
Igarapava	4.452	136.000	
Ipuã	612.000	27.000	
Itirapuã	3.062	-	-
Ituverava	3.616	-	-
Jeriquara	2.563	-	3.000
Miguelópolis	2.172	52.000	-
Morro Agudo	1.987	46.000	-
Nuporanga	1.147	25.000	-
Orlândia	1.110	40.000	-
Patrocínio Paulista	13.363	-	5.198
Pedregulho	8.827	270.000	3.814
Restinga	2.506	-	2.500
Ribeirão Corrente	1.872	-	2.000
Rifaina	4.000	-	3.431
Sales Oliveira	4.624	1.964	-
São Joaquim da Barra	2.136	31.000	-
São José da Bela Vista	7.336	-	2.992
Total	1.250.509	1193964	55.424

Fonte: Tabela construída a partir dos dados expostos pelo IBGE, 2006 referente a produção individual desses municípios.

Principais Produtos da “Agricultura Temporária” em Franca e Região

Tabela IV- Agricultura Temporária na região de Franca/SP.

Municípios	Agricultura Temporária										
	Amendoim	Algodão	Arroz	Batata	Cana Açúcar	Feijão	Mandioca	Milho	Soja	Sorgo	Tomate
Aramina			24		844.798			575	3.120	15	
Buritizal			198		834.368			8.400	4.800		9.200
Cristais Paulista			63				2.250	15.000	7.920	85	
Franca					112.000		250	7.755	3.120	135	50
Guará		1.785			1.480.000			1.776	17.400	4.670	
Igarapava	150	165	99		1.524.324		725	6.006	6.750		
Ipuã	375		24		2.016,00	218		10.080	39.180	6.120	
Itirapuã			90			18		2.400	463		
Ituverava		6.660			2.160.000			21.350	61.200	22.320	
Jeriquara			90	6.250	375.466	520		7.596	4.800	936	600
Miguelópolis		7.500			1.789.970	8.640		28.500	89.260	34.120	
Morro Agudo	1.500	1.690	144		7.835.267	140		8.460	35.300	195	
Nuporanga					1.488.013			7.338	18.300	3.285	500
Orlândia					1.679.091			1.320	6.600	400	
Pat. Paulista			90		603.000		32	13.800	1.680		
Pedregulho			126		232.000	61	178	6.660	600		
Restinga	750		120		944.000		200	12.000	2.400		
Rib. Corrente		396	10		110.000	30		6.930	4.860	896	
Rifaina					20.859			1.440	720		
Sales Oliveira	750		45		1.575.379			1.440	13.500		
São J. Barra					1.953.594			4.732	10.240	315	
São J. B. Vista			72	330	810.000	63		3.360	3.600	410	480
Total	3.475	32.286	1.326	9.705	24.584.175	8.747	2.742	165.608	348.744	71685	12670

Fonte: Tabela construída a partir dos dados expostos pelo IBGE, 2006.

Principais Produtos da Pecuária II em Franca e Região

Tabela V- Pecuária na região de Franca/SP.

Municípios	Pecuária/Cabeças										
	Bovino	Suíno	Eqüino	Asininos	Muares	Bubalinos	Ovinos	Galinhas	Frangos, Pintos	Caprinos	Vacas ordenhadas
Aramina	6638	877	392		42		78	2370	2081	201	465
Buritizal	14641	2829	213	5	42	71	409	7140	103712	78	2893
Cristais Paulista	22550	6. 600	420	10	140	30	680	2708	50000	55	3221
Franca	25300	3810	340	15	100	90	1200	38031	60000	56	3195
Guará	5120	685	439	14	60		173	27144	69820	57	2321
Igarapava	14. 625	4. 480	398	18	83	90	196	9723	32820	120	2213
Ipuã	4312	2384	912	35	356		261	3126	160. 320	97	597
Itirapuã	13611	2830	150	10	50	50	520	20000	25	1460	
Ituverava	16876	2238	678	6	62	50	193	7635	19897	80	2370
Jeriquara	2660	834	105	5	5		68		150000	30	1020
Miguelópolis	13160	2930	496	11	63	17	35	6732	9460	97	1. 150
Morro Agudo	13789	3840	912	51	462	136	685	7150	69865	71	2245
Nuporanga	6780	2039	398	10	42	26	112	2640	224520	145	1420
Orlândia	6875	2436	1123	15	63	15	207	4156	223690	91	1360
Patrocínio Paulista	34200	5480	610	15	180	130	250		35000	120	6221
Pedregulho	41400	3060	260	5	90	130	2490	12160	30000	60	4590
Restinga	10872	200	85		35		25		40000	20	1307
Ribeirão Corrente	6417	570	120	5	30		860		40000	25	987
Rifaina	7332	240	58	5	30		40				2231
Sales Oliveira	7685	2990	212	9	112	176	296	186420	398640	23	3165
São Joaquim da Barra	9885	1031	430	37	76	70	389	2820	74326	58	2248
São José Bela da Vista	8220	660	150	8	90	10	1300		80000	30	3500
Total	270103	41303	8751	281	2123	1081	9167	339955	1633856	2944	44069

Fonte: Tabela construída a partir dos dados expostos pelo IBGE, 2006.

Relação dos Serviços de Saúde em Franca e região

Tabela VI - Relação dos serviços de Saúde na região de Franca.

Relação dos Municípios	Serviços de Saúde			Total de estabelecimentos
	Público Municipal	Público Estadual/Federal	Privado	
Aramina	1			1
Buritizal	1			1
Cristais Paulista	2			2
Franca	22	6	78	106
Guará	6		3	9
Igarapava	5		4	9
Ipuã	4		2	6
Itirapuã	1			1
Ituverava	10	1	13	24
Jeriquara	1			1
Miguelópolis	5		8	13
Morro Agudo	6		2	8
Nuporanga	2		1	3
Orlândia	5		6	11
Patrocínio Paulista	1		1	2
Pedregulho	6		1	7
Restinga	1			1
Ribeirão Corrente	1			1
Rifaina	1			1
Sales Oliveira	2		1	3
São Joaquim da Barra	10	1	10	21
São José da Bela Vista	2			2
Total	95	8	130	233
Percentual	40,77	3,43	55,79	100

Fonte IBGE, 2006, 2007.

Agravos à Saúde dos Trabalhadores

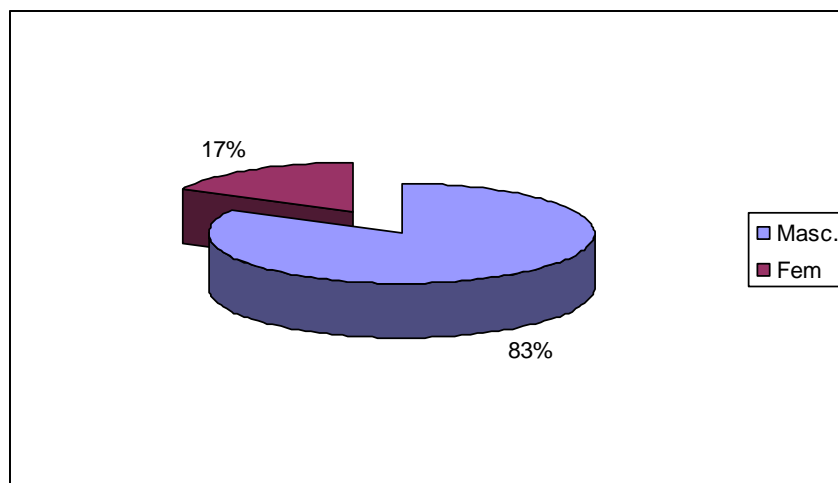


Gráfico I – Quanto ao sexo.

Fonte: Gráfico construído pela autora a partir do estudo minucioso das notificações dos agravos à saúde em Franca e região

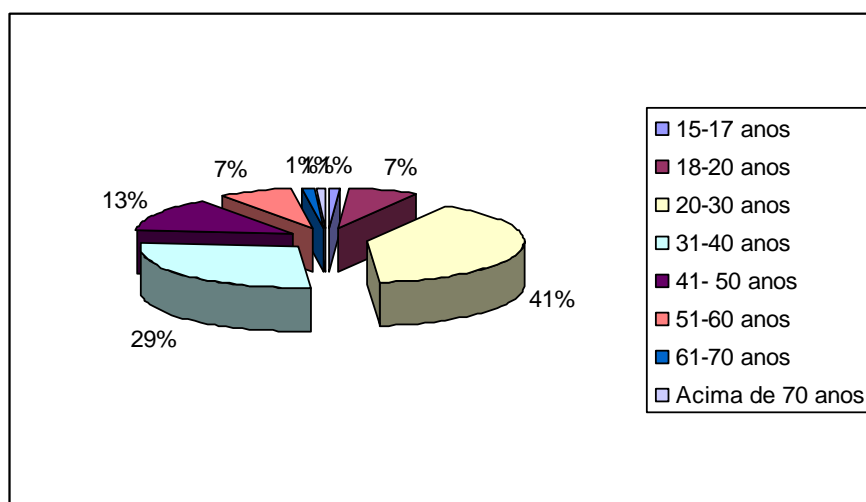


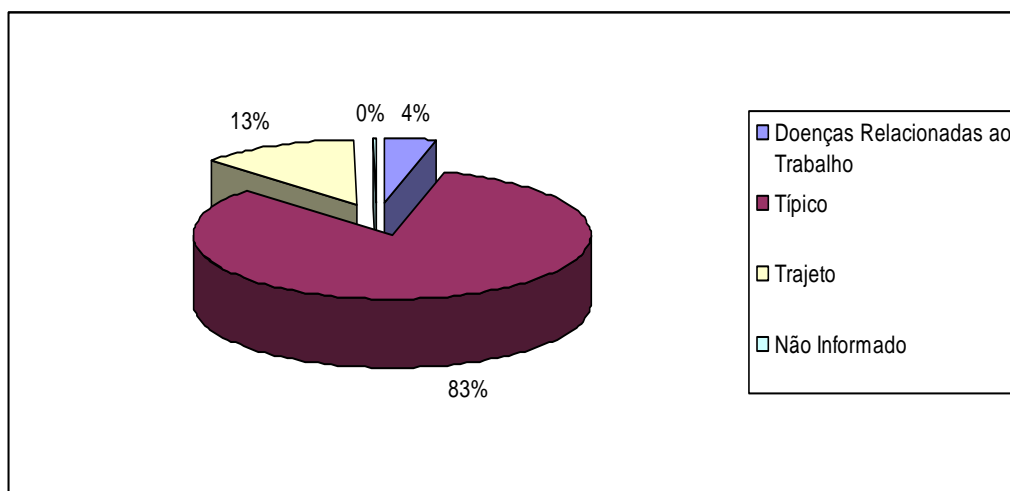
Gráfico II– Quanto as idades

Fonte: Gráfico construído pela autora a partir do estudo minucioso das notificações dos agravos à saúde em Franca e região

Tabela VII – Quanto ao contrato de Trabalho

CLT	Sem Registro	Autônomo	Outros	Não Informado	Total
4.192	199	130	17	2578	7.116
58,91	2,80	1,83	0,24	36,23	100,00

Fonte: Tabela construída pela autora a partir do estudo minucioso das notificações dos agravos à saúde em Franca e região

**Gráfico III** – Quanto ao “Tipo”.

Fonte: Gráfico construído pela autora a partir do estudo minucioso das notificações dos agravos à saúde em Franca e região.

Tabela VIII – Quanto o agente causador.

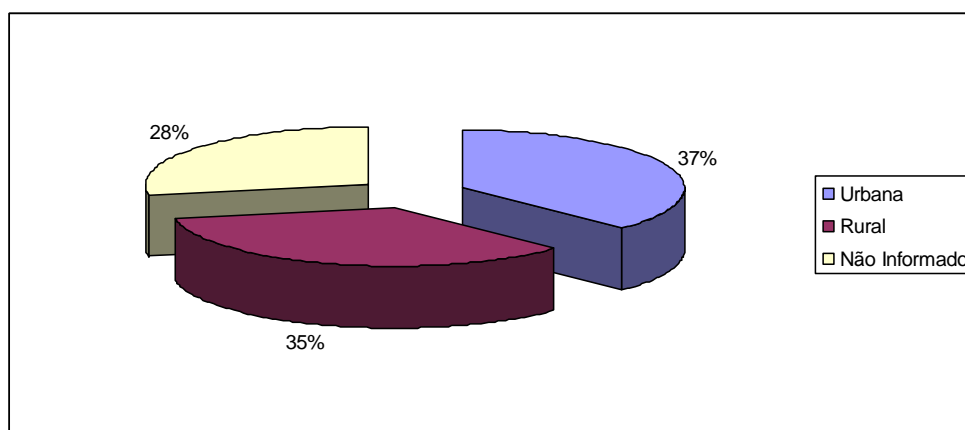
Biológico	Físico	Ergonômico	Mecânico	Químico	Risco de Acidente	Total
51	232	297	5957	152	427	7116
0,72	3,26	4,17	83,71	2,14	6,00	100,00

Fonte: Tabela construída pela autora a partir do estudo minucioso das notificações dos agravos à saúde em Franca e região.

Tabela IX – Quanto ao afastamento e óbito.

01-05 dias	2147	30,17
06-10 dias	1269	17,83
11-15 dias	926	13,01
16-30 dias	535	7,52
31-45 dias	121	1,70
46 -60 dias	164	2,30
76 -90dias	140	1,97
Mais que 90 dias	122	1,71
180m dias	51	0,72
Tempo Indeterminado	137	1,93
Não Afastado	537	7,55
Não Informado	676	9,50
Não Identificado	240	3,37
Enc. Perícia	28	0,39
Óbito	23	0,32
Total	7116	100

Fonte: Tabela construída pela autora a partir do estudo minucioso das notificações dos agravos à saúde em Franca e região.

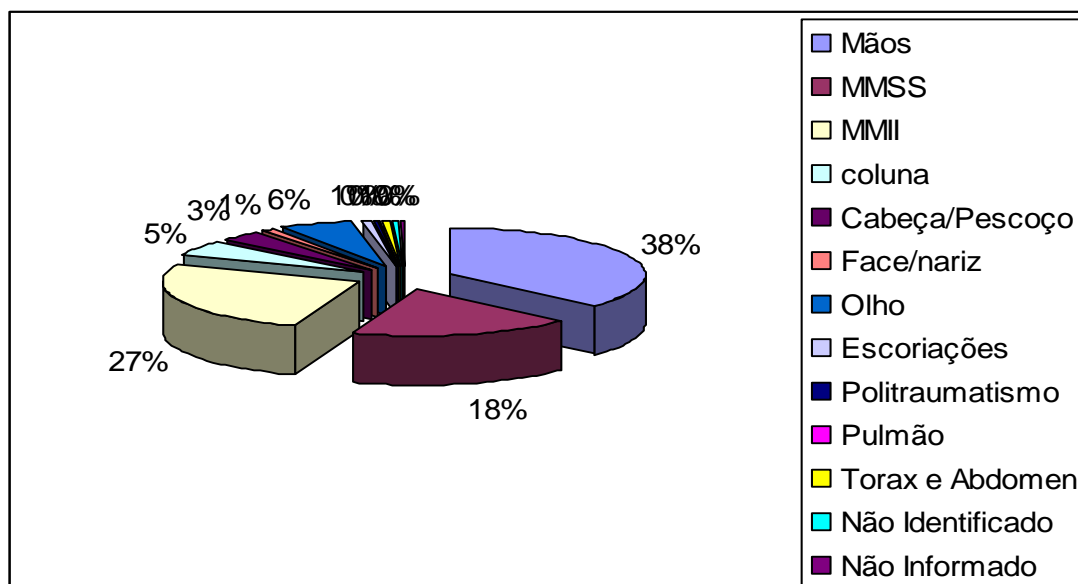
**Gráfico IV** – Quanto à área de ocorrência dos agravos

Fonte: Gráfico construído pela autora a partir do estudo minucioso das notificações dos agravos à saúde em Franca e região.

Tabela X – Quanto a área urbana e rural.

Área	Urbana	Rural	Não Informado	
Total	2640	2230	2246	7116
	37,10	31,34	31,56	100

Fonte: Tabela construída pela autora a partir do estudo minucioso das notificações dos agravos à saúde em Franca e região.

**Gráfico IV**– Quanto a parte do corpo atingida

Fonte: Gráfico construído pela autora a partir do estudo minucioso das notificações dos agravos à saúde em Franca e região.

APÊNDICE D - Relatório do grupo focal

O tipo de agravo que mais ocorre e a atuação do Interlocutor em Saúde do Trabalhador (SIT)

IST Patrocínio Paulista: O que a gente mais vê é acidente típico como os cortes e as quedas. Já tivemos casos de acidente fatal, de 2005 para cá foram seis mortes: dois morreram intoxicados em um curtume, um eletrocutado em uma Fazenda... Enfim as coisas acontecem e a gente fica de mãos atadas porque tinha que ter uma interação maior entre os serviços de saúde e a vigilância para essa comunicação chegar mais rápido. Em relação às doenças existe uma dificuldade muito grande de saber o que ocorre. Nós temos muita subnotificação, a cada troca de plantão a gente tem que procurar conversar com a pessoa responsável pelo setor. Então, é complicado, não é fácil, é uma questão política problemática.

IST Igarapava: Nós estamos retomando esse ano, pelo que observo existem mais acidentes no corte de cana.

IST Buritizal: Pelos RAAT, eu posso dizer que tem muito acidente, não são graves. Estes ocorrem, em geral, em uma empresa de usinagem, que faz a parte de mecânica e montagem industrial em usinas de açúcar e álcool, e nestas também ocorrem. A questão é complexa, há pouco tempo começou fábrica de sapato também, mas ainda não fomos fazer a visita porque não sabemos nem por onde começar.

IST Patrocínio Paulista: É fábrica grande?

IST Buritizal: Não. Acho que têm 40 funcionários, está começando e é filial de uma fábrica de Franca. Eu fiz uma solicitação para o CEREST, uma vez que calçados é a realidade deles, mas ainda não tive resposta.

IST São Joaquim da Barra: Em São Joaquim, toda região é canavieira, o grande problema é o corte de cana. Mas o que eu tenho observado é que os casos graves a usina paga consulta e todo o tratamento em Ribeirão Preto. O problema dessa assistência em Ribeirão Preto é que os casos não são notificados e a gente nem fica sabendo. Já houve morte na usina, no caso foi na lavoura, tem aqueles picadores de cana e os carregadores que coloca a cana no caminhão. Era uma noite muito fria e enquanto um trabalhador estava picando o outro entrou na leira de palha e cobriu o corpo inteiro e pegou no sono e quando o caminhão voltou não sabia que tinha alguém dormindo ali e passou por cima. Então é isso, tem muitos problemas que a gente não fica sabendo e tem uma subnotificação muito grande. Nós estamos de mãos atadas, brincamos de Vigilância Sanitária. Por que a gente brinca de Vigilância Sanitária? De um lado

temos uma política municipal e de outro a política do dinheiro, no nosso caso, representada pelas usinas, entendeu? Então o trabalhador coitado, é sempre um coitado na vida e sempre vai ser. Porque, os poderosos falam mais alto, o dinheiro fala mais alto. Onde já se viu o cara receber um corte que nunca vai ter um movimento correto dos tendões, a usina paga o hospital, e não notifica, tirando o direito do trabalhador, quem vai olhar isso? E adianta, o trabalhador falar com advogado, o advogado falar alguma coisa, ao que se sabe é que a usina afirma que houve um acidente, um corte mesmo, mas que pagou todas as despesas do tratamento e recuperação nas melhores clínicas e deu toda a assistência, e aí?

IST Morro Agudo: Nós temos dois grandes problemas, primeiro é a subnotificação e o outro é a falta de funcionário para fazer esse trabalho, por exemplo, eu fiquei afastada de licença maternidade e como a equipe é muita pequena, por mais que se tenta fazer o serviço do outro, é muito complicado, não dá conta. A gente faz o que pode, a gente rebola, mas é difícil, é muito serviço.

A Notificação dos Agravos e a atuação do Interlocutor em Saúde do Trabalhador (IST)

IST Patrocínio Paulista: Nós implantamos o RAAT que, no caso, é preenchido no Hospital Santa Casa e a partir daí temos tentado levantar os maiores problemas. Nós também temos feito palestras, buscando envolver os trabalhadores;

IST Morro Agudo: Nós também estamos trabalhando com o RAAT, e temos feito algumas inspeções com o apoio da Vigilância [refere-se ao GVS – regional], na área de usinas de açúcar e álcool que é a maior empregadora em Morro Agudo e também a maior causadora de acidentes. Então, nós temos feito inspeções mais nessa área, ainda não estamos fazendo nas outras áreas, apenas nessa.

IST Igarapava: No momento não estamos fazendo saúde do trabalhador, durante um período nós tivemos uma pessoa que começou algumas coisas, mas depois ela saiu. Então a saúde do trabalhador em Igarapava foi interrompida.

IST Buritizal: Nós também estamos atuando mais em usinas, como a colega disse [Morro Agudo disse], nos outros lugares ainda não estamos fazendo porque falta a visão de um técnico especializado em saúde do trabalhador, temos essa dificuldade, por isso, estamos bem devagar.

IST São Joaquim da Barra: Realizamos umas visitas na usina sucroalcooleira da cidade juntamente com a Vigilância Sanitária [GVS – regional/Franca]. A usina está procurando realizar um organograma de ações em cima das nossas solicitações feitas a partir das irregularidades encontradas. Então ela mandou um organograma de trabalho para sanar essas

irregularidades e nós vamos acompanhar. Mas temos um grande problema que é a falta de pessoal, inclusive para acompanhar a questão dos RAAT. Isso tem sido um problema sério porque fica uma defasagem muito grande para você fazer uma estatística adequada e principalmente para fazer vigilância sanitária. Na realidade é apenas um funcionário para fazer desde a fiscalização, os relatórios, a alimentação do sistema, é muita coisa, então isso prejudica.

IST Morro Agudo: Eu acho que é isso mesmo, falta pessoal nas vigilâncias e pessoal capacitado para fazer saúde do trabalhador. Porque nós tentamos, participamos das reuniões, dos cursos, estudamos, mas não temos a formação e isso atrapalha bastante. Nós não temos o conhecimento e a visão de um Técnico de Segurança do Trabalho, se tivesse na nossa equipe, de todo município, certamente, as ações de saúde do trabalhador seriam muito mais efetivas.

IST Igarapava: Como eu disse, estamos querendo iniciar agora a saúde do trabalhador e temos essa dificuldade também, a falta de um Técnico. A nossa equipe é composta de pouco pessoal, a maioria também não tem capacitação, então a dificuldade também é nesse sentido, de material humano.

IST Buritizal: Esses cursos que nós fazemos de uma semana, um mês não capacita para fazer a parte de vigilância em saúde do trabalhador. Nós temos medo autuar e dar algum problema, é preciso ter conhecimento. Então essa parte é problemática. A gente tem medo de prevaricar. E quanto aos RAAT ainda estão muito devagar, tem muitos casos que a gente até questiona a conduta do médico, é uma intoxicação, mas só afasta o trabalhador e não notifica.

IST Morro Agudo: A Vigilância Sanitária tem muito serviço, é muita coisa para fazer e pouca gente. O RAAT depende de acompanhamento, senão o pessoal não faz, temos de ir aos serviços e conversar com o pessoal saber o que está acontecendo, porque caíram as ocorrências etc.

IST Buritizal: Eu sou sozinha, esse acompanhamento fica muito difícil.

IST Morro Agudo: Chega a ser irônico, mas nós estamos ficando doentes, (risos).

IST Buritizal: Isso é verdade.

A visão dos IST acerca do CEREST

IST São Joaquim da Barra: Qual a função verdadeira do CEREST na política de saúde do trabalhador da região? É isso que a gente tem que começar a olhar. Bom, eu já olhei. O CEREST quer que a gente digite os RAAT num programa que o município de Franca criou,

num programa oficial. Mas você fazer isso? Está escrito em alguma lei ou alguma Portaria do CVS? Nada, nada disso.

IST Patrocínio Paulista: Espera aí, o RAAT é uma notificação e está contemplada em Portaria. Agora, o CEREST alega que não tem gente para digitar, então, o que nós precisamos discutir é se a culpa é do município de Franca ou dos vinte e dois municípios?

IST Morro Agudo: Sinceramente, eu ainda não entendo muito bem como está funcionando o CEREST, eles falam, chamam para fazer reuniões, mas eu particularmente não sei ainda de que maneira meu município pode usar o CEREST. Porque fica tudo muito no escuro, o Estado também não explica direito, a gente, por um período, estava até caminhando um ao lado do outro, mas depois as coisas mudaram.

IST Patrocínio Paulista: Isso é uma polêmica porque o CEREST é de Franca, mas precisa dar um suporte para os outros municípios. Particularmente, todas as vezes que eu solicitei desde o início, para esclarecer tanto os médicos, os atendentes e os PSF em si, o pessoal sempre foi solícito e participou. Mas ficou um período muito extenso sem reuniões, mas por outro lado, não adianta a gente ficar fazendo reuniões, cobrança, se também não está caminhando. Então realmente isso fica complicado, e não é exigir que tenha mais reuniões, mais capacitação o que precisa é exigir que o município dê suporte para gente, certo?

IST Morro Agudo: Quando nós começamos com as reuniões, nós achamos que iríamos trabalhar junto com CEREST e que teríamos apoio. Depois quando o X [Engenheiro do Trabalho do GVS] falou que o CEREST é municipal então não tem ligação nenhuma com o nosso município, nós ficamos sem saber o que seguir. Então quando eu tenho um problema eu peço ajuda para o X. Eu não sei em que situação o CEREST poderia ajudar.

IST Igarapava: Seria função do CEREST a capacitação da Vigilância Sanitária?

IST Morro Agudo: Se é regional, não poderia usar o recurso de forma regional, dando apoio aos municípios e capacitando os fiscais?

IST Igarapava: Mas se é Franca que administra, haveria uma aceitação em gastar o dinheiro regionalmente?

IST Buritizal: Acho que o CEREST começou até muito bem, muita reunião, tinha um acompanhamento, nós estávamos caminhando, mas depois parou e ficou um bom tempo sem nenhuma reunião. Tudo que precisamos buscamos ajuda da Vigilância Sanitária do Estado, como eu disse, nesse momento, eu não tenho muito contato com eles [CEREST]. Então eu acho que o CEREST pode contribuir com o repasse de informação, mas precisa ter uma sistemática de reuniões, tem que ser mensal, como era. Eu acredito que isso ajuda bastante.

IST São Joaquim da Barra: Bom, eu nunca solicitei nada ao CEREST. Eu acredito que se solicitar posso ser atendido, mas eu não sei até que ponto. Então, eu acho que o CEREST tem verba e deve ser gasta com a saúde do trabalhador, regionalmente, pois na administração pública tem uma coisa que se chama transparência pública, gastou onde e de que forma? Mostrar para os municípios a transparência da aplicação desses recursos, já seria um bom começo. Agora isso nunca apareceu, já foi apresentado algum investimento ou gasto na saúde do trabalhador para os municípios? Não... O CEREST faz a parte dele para o município de Franca. No âmbito regional eu não vejo isso. O CEREST foi alguma vez no município de Igarapava?

IST Igarapava: Não, não que eu saiba.

IST Buritizal: Uma vez quando ocorreu um acidente grave e a assistente social do CEREST, quando ainda tinha assistente social, agora não tem mais, articulou junto com o X [Engenheiro - GVS] e a psicóloga [CEREST] uma visita para nós. Mas, foi só, agora eu não sei dizer quem está lá.

IST São Joaquim da Barra: e em Patrocínio Paulista foi?

IST Patrocínio Paulista: Uma vez, isso foi no começo, agora não, infelizmente não.

IST São Joaquim da Barra: Em São Joaquim nunca foram.

IST Buritizal: Eles deveriam dar apoio técnico para a região.

IST São Joaquim da Barra: Apoio técnico? Eu não via nada, não vamos nos iludir o CEREST é do município de Franca. Nós temos esse problema de falta de capacitação. Se na equipe não existe um engenheiro ou um técnico de segurança, onde então o município vai recorrer? Ao Estado e não ao CEREST, porque este não pode fazer fiscalização em outro município. Mas pode acompanhar a vigilância sanitária, passar orientação, mas como não tem poder de polícia ele não pode lavrar auto de infração, nem assinar um laudo é mais para olhar e orientar. Então o grande problema que nós temos é a falta de capacitação na área de saúde do trabalhador. Outro é a questão da jurisprudência e o X [Engenheiro - GVS] já deu o exemplo do Estado do Rio de Janeiro que não reconheceu as ações de vigilância em saúde do trabalhador do SUS.

IST Patrocínio Paulista: Colega, você me desculpa, mas o que precisa no município é ter equipe.

IST Buritizal: Eu também acho que é preciso ter Equipe.

IST Igarapava: Isso mesmo o maior problema hoje das vigilâncias é que a maioria só conta com uma pessoa, então falta equipe.

IST Patrocínio Paulista: Acho que você [se refere ao interlocutor de São Joaquim da Barra] está falando que o único problema é a capacitação e a falta de formação, mas não é só isso, o problema é que somos sozinhos, não adianta capacitar se a gente continuar em apenas um ou no máximo dois para fazer tudo, não vai resolver ter vários diplomas e continuar sozinho...

IST São Joaquim da Barra: Mas eu estou falando da equipe também.

IST Patrocínio Paulista: Não, você está falando de capacitação e isso nós já estamos tendo, me desculpa, mas eu insisto que se tivermos capacitação e continuarmos sozinhos para resolver tudo não adianta, me desculpa.

IST São Joaquim da Barra: Você tem razão sozinho não dá, eu já estou ficando estressado, cansado mesmo.

IST Patrocínio Paulista: Eu acho que está tendo muitos cursos, a semana passada eu fiquei em Araraquara, participando de um curso de uma semana sobre tratamento de água e esgoto de usinas. Agora eu vou sair mais uma semana para fazer o curso sobre saúde no setor canavieiro, em Marília, e o meu município está sem ninguém, ou seja, os processos vão acumulando para eu fazer visita. Então não adianta a gente querer bater nessas teclas se o município não contratar equipe.

IST Morro Agudo: Concordo, nós temos uma equipe pequena, se você vai para um curso quando volta tem que trabalhar dobrado.

IST Patrocínio Paulista: Precisamos ter gente, formar uma equipe e definir o que cada um vai fazer todos tem que ter a compreensão do processo de vigilância, já imaginou uma pessoa só por conta da saúde do trabalhador? O problema é que a vigilância está se desenvolvendo, mas não está contratando e, isso está nos sobrecarregando é como alguém já disse estamos ficando doente, estressados com tudo isso. Mas ninguém vê que o funcionário da vigilância está sobrecarregado, nós estamos correndo atrás da doença dos outros e esquecendo da nossa.

IST Morro Agudo: Eu já tirei férias, mas quando você volta na primeira semana você já está estressada novamente

IST Igarapava: É isso mesmo. Eu, por exemplo, estou sozinho no meu município para resolver tudo, é o que já foi dito aqui.

APÊNDICE E – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Descrição do Estudo e Objetivos

O Sr(a) está sendo convidado(a) a participar da pesquisa sobre a política de saúde do trabalhador em Franca e região. O presente estudo tem por objetivo elucidar o processo de implantação do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador – Regional – Franca (CEREST). Queremos saber quais as principais facilidades e dificuldades vivenciadas ou percebidas no seu trabalho que condiz com a política de saúde do trabalhador. Assim, precisamos colher informações sobre o trabalho, as condições, os fatos relacionados a acidentes e adoecimentos, entre outros. Por isso, vamos lhe fazer algumas perguntas, com a finalidade de conhecer o seu ponto de vista sobre esses aspectos.

Sua participação neste estudo é voluntária. Se você não quiser participar, pode recusar a qualquer momento, sem qualquer problema. Da mesma forma se continuar colaborando, não contará com qualquer vantagem adicional.

Se você aceitar participar deste estudo, poderá ser beneficiado ao sentir que terá em mim uma profissional realmente interessada em ouvi-lo(a) e ao falar poderá refletir sobre o trabalho e a saúde. É possível que o resultado de nossas entrevistas sirva apenas para o benefício de outras pessoas e que algumas coisas que você relate sejam melhoradas apenas no futuro, para outras pessoas.

Sua identidade não será divulgada.

_____ (local), ____/____/____.

Nome do entrevistado: _____

Assinatura do entrevistado: _____

Assinatura de testemunha: _____

Nome do pesquisador: Edvânia Ângela de Souza Lourenço, doutorando em Serviço Social do Programa de Pós Graduação em Serviço Social

APÊNDICE F – Quadro com os dados dos entrevistados

Quadro I – Dados dos Entrevistados, conforme informações fornecidas pelos mesmos.

Ocupação	Formação/Especialização	Tempo de Atuação	Local de atuação
Agente Sanitário	Técnico em Magistério	C.P 2000	VS
Agente Sanitário	2o grau completo	C.P.1998	VS
Arquiteto	Engenharia do Trabalho	C. C. 2005	CEREST
Auxiliar de Enfermagem	Auxiliar de Enfermagem do Trabalho		CEREST
Diretor Sindical	Graduado em Publicidade e Propaganda	Sind. Há 12 anos	Sindicalista dos trabalhadores bancários e ex-conselheiro do Conselho Gestor do CEREST
Comerciante	1o grau	Diretor Sindical Sindicato dos Sapateiros de 1986 a 2006	ex -presidente do Conselho Gestor do CEREST
Coordenador de Vigilância Sanitária	Graduação em Odontologia	C. P. 2005	VS
Diretor de Vigilância Sanitária	Farmacêutico, especialista em saúde pública (1988-1989); Gestão de Produção (2002); Infecção Hospitalar (2007); Gestão em Saúde (2008)	C.P. 1988	Diretor do GVS-regional
Diretor de Vigilância em Saúde	Farmacêutico	C.P.	Divisão de Vigilância em Saúde
Engenheiro de Segurança do Trabalho	Graduação em Engenharia, direito e especialista em Segurança, Trabalho e Meio Ambiente	C.P.1995	GVS-regional
Fiscal Sanitário	Superior Completo em Química	C.P. 1999	VS

Ocupação	Formação/Especialização	Tempo de Atuação	Local de atuação
Fiscal Sanitário	Técnico em Segurança do Trabalho	C.P.1998	VS/ CEREST
Fisioterapeuta	Graduação em Fisioterapia especialista em RPG	C.P.2003	CEREST
Médico	Medicina do Trabalho	C.P.	CEREST
Médico	Medicina do Trabalho	C.P.	ex- gestor da Secretaria Municipal de Saúde de Franca/SP
Psicóloga	Graduação em Psicologia	C.P.	CEREST
Tecnico em informática	Superior	C.P.1988	VS
Sapateiro	1o Grau	Diretor Sindical desde 1988	Diretor Sindical do Sindicato dos Sapateiros e ex- conselheiro do Conselho Gestor do CEREST
Sapateiro	graduação em Matemática, incompleto	Diretor Sindical desde 2000	Diretor Sindical e conselheiro do Conselho Gestor do CEREST
Subdelegado		C.P.	DRT
Visitador Sanitário	2o grau completo	C.P.2000	VS

CP= Concurso Público

CC= Cargo Comissionado

ANEXOS

ANEXO A – IV Seminário de Saúde do Trabalhador de Franca

Objetivo:

Discutir com a comunidade acadêmica, sindicatos, profissionais da área da saúde coletiva, representantes de organismos estratêgicos ligados à área de saúde dos trabalhadores e representantes da sociedade civil organizada os problemas de saúde relacionados ao trabalho que afetam os trabalhadores, na tentativa de unir esforços na busca de soluções para este problema.

Público Alvo:

Profissionais da área de saúde coletiva, representantes sindicais, pesquisadores, estudantes e demais segmentos sociais ligados à área de saúde do trabalhador.

Informações e inscrições:

Sindicato dos Sapateiros
Rua Padre Anchieta, 2160 - Franca - SP
Fone/fax: (16) 3723-1011
Com Edil

Realização

USP
Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras
de Ribeirão Preto

unesp
Faculdade de História, Direito e Serviço
Social de Franca

**SINDICATO DOS TRABALHADORES NAS INDÚSTRIAS DE
CALÇADOS E VESTUÁRIO DE FRANCA E REGIÃO
FILADO A
CUT**

BRASIL
UM PAÍS DE TODOS

Ministério da Saúde - área técnica de saúde do trabalhador

Apoio

**MINISTÉRIO
DA SAÚDE**

FUNDACENTRO
FUNDACENTRO
FUNDACENTRO

Pró-reitoria de Cultura e Extensão - USP
Pró-reitoria de Extensão - UNESP
Centro de Planejamento e Extensão Universitária em Serviço Social
Programa de Pós-graduação em Serviço Social - UNESP - Franca

Local

Salão nobre da UNESP - Campus de Franca
Rua Major Claudiano, 1488
Franca SP

**IV Seminário de
Saúde do Trabalhador
de Franca**

Saúde não tem preço

**III Seminário
de Movimentos Sociais
e Cidadania**

12 a 15 de novembro de 2003



Programa

12 de novembro

14h00 - Curso de Difusão Cultural: Desenvolvimento Comunitário e Qualidade de Vida
Rita de Cássia Mendes (FUNEC)

13 de novembro

8h30 - solenidade de abertura
Hélio Borghi (Diretor da FDHSS/UNESP - Franca)
Gilmar Dominici (Prefeito Municipal de Franca)
Marco Antonio Perez (Ministério da Saúde)
Oswaldo Baffa Filho (Diretor da FFCLRP/USP)
Paulo Afonso Ribeiro (Sind. dos Sapateiros de Franca)
Américo Pizzo Jr. (Sind. das Indústrias de Calçados de Franca)
Luiz Carlos Vergara (Sec. Municipal da Saúde de Franca)
Coordenação: Mário José Filho (UNESP)

9h30 - mesa redonda

De que adoecem os trabalhadores da indústria de calçados?
Vera Lucia Navarro (USP)
Édio Voguel (Sind. dos Sapateiros e Curtumeiros de Ivori- RS)
Marco Aurélio Piacesi (Sec. Municipal da Saúde de Franca)
Milene Rodrigues (Sind. dos Trabalhadores das Indústrias de Calçados de Birigui - SP)
José Leonel de Souza (Sind. dos Sapateiros de Franca)
Coordenação: Eugênio Antonio Alves (Sind. dos Sapateiros de Franca)

14h00 - mesa redonda

Trabalho e saúde do trabalhador
Herval Pina Ribeiro (Escola de Saúde Pública USP)
Valquíria Padilha (UFSCAR)
Celso Amorim Salim (FUNDACENTRO)
Coordenação: Ubaldino Silveira (UNESP)

19h30 - Palestra (lançamento de livros)

A situação dos trabalhadores do Brasil no início do século XXI
Ricardo Antunes (UNICAMP)
Coordenação: Clara Lúcia de Aguiar (Sind. dos Sapateiros de Franca)

14 de novembro

9h00 - Palestra seguida de debate: Movimentos sociais e questão de gênero
Cláudia Mazzei Nogueira (PUC-SP)
Coordenação: Victalina Maria Pereira Di Gíami (UNESP)

14h00 - mesa redonda

As políticas de saúde do trabalhador no atual governo.
Marco Antonio Perez (Ministério da Saúde)
Francisco Antonio de Castro Lacaz (UNIFESP)
Marcos Artêmio Fischborn Ferreira (UNISC)
Coordenação: Vera Lucia Navarro (USP)

19h30 - mesa redonda

"Empresas, Sindicatos e Estado: o papel de cada um na prevenção à saúde do trabalhador"
Mário Teixeira (Ministério Público Estadual)
Jamil José Leonardi (Subdelegacia do Trabalho e do Emprego em Franca)
Paulo Afonso Ribeiro (Sindicato dos Sapateiros de Franca)
Américo Pizzo Jr. (Sindicato das Indústrias de Calçados de Franca)
Carlos Gilberto Kock (Sindicato de Novo Hamburgo RS)
Coordenação: José Walter Canoas

15 de novembro

9h00 - Sarau no Jardim Zelinda
Projeto Arte e Cidadania - Centro de Planejamento e Extensão Universitária em Serviço Social
Local: salão nobre da UNESP - Campus de Franca
Rua Major Claudiano, 1488
Franca-SP

IV Seminário de Saúde do Trabalhador de Franca
III Seminário de Movimentos Sociais e Cidadania

Ficha de Inscrição

Nome: _____
Instituição a qual pertence: _____
Função/cargo: _____
Cep: _____
Cidade: _____
Telefone: _____
e-mail: _____

ANEXO B – V Seminário de Saúde do Trabalhador de Franca

Objetivos: Este seminário, que reúne membros da comunidade acadêmica, de organismos governamentais e representantes de trabalhadores tem por objetivo apresentar e discutir questões relacionadas às condições de trabalho e à saúde do trabalhador que possam vir a auxiliar a elaboração de políticas sociais voltadas para esta área.

Público Alvo: Pesquisadores e estudantes que trabalham em linhas de pesquisa relacionadas ao tema TRABALHO, representantes sindicais, profissionais da área de saúde coletiva e demais interessados.

Inscrições: Podem ser feitas pessoalmente ou pelo telefone (16) 3723-1011 com Ilda ou Célia, das 9h00 às 12h00 e das 14h00 às 17h00 na sede do Sindicato dos Sapateiros, Rua Padre Anchieta, 2160 - Centro Franca-SP.

Taxa de inscrição: Não há.
Número de vagas: 300

IMPRESSO V Seminário de Saúde do Trabalhador de Franca

Realização

UNESP Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto

unesp Campus Franca Departamento de Serviço Social

65 ANOS 1940-2005

Sindicato dos Trabalhadores nas Indústrias de Calçados de Franca e Região

Quaviss GT Trabalho e Processos Organizados no Contemporaneidade da ANPEP - Associação Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Psicologia

Grupo de Estudos e Pesquisa sobre Saúde, Qualidade de Vida e Relações de Trabalho DSS/FHSS/UNESP-Franca

GETSAT Grupo de Estudos do Trabalho e Saúde do Trabalhador DEFE/FCR/UNESP

Departamento de Serviço Social da FHSS da UNESP/Franca

Apoio

unesp Pró-reitoria de Extensão da UNESP
Pró-reitoria de Cultura e Extensão

UNESP Pró-reitoria de Cultura e Extensão

Secretaria Municipal de Saúde (SMS) Franca/SP

Centro de Referência de Saúde do Trabalhador - Franca/SP
RENAST - Rede Nacional de Saúde do Trabalhador
Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da UNESP/Franca

Local

Salão Nobre da UNESP
Campus de Franca
Rua Major Claudiano, 1488 - Franca - SP

SEMINÁRIO DE SAÚDE DO TRABALHADOR DE FRANCA

Saúde não se negocia - garante-se

19 a 21 de setembro de 2006
UNESP - Franca/SP

Programa

Dia 19 de setembro - terça-feira

- ✓ **Manhã e tarde** - oficinas de trabalho

Dia 20 de setembro - quarta-feira

- ✓ **Manhã**
- 8h30** - Cerimônia de abertura
- Ivan Manoel, Diretor da Faculdade de História, Direito e Serviço Social da UNESP/Franca
- Francisco de Assis Leone, Diretor da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, da USP
- Paulo Afonso Ribeiro, Presidente do Sindicato dos Trabalhadores nas Indústrias de Calçados e Vestuários de Franca e Região.
- Alexandre Augusto Ferreira, Secretário Municipal da Saúde de Franca
- Coordenador: José Walter Camoas

9h30 - Palestra de abertura : "A construção da área da saúde do trabalhador no Brasil"

- Palestrante: Francisco Antonio de Castro Lacaz (UNIFESP)
- Coordenador: Ubaldino Silveira (UNESP)

✓ Tarde

- 14h00** - Mesa redonda: As políticas de saúde do trabalhador no Brasil: avanços, dilemas e os novos desafios
- Marco Antônio Gomes Pérez - (COSAT/Ministério da Saúde)
- David Braga - Secretaria Estadual de Saúde - Área de Saúde do Trabalhador
- Fernando Luiz Baldoch (CRST/Franca)
- Peçida Serrva Vazquez (NEIM/UFBA)
- Coordenadora: Vera Lucia Navarro (USP)

✓ Noite

- 7h30** - Mesa redonda: A saúde do trabalhador e o papel dos sindicatos
- Expositores:
- Stênio Dias Pinto Rodrigues (GHC- GGP - CEPPIR - CEPPAM)
- Pérsio Dutra - Peninha (SINDPD - DIESAT)
- Eugênio Antonio Alves (STICV Franca)
- Coordenador: José Leonel Silva (STICV Franca)

Dia 21 de setembro - quinta-feira

✓ Manhã

- 8h30** - Mesa redonda: Trabalho e Saúde do Trabalhador no contexto da reestruturação produtiva
- Expositores:
- Vera Lucia Navarro (USP)
- Ricardo Lara (UNESP)
- Edvânia Ângela de Souza Lourenço (UNESP)
- Coordenador: Eugênio Antonio Alves (STICV Franca)

✓ Tarde

- 14h00** - Mesa redonda: "A vigilância e as ações em saúde do trabalhador"
- Expositores:
- Aparício Querino Salomão - Ministério Público do Trabalho
- Jamil Leonardi - Delegacia Regional do Trabalho de Franca
- Rosemeire Scopinho (UFSCar)
- Coordenadora: Íris Fenner Bertani (UNESP)

✓ Noite

- 19h00** - Palestra de encerramento:
- "As doenças do trabalho contemporâneas e os desafios para os sindicatos dos trabalhadores" e lançamento do livro "O juiz sem a toga: um estudo da percepção dos juizes sobre trabalho, saúde e democracia no Judiciário"
- Palestrante e autor do livro: Herval Pina Ribeiro (UNIFESP)
- Coordenadores: Vera Lucia Navarro (USP)
- Eugênio Antonio Alves (STICV Franca)

Ficha de Inscrição

V Seminário de Saúde do Trabalhador de Franca

Saúde não se negocia - garante-se

(esta informação servirá para emissão do certificado de participação)

Nome Completo, em letra de forma: _____

Instituição a que está vinculado: _____

End: _____

Cep: _____

Cidade: _____

UF: _____

Telefone: (_____) e-mail: _____

ANEXO C- Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da FHDSS da UNESP



PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL COMISSÃO DE ÉTICA EM PESQUISA

PARECER

O projeto intitulado SAÚDE DO TRABALHADOR: DE QUEM É ESSA RESPONSABILIDADE ? encaminhado pela doutoranda Edvânia Ângela de Souza Lourenço RG 22972042-0, trata de estabelecer as vinculações teórico-práticas observadas na experiência profissional da autora como assistente social no campo da Saúde Pública no Centro de Referência da Saúde do Trabalhador – CRST – regional Franca. O estudo está programado para se efetuar por meio de análise da documentação disponível sobre acidentes de trabalho ocorridos e notificados nos anos de 2005, 2006 e 2007. Numa segunda etapa serão realizadas entrevistas com gestores e profissionais, trabalhadores na referida instituição, após manifestarem seu consentimento em prestar a informação solicitada, conforme documento - Consentimento Livre e Esclarecido – determinado pela resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996 do Conselho Nacional de Saúde.

Ressalte-se que o estudo vem contribuir significativamente para a academia e à Instituição de Saúde onde será realizado, e também para a elaboração de novos trabalhos que focalizem o aspecto preventivo ou mesmo o de controle dos fatores relacionados às doenças ocupacionais e acidentes de trabalho.

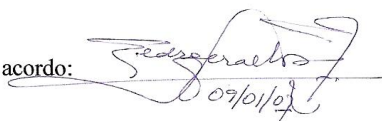
Pelo acima disposto, é nosso parecer que o estudo é legítimo e obedece aos padrões éticos para pesquisa em humanos, podendo ser considerado aprovado.



Prof.ª.Dra. Iris Fenner Bertani

Orientadora

De acordo:



Prof. Dr. Pedro Geraldo Tosi
Vice-Presidente da Comissão de Ética em Pesquisa
Faculdade de História, Direito e Serviço Social
UNESP - Campus de Franca