

**UNIVERSIDADE TECNOLÓGICA FEDERAL DO PARANÁ
DEPARTAMENTO ACADÊMICO DE GESTÃO E ECONOMIA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO PÚBLICA MUNICIPAL**

PATRÍCIA COSTA

**SAÚDE DO TRABALHADOR: ESTUDO DE CASO
MONOGRAFIA DE ESPECIALIZAÇÃO**

São José Dos Campos - SP

2014

PATRÍCIA COSTA

SAÚDE DO TRABALHADOR: ESTUDO DE CASO

Monografia de Especialização apresentada ao Departamento Acadêmico de GESTÃO E ECONOMIA CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO PÚBLICA MUNICIPAL, da Universidade Tecnológica Federal do Paraná como requisito parcial para obtenção do título de “Especialista em Gestão Pública Municipal”.
Orientador: Prof^a. Dr^a. Ana Paula Myszczyk.

São José dos Campos - SP

2014

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por ter me dado forças, discernimento, para seguir em frente e pela possibilidade da realização deste trabalho. Em muitos momentos Ele esteve comigo, concretamente.

Agradeço à UTFPR pela disponibilização do Curso de Especialização em Gestão Pública e pela oportunidade oferecida em promover e construir conhecimento por outros olhares, outras cores e ainda, pela oportunidade que me ofereceu de fazer novas amizades.

Agradeço a minha amiga Cidinha Borges porque me incentivou desde o início a fazer e continuar o curso, com respaldo na sua inteligência e compartilhando a sua experiência.

Agradecimentos à Sandra Maria Carvalho e Laís Mamede que me apoiaram nos momentos mais sensíveis do Curso. Obrigada pela parceria.

Agradeço de forma especial a minha orientadora, Professora Doutora Ana Paula Myszczyk, por ter me ouvido gentilmente e acreditado na ideia e elaborado a possibilidade do desenvolvimento deste TCC.

No momento póstumo, agradeço à banca examinadora que no conjunto dos Examinadores me demonstrou cabalmente, com humildade e prática, que a produção de conhecimento é um ato coletivo, inclusive nas suas manifestações contrárias.

Dedico este trabalho a Lúcia Gurgel, que me deu a base em sobre saúde do trabalhador e me mostrou o ser humano dentro e antes do trabalhador e ao meu filho Leonardo, que sempre me ampara perguntando se está tudo bem!

RESUMO

COSTA, Patrícia. Saúde do Trabalhador: estudo de caso. 2014. Monografia para obtenção de Especialista em Gestão Pública Municipal - Programa de Pós-Graduação em Tecnologia, Centro Federal de Educação Tecnológica do Paraná. São José dos Campos, 2014.

A saúde do trabalhador foi elevada ao patamar constitucional com garantia fundamental como direito à saúde, pois faz parte do Sistema Único de Saúde, que é regido pelos princípios da universalidade, integralidade, igualitário e com controle social, com organização hierarquizada e descentralizada. Por isso é uma política pública que visa garantir o direito à dignidade humana por meio do exercício de cidadania, oferecido pelas políticas públicas. São José dos Campos é um município com parque industrial e de serviços (sendo este predominante) formado, que demanda pelo atendimento com ações e serviços em saúde do trabalhador na forma de políticas públicas. O objetivo do trabalho é identificar se houve implementação das políticas públicas em Saúde do Trabalhador -ST- no município, no período de 1996 a 2014 considerando a sólida retaguarda de uma Política Nacional de Saúde e Segurança no Trabalho. O marco da análise é a existência de novo referencial teórico e metodológico adotado pelo Brasil para elaboração de políticas públicas em ST desde os anos 90 e que tem como central o conhecimento e a participação dos trabalhadores para identificação dos riscos à saúde no ambiente de trabalho, assim como a melhor forma de intervenção para melhoria destas condições de trabalho. A metodologia utilizada é de análise da fala do profissional do centro de referência em saúde ocupacional e dos dados colhidos de número de atendimentos do município e a confrontação com a literatura produzida pelos profissionais envolvidos na área de ST publicadas na Revista Brasileira de Saúde Ocupacional com as diretrizes elaboradas em Vigilância de Saúde do Trabalhador para implementação de controle social, promoção e atenção integral à saúde do trabalhador e sua reabilitação, além da produção de conhecimento para fomentar a avaliação e elaboração das políticas públicas em ST. Os resultados obtidos informam que há demanda no município em ST, mas que não é priorizada pela Administração Municipal.

Palavras-chaves: saúde do trabalhador; controle social; políticas públicas em saúde do trabalhador.

ABSTRACT

The workers' health was raised to the constitutional level with a fundamental guarantee as a right to health because it is part of the Unified Health System, which is ruled by the principles of universality, integrality, equality, with social control and with a hierarchal and decentralized organization. So it is a public policy that aims to ensure the right to dignity through the exercise of citizenship offered by the public policies. São José dos Campos is a city with an industrial and services park (this one the predominant) formed, which ask for care with services and actions in workers' health in the form of public policies. The objective of this paper is to identify weather there was an implementation of public policies in workers' health (WH) in the city, in the period from 1996 to 2014 given the strong rearguard of a National Policy on Health and Safety at Work. The framework of the analysis is the existence of a new theoretical and methodological referential adopted by Brazil for the development of public policies in WH since the 90s and has focus in the knowledge and participation of the workers to help identify health risks in the workplace, as well the best way to improve the working conditions. The methodology used is based on the analysis of the speech of a professional from the referral center for occupational health, the data collect from consultations in the city and the comparison with the literature produced by professional involved in the WH area that were published in the Revista Brasileira de Saúde Ocupacional with guidelines elaborated by the workers Health Surveillance, for implementation of social control, promotion and integral attention to WH and its' rehabilitation, besides the production of knowledge to promote the evaluation and development of public policies in WH. The results reported that there is a demand in the city for WH, but is not prioritized by the Municipal Administration.

Keywords: worker health, social control; public policies in worker health.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	8
2. PROPOSTA DE PESQUISA	14
2.1 TEMA.....	14
2.1.1 CONTEXTO DA REESTRUTURAÇÃO PRODUTIVA NO BRASIL (1980-2000)	15
2.2 PROBLEMA	22
2.3 JUSTIFICATIVA	26
2.4 OBJETIVOS.....	28
2.4.1 OBJETIVO GERAL	28
2.4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	28
2.5 METODOLOGIA	29
3. POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE DO TRABALHADOR NO BRASIL.....	31
3.1 O QUE É SAÚDE DO TRABALHADOR?	31
3.2 CONTROLE SOCIAL	33
3.2.1 ATORES SOCIAIS NA FORMAÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE DO TRABALHADOR	37
3.3 A CRIAÇÃO DA RENAST EM 2002.....	39
3.4 A VIGILÂNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR.....	40
3.5 A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR E DA TRABALHADORA	41
4. ESTUDO DE CASO: DISCUSSÃO E RESULTADOS.....	48
4.1 ANÁLISE DA ENTREVISTA COM A MÉDICA DO TRABALHO DO CRESO DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS	48
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	59
REFERÊNCIAS	65

1. INTRODUÇÃO

No Brasil, desde a promulgação da Constituição Cidadã, o direito à saúde é uma garantia de direito fundamental, que promove de forma contígua a cidadania, com base no princípio fundamental da garantia da dignidade humana.

Assim, os princípios filosóficos do Sistema Único de Saúde confirmam o papel do Estado como responsável por condições dignas de saúde para o povo e para o trabalhador. Traz também a grande novidade que é o indivíduo que participa do processo de decisão política sobre alocação de recursos e bens públicos.

Em 1990 foi promulgada a Lei Orgânica da Saúde, que é um reflexo as lutas da reforma sanitária no país que teve início nos anos 70, que passou por construções ideológicas e metodológicas, sempre discutidas de forma democrática, com formulações que vieram dos grandes encontros nacionais de saúde, onde participaram os movimentos sociais, de bairro, sindicatos e associações religiosas, filantrópicas e outras com objetivos afins, correlatos. Isto tudo muito mais intenso na década de 80 com a luta social pela redemocratização do país.

Neste momento, os paradigmas teóricos e metodológicos em Saúde do Trabalhador – ST – também mudaram. A visão clássica da Medicina do Trabalho que consistia em trazer o médico para dentro da fábrica para tratar do trabalhador doente sem inquirir sobre as causas do adoecimento e a visão do trabalho pela Saúde Ocupacional, que tratava as situações de exposição a fatores de riscos químicos, físicos e biológicos somente, também em perquirir em que condições os trabalhadores adoeciam, no âmbito do Estado, estavam sendo superadas.

O Movimento Operário Italiano, onde o saber do trabalhador é privilegiado na identificação de problemas e construção de estratégias para defesa da integridade física em seu todo e a influência da Medicina Social Latinoamericana mudaram o curso das políticas públicas em ST.

Assim, entrando na década de 90 o município de São José dos Campos experimentou em 1993 um avanço na área de saúde do trabalhador. Este avanço correspondeu às expectativas da sociedade que se reorganizava sob o manto da democracia que se pretendia alcançar com o Estado Democrático de Direito.

Foi realizado concurso público à época no município para que se formasse uma equipe que daria atenção integral à saúde do trabalhador e assim foi feito.

Caracteristicamente, os sindicatos e o movimento social fizeram parte da estruturação do que passou a se chamar Centro de Referência em Saúde do Trabalhador – CEREST, privilegiando o conquistado controle social nas políticas públicas em saúde.

Os sindicatos tinham papel importante na formatação do Cerest, pois as demandas também eram trazidas de forma organizadas pelas entidades de classe que permitiam com o que Cerest pudesse desempenhar seu papel original. O Cerest é um conjunto de serviços especializados no atendimento à saúde do trabalhador e tem como principal objetivo a implantação da atenção integrada a ST no SUS.

Com isto, a estrutura de atendimento à ST no município de São José dos Campos foi montada e funcionou plenamente, com forte intervenção no meio ambiente de trabalho, até 1996, quando foi eleito outro Executivo municipal, que claramente tinha uma visão diferente da condição intervenção do Estado na organização da sociedade, em especial em ST.

O tema está intimamente ligado com o desenvolvimento local, justificando-se pelo fato de que São José dos Campos tinha o caráter de uma cidade industriária, o que mudou pela configuração do mercado de trabalho joseense. Com a globalização e sucessivas crises do capital financeiro, o setor industrial de transformação modificou. Pelo fracionamento de suas empresas possibilitado pela globalização, o parque industrial diminuiu e o setor de serviços aumentou. Mas, esta realidade desde os anos 90 até hoje, independentemente do perfil produtivo do município hoje, dentro do processo de reestruturação produtiva por qual o Brasil passou, tal qual o capitalismo central, trouxe consequências à classe trabalhadora. São inúmeros os trabalhos que falam sobre isso e, no Brasil, a produção acadêmica foi intensa, com forte influência na formação de políticas públicas para o setor de ST.

As últimas publicações analisando os dados do mercado de trabalho formal foram produzidos e disponibilizados publicamente até março de 2011 para a Região Metropolitana de São Paulo, tendo como base dados federais colhidos pelo CAGED/MTE (Cadastro Geral de Empregados e Desempregados/Ministério do Trabalho e EMPREGO. Para os dados municipais, o *site* do SEADE – Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados, foi possível levantar dados para a cidade de São José dos Campos atualizados, para o terceiro trimestre de 2014, não completos, pois trata-se somente do mercado formal de trabalho. Com esta pesquisa foi possível observar que São José dos Campos passou de uma cidade industriária para uma cidade de serviços. Isto tem impacto na PEA – População Economicamente Ativa – da cidade e no sistema de saúde, pois, uma vez sem os benefícios do contrato de trabalho formal, que

não raras vezes é o pagamento subsidiado de um plano de saúde básico, local, precarizado na forma de atendimento de média e alta complexidade, esta população que está doente, bem como seus dependentes economicamente, necessitam do atendimento na rede pública de saúde.

São José dos Campos conta com aproximadamente com 639 mil habitantes, cerca de 27,9% da população do Leste do Estado de São Paulo, com taxa de crescimento de 2,3%, superior à do Estado de São Paulo (1,8%) (SÃO PAULO, 2011). Sua base produtiva continua sendo de aplicação de tecnologia, porém com tecnologias de organização do trabalho que poupam força de trabalho. Ainda assim, o setor que mais cresceu no ano de 2014, mais que o setor da indústria de transformação, foi o setor de serviços. Esta é a base produtiva e o perfil econômico de São José dos Campos na análise do SEADE (SÃO PAULO, 2011).

Analisando estas circunstâncias, aliadas as recentes pesquisas do mesmo instituto, ao se pensar em saúde da população, leva-nos a uma reflexão: como seria o adoecimento desta população que trabalha em São José dos Campos, estando claro o aperfeiçoamento e a agregação de valores proporcionado pelas “tecnologias” da base produtiva da cidade?

O problema observado é que com toda a retaguarda acadêmica e jurídica existentes configuradas na intensa elaboração de políticas públicas a partir da Constituição Federal de 1988, a promulgação da Lei Orgânica da Saúde 8080/90, a criação da CIST – Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador-, as conferências nacionais de saúde do trabalhador em 1986, 1994 e 2005, a criação pela Portaria 3120/98/MS da Vigilância em Saúde do Trabalhador, a elaboração da Rede Nacional de Saúde do Trabalhador constituída pelos Cerests, a política em ST em São José dos Campos não acompanha esta realidade.

O trabalho tem como objetivo caracterizar porque o município de São José dos Campos não implementou as políticas públicas formuladas pelo governo federal na área de saúde do trabalhador e para isto verificou-se se há alguma política no setor atualmente, quais são os atendimentos específicos realizados no período de 1996-2014, quais são as condições de recursos humanos e capacitação, de atendimento à população quanto aos equipamentos públicos, para se tentar propor melhorias no trato da questão de saúde do trabalhador.

Esta reflexão nos direciona para as análises das novas tecnologias na organização do trabalho que, resumidamente, trataremos no estudo como reestruturação produtiva (terceirização, polivalência de funções, desregulamentações das leis trabalhistas e privatização).

Com este pensamento foi analisado o campo da construção da Saúde do Trabalhador – ST – no presente trabalho. Nos anos 80 houve uma forte organização social no Brasil em busca da redemocratização do país, com diversos movimentos, destacando para o estudo os Movimentos da Reforma Sanitária Brasileira (com ênfase na 8ª Conferência Nacional de Saúde que deu as bases para a construção do sistema único de saúde na Constituição Federal de 1988) e no Movimento Sindical (reorganização dos sindicatos e grande poder reivindicatório, com a gênese nas organizações em comunidades de bairro). Ambos movimentos foram os norteadores da elaboração de políticas públicas em saúde do trabalhador e trabalhadora, tendo o homem como centro e destinatário da construção, buscando seu bem estar biopsicossocial, com ênfase na participação dos trabalhadores por meio de suas representações sindicais e dos movimentos sociais (controle social), que seria consagrado na Constituição Cidadã de 1988 que tem como maior objetivo promover a dignidade humana com mecanismos de acesso a bens e serviços públicos essenciais (transporte, saúde, educação, habitação, lazer) sob a responsabilidade do Estado.

A partir da construção do SUS – Sistema Único de Saúde -, a ST teve um papel de destaque, consagrado na Constituição Federal e essa dinâmica foi institucionalizada no município de São José dos Campos, dentro da ótica da construção do Bem Estar Social no Estado Democrático de Direito, com a criação, implementação mínima do atendimento integral à saúde do trabalhador, desde o acolhimento do trabalhador, identificação do agravo, notificação do agravo, orientação e tratamento, pesquisas com levantamentos no nível epidemiológicos das condições de trabalho, reabilitação ao trabalho e com controle social formalizado nas CIST – Comissões Inter-setoriais de Saúde do Trabalhador, que em São José dos Campos se fixou nos CGU – Conselhos Gestores de Unidade, ainda fragmentado, que não chegou a formar efetivamente uma CIST, mas que dava a dinâmica de atuação do CEREST – Centro de Referência em Saúde do Trabalhador.

Esta dinâmica se deu numa administração pública municipal que tinha, à época, um projeto de desenvolvimento com participação social e forte intervenção do Estado para materialização das condições mínimas civilizatórias, em todos os aspectos, denominados Direitos Sociais e garantias fundamentais na nova Constituição da República, de 1988.

Com o afastamento pelas urnas deste projeto, a nova Administração municipal, notadamente com outro perfil ideológico e político, por ter um projeto neoliberal de concepção de Estado e desenvolvimento de políticas públicas, modificou esta realidade desmontando todo o equipamento (que até então estava em consolidação e construção) de

atendimento à saúde do trabalhador e diluindo-o nos serviços de atenção básica à saúde, sem qualquer tipo de tratamento diferenciado área de ST. Isto ocorreu a partir de 1996.

Observou-se nas pesquisas que neste período houve uma produção legislação, de regramento da área de saúde do trabalhador e de construção de políticas públicas em saúde, especialmente em saúde do trabalhador, por meio de mecanismos institucionalizados como as Conferências Nacionais de Saúde e no objeto específico do estudo, as Conferências Nacionais de Saúde (1ª, 2ª e 3ª CNS) que, sendo políticas públicas federais, dentro do esquema de organização do SUS de descentralização e regionalização com financiamento dependente e autônomo, não foram incorporadas pela gestão pública do município de São José dos Campos.

Não houve a aplicação e a implementação com controle social destas políticas.

As representações sindicais dos trabalhadores são essenciais na elaboração, implementação e avaliação das políticas públicas em ST, mas para a proposta do trabalho esta questão foi enfatizada somente como controle social, não se aprofundou nas razões do enfraquecimento da presença dos trabalhadores, pois o que se procura investigar é porquê a administração pública não implementou as resoluções federais quanto à agenda em saúde do trabalhador, sendo este um ponto central.

A primeira coisa que tem que se ter em mente ao ler este trabalhador é que o Sistema Único de Saúde é regido pelos princípios da universalidade, integralidade, equidade, e construído de forma hierarquizado e regionalizado e que, portanto, deve atender a todos que se dirigirem ao serviço. Em saúde do trabalhador, o SUS deve atender a todos os trabalhadores no mercado de trabalho, informais, formais, autônomos... a todos os seres humanos que vivem da sua força de trabalho no território brasileiro, para lhes serem aplicados os princípios e diretrizes da Política Nacional de Saúde do Trabalhador, gestada na 8ª Conferência Nacional de Saúde (17 a 21/03/1986) e exigida, aprimorada, na 1ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador (1986). Ou seja, o SUS tem o papel de prestar ações e serviços para promoção de saúde, prevenção a agravos, cura e reabilitação a todos os que estão em território brasileiro e em ST, a regra é a mesma.

Na primeira parte é apresentada a proposta de pesquisa aprofundando a questão do adoecimento dos trabalhadores a partir da reestruturação produtiva e o resultado disto na vida dos trabalhadores e para a sociedade. Esta análise guarda consonância com o fato de que em políticas públicas em ST leva em consideração que a centralidade do trabalho e a inclusão na sociedade a partir do trabalho.

Na segunda parte temos uma análise do nível da elaboração de políticas públicas em ST no Brasil, sempre ressaltando o fato de que o SUS atende a população de forma universal, então, a ST é uma área específica de ações e serviços do sistema público de saúde, com funções, inclusive, de fiscalização e intervenção, de acordo com o Plano Nacional de Saúde e Segurança no Trabalho (BRASIL, 2011).

A terceira parte é um estudo de caso em São José dos Campos, onde a entrevista foi fragmentada e analisada a fala da entrevistada, a médica mais antiga do CRESO, e confrontada com o que já foi produzido na literatura específica em ST.

A quarta parte é conclusão, onde foi verificado que a figura do administrador municipal contrapõe-se ao homem político eleito para fazer a gestão dos recursos públicos, que age não no interesse da população que o elegeu e de suas necessidades por conta da questão ideológica que não admite a intervenção do Estado na sociedade, acreditando que o mercado regulará com sua “mão invisível” todas as situações.

Construir políticas públicas é construir um espaço de cidadania.

2. PROPOSTA DE PESQUISA

2.1 TEMA

O município de São José dos Campos, Estado de São Paulo, é desenvolvido economicamente, tendo uma População Economicamente Ativa – PEA - formada e bem delimitada, com um mercado de trabalho que se espelha em formação à região metropolitana de São Paulo.

Segundo pesquisa publicada do SÃO PAULO (2011, pág.6), em análise de dados:

Na calha do Vale do Rio Paraíba do Sul, ao longo da Rodovia Presidente Dutra, existe um eixo dinâmico com municípios fortemente industrializados e com complexa infraestrutura urbana. Grandes unidades industriais foram implantadas nessa região, com destaque para empresas ligadas aos setores petroquímico, automobilístico, de telecomunicações, químico, bélico, farmacêutico, veterinário e, sobretudo, o aeronáutico. Este último inclui a Empresa Brasileira de Aeronáutica – Embraer e todo o cluster aeronáutico e aeroespacial, cuja produção constitui um dos principais itens da pauta de exportações do país. Disso decorre que a estrutura industrial predominante da região é intensiva em capital e tecnologia. A dinâmica industrial desse eixo é diversificada e determinada pela presença de alguns importantes municípios, com destaque para a indústria de material de transporte em Taubaté, a metalúrgica em Pindamonhangaba, a de bebidas em Jacareí e a de alimentos em Caçapava. No entanto, a presença da Embraer e da refinaria da Petrobras, entre outras, faz do município de São José dos Campos o mais importante na geração do valor adicionado industrial. O complexo industrial do município-polo destaca-se no cenário nacional pelo forte desempenho nos seguintes setores e suas respectivas cadeias produtivas: automotivo; telecomunicações; aeroespacial e defesa; químico; e petróleo.

A importância e dinamismo econômico dessa região têm atraído fortes investimentos em toda a cadeia produtiva regional, reafirmando seu papel de polo industrial no contexto estadual e melhoria da infraestrutura de logística.

As indústrias em São José dos Campos, notadamente as de montagem automotiva, eletro-eletrônica, petrolífera, química e de aeronáutica existem mantendo encadeamentos para trás e para frente na estrutura produtiva tendo em volta delas as empresas terceirizadas, atendendo ao modelo da globalização econômica e racionalidade da reestruturação produtiva, empregando parte da PEA, com todos os problemas advindos da adaptação brasileira, ou seja, precarização dos salários, das condições ambientais laborais e o enfraquecimento da representação de classes daqueles trabalhadores, tanto da força de trabalho direta quanto a

indireta ou terceirizados. Estas observações têm consequência quando se fala em saúde do trabalhador e o serviço oferecido pelo Sistema Único de Saúde – SUS.

2.1.1 CONTEXTO DA REESTRUTURAÇÃO PRODUTIVA NO BRASIL (1980-2000)

A partir de meados dos anos 70 e crescentemente durante os anos 80, a Terceira Revolução Industrial modificou o cenário mundial com inovações tecnológicas e organizacionais, mediante o esgotamento do modelo fordista de produção.

Diante da crise de acumulação do capital, houve uma reorganização para que se adaptassem as plantas produtivas às inovações e a globalização produziu a sustentação do capitalismo industrial mundial estabelecendo um novo paradigma de produção. A racionalização econômica fez surgir a reestruturação produtiva e provocou mudanças no processo de trabalho e, portanto, nos sistemas de relações de trabalho, desfigurando o mercado de trabalho tradicional e imprimindo-lhes características novas, impondo condições na correlação de forças entre o capital e o trabalho gerando desemprego, assumindo até então desconhecidas novas categorias para serem analisadas (DEDECCA, 2002).

Os novos sistemas de informações na qual se baseia a globalização econômica, derrubando barreiras como tempo e distância, primando sempre pela atualidade, permitindo o contato internacional e a troca de informações que permitiram que o capital transitar livremente em busca de sua valorização. A globalização caracteriza-se “por uma forte interpenetração patrimonial através de fusões e aquisições internacionais e elevados fluxos de investimentos diretos das grandes empresas dos países industrializados” (COUTINHO, CAMARGO e BALTAR, 1999).

Isto proporcionou um processo de blocos comerciais econômicos regionais, restringindo-se aos mercados competitivos norte-americano e europeu, excluindo os países latino-americanos, especialmente o Brasil levando à estagnação econômica que desde a década 80 não possibilitou a perseguição de um modelo acabado de inserção do país na economia internacional, provocando também, por viés, uma restrição de inserção no mercado externo.

Neste quadro iniciou-se a reestruturação produtiva no Brasil nos anos 90, como necessidade reflexa da reorganização dos mercados e a nova ordem da divisão internacional do trabalho.

A reação foi a implantação “à brasileira” das técnicas da reestruturação produtiva que teve impacto direto na organização dos trabalhadores, bem como na saúde no ambiente do trabalho.

A reestruturação produtiva tem como seu eixo a flexibilidade da produção e isto engloba os fatores da produção como matéria-prima, força de trabalho e salários. A flexibilidade garante que o capital possa se adequar à realidade do mercado de consumo, à demanda, orientando suas linhas de produção ao momento econômico e ao gosto dos consumidores, ora tornando mais veloz a entrada de produtos, ora segurando a produção para não obter estoques, que representam perda de dinheiro. A lógica da reestruturação produtiva é produzir mais com menos. Menos tempo, menos empregados e, portanto, menos salários, tudo com objetivo de incrementar os lucros.

Esta dinâmica tem representado na vida dos trabalhadores, no Brasil e no mundo, adoecimentos físico e mental, que são absorvidos pelo poder público nas ações e serviços de saúde implementados pelo SUS nos municípios. Esta demanda de trabalhadores doentes, e boa parte das vezes, desempregados involuntariamente, ou seja, “demitidos”, acaba se escoando no atendimento público de saúde mantido pelo município.

Na bibliografia analisada, que se limitou aos artigos em revistas especializadas em saúde pública e saúde ocupacional, não se viu a discussão separada. O adoecimento acomete o trabalhador empregado, e quando dispensado do emprego, doente, continua como um doente desempregado. Esta tem sido a dinâmica no mercado do trabalho como o adoecimento que tem sua causa, o nexó, no trabalho desenvolvido.

A magnitude do problema alcança a compreensão de que saúde do trabalhador é problema de saúde pública, e como tal, deve ter políticas públicas de intervenção, controle, promoção de saúde e prevenção de agravos à saúde, no ambiente laboral.

Existem doenças que acometem os trabalhadores no Brasil, no mercado formal e informal, que estão disseminadas no mundo inteiro. São fruto da reestruturação produtiva, da forma como o capital vem se organizando para maximizar seus lucros, sendo fenômeno reconhecido como epidemiológico na Austrália, no Japão, nos Estados Unidos, no Canadá e na Europa. No Brasil, de acordo com o modelo de desenvolvimento e capitalismo tardio, estas doenças vieram a se aportar nestas terras e ser visualizadas como do trabalho a partir dos anos 80. Inicialmente, temos as LER/DORT e em segundo momento, com o acirramento da globalização e os novos parâmetros de organização do processo de trabalho, tem tido

relevância a saúde mental do trabalhador, que não raras vezes está relacionado com os quadros de adoecimento do trabalho (SELIGMANN-SILVA, 2010).

Segundo OLIVEIRA (2001, cap.3)

As LER/DORT, por definição, são um fenômeno relacionado ao trabalho, caracterizado pela ocorrência de vários sintomas, concomitantes ou não, tais como, dor, parestesia, sensação de peso, fadiga, de aparecimento insidioso geralmente nos membros superiores, pescoço e/ou membros. Frequentemente são causa de incapacidade laboral temporária ou permanente. São resultado da superutilização das estruturas anatômicas do sistema músculo-esquelético e da falta de tempo de sua recuperação.

As LER/DORT são doenças relacionadas ao músculo e esqueleto, bastante democráticas, não escolhendo profissões, bastando que estejam presentes as condições de repetitividade no desenvolver das tarefas laborativas, esforço físico concentrado sem pausa para descanso com finalidade de recuperação do uso das estruturas utilizadas na tarefa, intenso ritmo de trabalho procurando evitar tempos ociosos entre uma tarefa e outra, exigência de produtividade e tarefas monótonas, onde o trabalhador não pode exercitar seu espírito criativo.

O Ministério da Saúde define um protocolo de diagnóstico e tratamento para as LER/DORT, tendo a doença a definição oferecida pela médica do trabalho Maria Maeno em publicação pela Área Técnica de Saúde do Trabalhador do Ministério do Trabalho (BRASIL, 2001, p.7):

Lesões por Esforços Repetitivos (LER)/ Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (DORT): termo abrangente que se refere aos distúrbios ou doenças do sistema músculo-esquelético, principalmente de pescoço e membros superiores, relacionados, comprovadamente ou não, ao trabalho.

São um grupo heterogêneo de distúrbios funcionais e/ou orgânicos que apresentam, entre outras, as seguintes características:

- indução por fadiga neuromuscular causada por: trabalho realizado em posição fixa (trabalho estático) ou com movimentos repetitivos, principalmente de membros superiores; falta de tempo de recuperação pós-contração e fadiga (falta de flexibilidade de tempo, ritmo elevado de trabalho);
- quadro clínico variado incluindo queixas de dor, formigamento, dormência, choque, peso e fadiga precoce;
- presença de entidades ortopédicas definidas como: tendinite, tenossinovite, sinovite, peritendinite, em particular de ombros, cotovelos, punhos e mãos;
- epicondilite, tenossinovite estenosante (De Quervain), dedo em gatilho, cisto, síndrome do túnel do carpo, síndrome do túnel ulnar (nível de cotovelo), síndrome do pronador redondo, síndrome do desfiladeiro torácico, síndrome cervical ou radiculopatia cervical, neurite digital, entre outras;
- presença de quadros em que as repercussões são mais extensas ou
- generalizadas: síndrome miofascial, mialgia, síndrome da tensão do pescoço, distrofia simpático-reflexa/ síndrome complexa de dor regional.

Analisando o mundo contemporâneo do trabalho e a saúde mental do trabalhador, SELIGMANN-SILVA *et al.* (2010, p.187) chega-se à conclusão que os fatores de adoecimento mental no trabalho têm diversas fontes, o que se justifica o controle destas fontes possíveis, que compreende um complexo de fatores que associados, podem gerar o quadro de adoecimento mental. Ainda, confirmando a hipótese de que o trabalhador adoecido pelo trabalho, ao ser dispensado, volta ao mercado de trabalho e não é possível nova colocação devido seu estado de saúde:

“A influência das características atuais do trabalho sobre a saúde mental dos trabalhadores pode decorrer de inúmeros fatores e situações, entre os quais, a exposição a agentes tóxicos, a altos níveis de ruídos, a situações de risco à integridade física, como, por exemplo, trabalho com compostos explosivos ou sujeitos a assaltos e sequestros, a formas de organização do trabalho e políticas de gerenciamento que desconsideram os limites físicos e psíquicos do trabalhador, impondo-lhe frequentemente a anulação de sua subjetividade para que a produção não seja prejudicada e as metas estabelecidas sejam cumpridas.

A separação entre os incluídos e excluídos também já não é tão nítida no contexto atual... a precarização [*do trabalho*] é um processo multidimensional que altera a vida dentro e fora do trabalho.”

Ainda, seguindo o artigo, identifica-se a precariedade objetiva do trabalho, que são os “bicos”, o trabalho informal, situações que levam o trabalhador e sua família a uma perda do poder aquisitivo considerável, alterando o padrão de vida.

Segundo SELIGMAN-SILVA *et al.* (2010, p.188), no Brasil, somente estão disponíveis dados de âmbito federal, pela Previdência Social, uma vez que é o único órgão até agora capaz de compilar estes dados pelas características dos afastamentos previdenciários, limitado porque diz respeito somente ao mercado de trabalho formal. O mercado informal, empregadas domésticas, profissionais liberais (autônomos) não sofrem o controle de seus afastamentos, mas de 2006 para 2007 evidenciou um aumento de reconhecimento de incapacidade ao trabalho de natureza acidentária devido à aplicação dos critérios de epidemiologia na ordem de 1157% com o diagnóstico de “transtornos mentais e comportamentais”. No Brasil, segundo a Organização Mundial da Saúde -OMS- os transtornos mentais chamados menores atingem 30% dos trabalhadores ocupados e os transtornos mentais graves, cerca de 5% a 10%.

Em relação às mudanças do processo produtivo e o impacto na saúde dos trabalhadores, esta discussão já avança desde os movimentos sociais de reforma sanitária dos anos 70 no Brasil, tendo como ápice a 8ª Conferência Nacional de Saúde (que ocorreu em

março de 1986), que idealizou e formulou o projeto de saúde pública com qualidade, equidade e universalidade para o Brasil, materializado na Constituição Federal de 1988 com a criação do sistema de saúde brasileiro, o SUS.

Especialmente a saúde do trabalhador, que teve como propulsores as escolas francesa e italiana com a análise de árvore de causas em acidentes do trabalho, a formulação de que o trabalhador é sujeito de seu trabalho e com os métodos de análise do ambiente de trabalho, com princípios que foram incorporados no sistema jurídico brasileiro de proteção à saúde do trabalhador na forma das Normas Regulamentadoras conhecidas como NR na Consolidação da Leis do Trabalho e na Constituição Federal.

Assim, a saúde do trabalhador veio tomando corpo, até a formação dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), estruturas municipais no sistema de saúde descentralizado para atendimento da demanda de saúde do trabalhador advindas do mercado de trabalho. Esta afirmação é importante, porque os trabalhadores empregados com contrato formal têm o respaldo da previdência social oficial, diferente dos outros trabalhadores avulsos, autônomos e informais do mercado de trabalho que dependem do SUS para o cuidado com a saúde.

Um exemplo clássico de como esta demanda acaba sendo absorvida pelo sistema de ações e promoção de saúde é o caso de uma grande montadora, multinacional, localizada no município. Devido à retração do consumo de carros no mercado internacional, teve que reduzir a produção e adaptá-la a outras formas de produzir, com redução também de empregados (não que isto signifique lucrar menos ou fabricar menos carros). Os terceirizados dentro desta fábrica, cerca de 5 mil trabalhadores, têm contratos de trabalho diferenciados dos da empregadora principal, com salários reduzidos e quase nenhum benefício social. Com a reestruturação na planta da fábrica, mais da metade será dispensado, terão seus contratos rescindidos.

Esta realidade pode ser comprovada pela atuação do sindicato da categoria profissional dos metalúrgicos da base territorial de São José dos Campos e Região, que abriu esta discussão com a empregadora a fim de proteger os empregados que desenvolveram doenças relacionadas ao trabalho como as LER/DORT, além das consequências das dispensas de acordo com matéria veiculada no jornal da categoria¹:

¹ Notícia acessada em 02 nov. 2014, no site <http://www.sindmetalsjc.org.br/imprensa/jornal-do-metalurgico/noticias/detalhe/1433/metalurgicos+farao+protesto+no+salao+do+automovel+participe.htm>

Emprego em queda

Ao contrário do que afirmam governo e montadoras, o nível de emprego na indústria automobilística está em queda.

Segundo o Dieese (subseção do Sindicato), entre setembro de 2013 e setembro de 2014, houve fechamento de 10,4 mil postos de trabalho no setor.

Na GM de São José, há 930 trabalhadores em lay-off desde setembro. Na planta de São Caetano, a montadora pretende demitir 200 e abrir lay-off para mais de 800.

Enquanto mães e pais de família perdem o emprego, as empresas continuam sendo beneficiadas com isenção fiscal e ajuda do governo.

“As empresas estão recebendo ajuda e, mesmo assim, seguem demitindo. A Dilma não pode permitir isso. É hora de cobrarmos medidas em favor dos trabalhadores”, afirma o secretário geral do Sindicato, Luiz Carlos Prates, o Mancha.”

Ainda, discutindo sobre a problemática do trabalhador emprego que é dispensado doente, comenta sua atuação e a impressão do trabalhador²:

O Departamento Jurídico do Sindicato conseguiu mais uma importante vitória para a categoria com a reintegração de dois metalúrgicos da GM.

Demitidos de forma irregular após as férias coletivas de dezembro de 2013, os companheiros Dimas Ananias Lopes e José Otto dos Santos foram reintegrados na última semana.

Trabalhador da Estamparia, José é portador de doença ocupacional nos pés e pernas. Ele chegou a passar por duas cirurgias e se afastou várias vezes pelo INSS com o auxílio B91.

Já o operador de ponteadeira Dimas Ananias adquiriu lesões nos joelhos, ombros e coluna após quase dez anos de trabalho na montadora.

Os dois voltam à GM em caráter liminar, em postos de trabalho compatíveis às suas lesões.

Esta é mais uma vitória contra as demissões arbitrárias da montadora.

“Meu processo ficou parado por meses, fiquei indignado e com medo de perder meu direito. Então, resolvi procurar o Sindicato e logo fui atendido pela advogada. Estou aliviado com a reintegração”, afirma Dimas.

Segundo o sindicato profissional da categoria desses trabalhadores, a maior parte dos dispensados sofrem de alguma doença relacionada ao trabalho, boa parte das vezes configurada nas lesões do músculo e esqueleto, tendo como carro chefe os problemas de colunas e as lesões de ombro e braços, doenças conhecidas como LER/DORT.

Estas lesões são um martírio na vida do trabalhador, pois são insidiosas, vão se instalando com o tempo e de difícil recuperação, com os microtraumas sofridos pelos processos de trabalho e exigências físicas e mentais do trabalho desenvolvido, quase sempre de caráter permanente e incapacitante da força de trabalho (BRASIL, 2001; SELIGMAN-SILVA *et al*, 2010, p.189).

Ou seja, uma vez “demitido” não conseguirá outra colocação estando doente.

² Acessada em 02 nov 2014 no site <http://www.sindmetalsjc.org.br/imprensa/jornal-do-metalurgico/noticias/detalhe/1432/sindicato+garante+reintegracoes+na+gm.htm>.

Esta demanda causa um exército de acidentados e doentes pelo trabalho que ninguém quer. Nem a empresa, nem a previdência, mas que mesmo assim aqueles continuam necessitando de tratamento. Quem lhes acolhe é o sistema de saúde do município, com todos os gastos gerados pela doença que, por sua vez, foi gerada por conta das condições ambientais em que se desenvolve o trabalho, como aquele entendido no mundo do trabalho e em saúde do trabalhador o termo é a denotação de todo trabalho prestado para garantir a sobrevivência.

Condições ambientais de trabalho é um conjunto de elementos, desde as condições físicas do local onde é prestado o trabalho, as condições de alimentação, do fornecimento da água potável, do *lay out* do espaço onde se desenvolve o trabalho, as condições de iluminação, as relações interpessoais horizontais e verticais no ambiente (hierarquização), a ergonomia, o ritmo do trabalho, quantidade exigida de produção diária, a jornada de trabalho, até outros fatores que compõem o mundo do trabalho, sendo várias e multidisciplinares as variáveis que são consideradas para o estudo ambiental do trabalho, incluindo a condição socioeconômica do trabalhador. Todas estas variáveis se inter-relacionam formando a saúde do trabalhador, que atinge grande massa da população e demanda por políticas públicas de controle deste ambiente, pois considera a ST na teoria da determinação social do processo saúde-doença e a filiação de parte dos autores que produzem conhecimento sobre o assunto à Medicina Social Latino-americana (LAURELL. NORIEGA, 1989; JUNIOR, 2004, p.234)

A condição de adoecimento no trabalho e de acidentes de trabalho representam um problema sério social, configurando-se em uma questão de saúde pública, pois atinge de forma democrática a população do mercado de trabalho, gerando ônus ao poder público que tem que gerir gastos para manter o atendimento da demanda porque o SUS é universal. Além do que, atinge uma esfera da vida em sociedade que traz outros desencadeamentos como, por exemplo, a evolução das doenças relacionadas ao trabalho e profissionais para outras doenças agora de origem mental, pois para o trabalhador culturalmente ficar doente “é não dar conta do serviço”, causando grande estresse e questionamentos familiares do tipo “é folgado, não gosta de trabalhar, vive doente”; a diminuição da renda familiar trazendo o empobrecimento; a questão da inserção social que na sociedade industrial e pós-industrial se dá por meio do trabalho dentro de uma ideologia neoliberal. Estar doente e não poder trabalhar significa estar excluído da sociedade, atinge a subjetividade do trabalhador e sua autoimagem. Além do que, o grau das lesões por acidentes de trabalho e doenças do trabalho, boa parte das vezes são de qualidade irreversíveis e incapacitantes (SELIGMAN-SILVA, 2011).

Como se vê, para discutir ST tem-se um esquema onde o Estado tem presença definitiva, devido à intersectorialidade do tema, onde os setores públicos devem se interagir, representados pelo Trabalho, pela Saúde e pela Previdência Social, mas o que temos hoje é que estes setores trabalham com lógicas diferentes, o que acaba por penalizar o trabalhador e não promover a efetividade das políticas de saúde do trabalhador (CHIAVEGATTO; ALGRANTI, 2013, p.25).

Dentro desta ótica, no padrão atual de racionalização de produção, a saúde do trabalho tem enfoque especial e tem que ser contemplado pelas políticas públicas em saúde, devido à quantidade de pessoas que atinge e o significado do trabalho na vida social. Segundo Gonzaguinha, “um homem se humilha se castram seu sonho, seu sonho é sua vida e vida é trabalho, e sem o seu trabalho um homem não tem honra, e sem a sua honra se morre, se mata. Não dá pra ser feliz.”

2.2 PROBLEMA

O atendimento em saúde do trabalhador é uma caminhada árdua para os profissionais que trabalham na área devido à dicotomia entre o público e o privado na montagem do sistema de serviço e ações em saúde, onde a municipalização tem como objetivo adequar o atendimento médico à realidade do ambiente social em que se vive, com todas as suas características que desafiam transversalmente o mundo do trabalho.

A dicotomia se dá por conta da compreensão e formação dos profissionais em saúde e higiene do trabalho, que têm na Medicina Ocupacional centrada na cura da doença, portanto numa visão de cunho individualista a forma de lidar com o problema, trazendo o médico do trabalho para dentro da empresa, denotando uma visão privada, individual do processo de doença. A Medicina Ocupacional clássica, surgida na Inglaterra da na metade do século XIX, com a Revolução Industrial, tem características de atendimento ao trabalhador como uma atividade médica praticada no local de trabalho, considerando os limites de tolerância e limites biológicos de exposição a agente e fatores de risco nivelando a adaptação do ambiente de trabalho ao homem à média dos trabalhadores, sem considerar os aspectos psicossociais, não tendo espaço para percepção e a subjetividade do trabalhador (JUNIOR, 2004, pág. 234). Essa visão gera um caldo de cultura social em pensar que o privado dá conta da questão de saúde no trabalho, porque entende-se que saúde do trabalhador diz respeito

apenas ao seu estado de saúde, uma visão da Medicina Ocupacional com forte cunho liberal (CREPOP, 2008: p.16-19), sem se advertir que o ambiente do trabalho pode determinar os adoecimentos. Segundo NARDI (1996 *apud* NARDI, 1997, p. 3)

Apesar de estar definida e normalizada em textos legais, a implantação de fato do modelo proposto para a saúde trabalhador – que deve surgir dos princípios da universalidade, equidade e integralidade, tendo como perspectiva o controle social das políticas e dos serviços de atenção à saúde dentro do Sistema Único de Saúde (SUS) – enfrenta a resistência dos setores hegemônicos da Medicina do Trabalho e da Saúde Ocupacional.... Tal confronto é característico desse momento de uma política de liberalismo econômico, e, portanto, de um Estado Mínimo (Vilça Mendes, 1993)... a Saúde do Trabalhador enfrenta as correntes da Medicina do Trabalho e da Saúde Ocupacional, que se beneficiam de uma intervenção estatal mínima ficando a relação capital-trabalho no campo da saúde sem a mediação direta do Estado.

A relevância é a condição do desenvolvimento do trabalho ser uma questão de saúde pública. O arcabouço jurídico nacional dá conta de determinar algumas proteções, onde o município não tem competência para legislar além, mas, concorrentemente, pode ser feito. A possibilidade de um controle em saúde do trabalhador por parte do município se torna viável, por ser matéria afeita ao direito à saúde e direito à dignidade da pessoa humana e porque as consequências de um adoecimento sem o adequado acompanhamento acabar por relegar a pessoa à margem da sociedade, gerando um grupo social excluído dos padrões de consumo que garantem a inserção social. E tudo isso tem um protagonista: os empregadores, que têm por obrigação oferecer um ambiente saudável em saúde.

O artigo 200 na Constituição Federal Brasileiro de 1988, a “Constituição Cidadã”, em seu artigo 200 define, especialmente nos incisos II e VIII:

Art. 200 - Ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei:

I - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos;

II - executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador;

III - ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde;

IV - participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico;

V - incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico;

VI - fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano;

VII - participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;

VIII - colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho.

A partir deste marco regulatório expresso na CF, a saúde do trabalhador torna-se obrigação do Estado. Avançando a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências, em seu artigo 6º, incisos I, “c” e V:

Art. 6º Estão incluídas ainda no campo de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS):

I - a execução de ações:

a) de vigilância sanitária;

b) de vigilância epidemiológica;

c) de saúde do trabalhador; e

d) de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica;

II - a participação na formulação da política e na execução de ações de saneamento básico;

III - a ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde;

IV - a vigilância nutricional e a orientação alimentar;

V - a colaboração na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho;

O atendimento em saúde do trabalhador é fundamental e é necessário, para a efetividade, equipar a saúde pública com finalidade de atuar no setor por políticas pré-definidas, de cima para baixo, inclusive com dotações orçamentárias, que tem o diferencial de privilegiar o saber do trabalhador quanto ao processo produtivo, observando sua fala e identificando suas necessidades, por meio do controle social, na conformação de uma política pública resolutiva em saúde do trabalhador (ARTUR, 2014, p.2-3).

Com a forte influência do materialismo histórico na formação da doutrina em ST no Brasil (fundamentação teórica), pressupõe-se a participação dos trabalhadores no planejamento, no controle e na avaliação das ações de saúde, com privilégio da percepção do trabalhador como dono de seu saber para construir as políticas públicas pertinentes ao acesso às informações obtidas a partir do atendimento. Demonstra-se necessário o acompanhamento do município do que ocorre no mundo do trabalho e o controle social por meio de suas representações diretas (sindicatos e associações da sociedade civil) (ARTUR, 2014, p.3; JUNIOR, 2004, p.284; OLIVEIRA e VASCONCELLOS, 1992, p.155).

Não pode ser minorizada esta questão, principalmente porque ao romper o vínculo do trabalho, o adoecimento pelo e no trabalho continua demandando atendimento e este trabalhador migra para o atendimento público de saúde, que demanda boa parte dos especialistas da rede pública.

Observamos que não há controle deste tipo de demanda, com finalidade de criação de políticas públicas, porque é um assunto que ainda não faz parte da agenda política municipal. O município de São José dos Campos é industrializado e tem uma grande frente de prestação de serviços, o que implica dizer que a saúde do trabalhador deveria ser uma agenda na pauta do Executivo municipal, refletindo a preocupação do governo federal. É uma região onde a taxa de sindicalização é relativamente alta, com categorias organizadas como petroleiros, químicos, condutores, metalúrgicos, servidores públicos municipais e setores de serviços (comerciários, agentes autônomos do comércio e serviços análogos aos financeiros) e onde os organismos de controle social em saúde são minimamente constituídos, mas que não tem um programa abrangente, específico, em relação à acolhida e tratamento da questão da saúde do trabalhador. Também não se observa a prática da discussão do tema na perspectiva da interinstitucionalidade.

Por ser a capital da região metropolitana e mais desenvolvida economicamente, com uma classe assalariada numerosa e empregada, a agenda em saúde do trabalhador deveria estar incorporada e não é isto que se observa no município, pela fala dos sindicatos de categorias profissionais.

Esta afirmação é pertinente com os momentos de construção de uma política pública em saúde do trabalhador, tendo o trabalhador como centro da produção do conhecimento porque distingue o saber do trabalhador sobre seu trabalho e suas percepções (subjetividade) fomentando a construção de políticas públicas de intervenção no processo de elaboração e implementação e controle da efetividade e resolutividade destas políticas.

Com esta contradição, observa-se que o atendimento em saúde do trabalhador é negligenciado e que a postura das representações profissionais não tem sido de cobrança, revelando certa letargia dos atores sociais envolvidos, por inerência, com o assunto.

Segundo KREIN (2013, p.196)

A perspectiva de intervir no ambiente de trabalho não será dada pela dinâmica capitalista, mas pela existência de atores sociais e de instituições públicas que têm a função de estabelecer um contraponto na perspectiva de assegurar a dignidade de quem precisa vender sua força de trabalho para sobreviver. Nesse sentido, as ações que possam fortalecer os espaços de intervenção são fundamentais, especialmente em um momento em que as transformações no capitalismo contemporâneo buscam fragilizar os sindicatos e instituições públicas, o que permite ao capital organizar o trabalho a seu favor, prejudicando a saúde e a segurança dos trabalhadores.

Dentro desta perspectiva será realizado o estudo de caso, analisando as políticas formatadas e o motivo porque não avançaram as políticas públicas de ST de 1990 até o momento no município de São José dos Campos, em contraste com o desenvolvimento da cidade de São José dos Campos.

A criação de um plano nacional em saúde do trabalhador é um assunto que está sendo desenvolvido largamente nos centros de pesquisas de ambiente laboral em todos os seus aspectos, como a FUNDACENTRO e os grupos de trabalho no Ministério do Trabalho e Ministério da Saúde, numa tentativa de criar políticas públicas de atenção integral em ST no Brasil, considerando que “os avanços e as contradições das políticas públicas no campo são analisados a partir do contexto de crescimento econômico brasileiro, que ocorre em detrimento das políticas sociais, da insuficiente ação do Estado no âmbito da prevenção(..)” (COSTA *et al.*, 2013, p. 11). O problema a ser tratado centra-se em saber quais as políticas públicas adotadas por SJC quanto a saúde do trabalhador, em face do desenvolvimento econômico-industrial da cidade e do arcabouço jurídico que regulamenta a questão.

2.3 JUSTIFICATIVA

Em São José dos Campos existe o CRESO – Centro de Referência em Saúde Ocupacional – que é um termo que se remete a outro tipo de construção teórica sobre Saúde do Trabalhador. Considerando este marco teórico, em 1993 quando o Partido dos Trabalhadores assumiu a Prefeitura do Município de São José dos Campos, iniciou-se uma fase de estruturação dos serviços e ações em saúde do trabalhador, com uma equipe que, pelo grau de atuação, claramente tinha o referencial teórico para suas ações em outra escola.

Em 1997 houve a mudança de governo municipal, com outro perfil político, que tem como centro de sua atuação a política do Estado Mínimo.

No Brasil, desde os anos 90 se faz indagações e se procura por respostas quanto à implementação das políticas públicas em Saúde do Trabalhador e, com a construção política em saúde pública nos anos de 2003 em diante, foi criada a Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho pelo Decreto nº 7.602, de 07 de novembro de 2011 e a Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012 instituindo a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, que devem nortear todas as ações e serviços em saúde do trabalhador e ainda, compor a Vigilância em Saúde do Trabalho.

Desta forma, uma vez que a Constituição Federal consagrou o direito à saúde com direito fundamental, cabe ao Estado promover as ações e serviços de saúde com respaldo em grande arcabouço jurídico, em especial a saúde do trabalhador.

Mas, o que se observa no município de São José dos Campos é a existência pouco expressiva aos serviços e ações em saúde do trabalhador. Ao contrário, o serviço vem sendo mantido à mercê dos fatos, sem a substituição de força de trabalho, sem o incremento de ações multidisciplinares e intersetoriais em saúde do trabalhador.

Pela Portaria nº 1.679, de 19 de setembro de 2002, pelo Ministério da Saúde, foi disposto sobre a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalho (RENAST), política do governo federal que tem como foco a construção Vigilância em Saúde do Trabalhador e o fortalecimento do controle social por meio da Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador, para efetivação da participação do trabalhador, contemplando a diretriz do SUS que é a participação social na elaboração e execução de políticas públicas em saúde.

Há uma espécie de limbo desde 1996 até atualidade. A política implementada pelo governo municipal tende a um esvaziamento dos serviços e ações em saúde do trabalhador, inexistindo as políticas de promoção, prevenção e reabilitação profissional, muito menos o incentivo à intersetorialidade que a questão exige, mesmo diante da reestruturação produtiva.

O novo gerenciamento da burocracia estatal conhecida como Gerencialismo erige-se para a reformulação para uma nova forma de fazer gestão da administração pública, com viés ideológico *neoliberal* que “dá tapete vermelho” às concepções liberais da Medicina Ocupacional, retirando o caráter social da análise do processo saúde-doença, desconsiderando o conhecimento acumulado do trabalhador do centro das atenções, prestando um serviço apenas de diagnóstico e de cura, que claramente significa a ausência da intervenção pública nos assuntos de saúde, higiene e segurança do trabalho, mesmo com os marcos regulatórios de o início dos anos 2000. Esta situação tem sido a realidade em São José dos Campos.

É importante observar o comportamento da Administração Pública quanto ao assunto, uma vez que saúde do trabalhador é uma questão de saúde pública por envolver uma parcela grande da sociedade, constituída de pessoas economicamente ativas, que vendem sua força de trabalho para sobreviver e do ponto de vista da Economia.

Seus salários sustentam a demanda de consumo, sendo este mecanismo fomentador contínuo do setor de serviços. Ainda, o direito ao trabalho e a segurança no ambiente laboral foi elevado ao cargo de direitos sociais com o direito à saúde, sendo este uma garantia fundamental, nele incluído o meio ambiente do trabalho. A construção de um

Estado Democrático de Direito não pode ser uma perfumaria na Constituição Federal e o administrador público, a quem cabe gerenciar os recursos e as coisas públicas deve se nortear este fim, aprimorando e materializando a dignidade humana, considerando as aspirações e realização das necessidades da população, onde o interesse político das demandas do governante não pode se sobrepor. Por esta razão justifica-se porque o administrador público tenha que ter em sua agenda a questão da saúde pública com qualidade, e em especial, a saúde do trabalhador, porque é forma de garantir a fruição da cidadania plena, cumprindo mandamento constitucional.

2.4 OBJETIVOS

2.4.1 OBJETIVO GERAL

O presente trabalho tem por objetivo caracterizar a implementação das políticas públicas em Saúde do Trabalhador no município de São José dos Campos, no período de 1990 a 2014.

2.4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Será realizado o estudo de caso com as seguintes etapas que se caracterizam em objetivos específicos, com finalidade de atingir o objetivo geral:

- a - verificar se há políticas públicas desenvolvidas pelo município de São José dos Campos em saúde do trabalhador e, se há, quais os impactos, ou a sua resolutividade e elaborar propostas para o aperfeiçoamento do atendimento à saúde do trabalhador;
- b – verificar quais as condições de atendimento à ST em São José dos Campos;
- c – analisar a composição dos profissionais que compõem do centro de referência em saúde do trabalhador e suas necessidades;
- d – identificar o papel do governo municipal em relação às políticas públicas em ST;

e – verificar o grau de participação social no controle das ações e promoções para prevenção e cura, bem como na reabilitação profissional por meio das políticas públicas de ST;

f – propor melhorias para o trato da questão de ST no município de São José dos Campos.

2.5 METODOLOGIA

A monografia será um estudo de caso, que confrontados com a revisão bibliográfica será uma pesquisa qualitativa, exploratória, indutiva e descritiva, que utilizará como instrumentos a pesquisa entrevista com o responsável pelo setor de saúde do trabalhador (CRESO) e com os dirigentes sindicais das categorias profissionais escolhidas responsáveis pelas secretarias de saúde do trabalhador nos sindicatos dos metalúrgicos, químicos, comerciários e condutores a respeito do controle social e participação dos trabalhadores quanto à elaboração e implementação das políticas públicas em saúde do trabalhador.

Serão utilizadas as fontes formalizadas pelo município no *site* quanto à descrição da composição do mercado de trabalho joseense, quantidade de unidades econômicas instaladas e dados do centro de referência em saúde do trabalhador como número de afastamentos médicos de trabalhadores, setores que mais afastam, causas (morbidades) que mais provocam afastamentos médicos e a quantidade de atendimento neste setor de saúde e relações institucionais estabelecidas (por exemplo, com o INSS e encaminhamento com referência para especialista do sistema público de saúde).

Os dados serão analisados à luz da eficiência e eficácia das políticas públicas já existentes no município de São José dos Campos sobre a questão e identificados na pesquisa outros mecanismos, poderão ser apontadas linhas para avançar na elaboração de políticas públicas em saúde do trabalhador.

O trabalho será estruturado a partir da leitura dos textos para debate do dossiê temático que tem como tema a “Atenção integral em saúde do trabalhador: desafios e perspectivas de uma política pública”, publicado na Revista Brasileira de Saúde Ocupacional, números 127 e 128 do volume 38, publicados nos semestres do ano de 2013. O debate é em torno de desafios para uma política pública em saúde do trabalhador.

O procedimento é um estudo de caso que tem como objetivo explorar as informações que serão colhidas em entrevistas e fruto de análises de dados de atendimento à saúde do trabalhador no sistema público de saúde.

É uma pesquisa exploratória pois tem na revisão bibliográfica elementos além dos que serão levantados com as entrevistas, demonstrando que a hipótese de que o município de São José dos Campos deliberadamente não acatou as políticas públicas de saúde do trabalhador imantadas desde o início dos anos 2000, quando será descrito porque a resistência na aplicação das políticas em saúde do trabalhador, a questão da construção da ST no Brasil e a relevância da legislação atual que regula o assunto.

Ainda, terá uma parte descritiva, que será o transcrever da entrevista com o gestor do Centro de Referência em Saúde Ocupacional, na cronologia como foi ocorrendo o desmantelamento da equipe apelidada de embrionária em Saúde do Trabalhador e os projetos encampados pelo CRESO de 1993 a 1996. Ainda, será registrada a fala do entrevistado quanto ao comportamento dos sindicatos profissionais e sociedade sobre o assunto, tudo buscando a manipulação das informações no sentido de comprovar o congelamento das ações e serviços em saúde do trabalhador devido à compreensão política da intervenção mínima do Estado.

Sendo um estudo de caso, buscar-se-á a compreensão dos motivos que determinaram a atrofia do desenvolvimento das políticas públicas em saúde do trabalhador, haja vista que o Estado emanou no período regras de estruturação dos serviços. Será explorado o motivo pelo qual o governo municipal decidiu por não implementar as novas diretrizes da área de saúde do trabalhador.

3. POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE DO TRABALHADOR NO BRASIL

A saúde do trabalhador vem sendo discutida no Brasil, na perspectiva de um marco regulatório desde o movimento sanitarista dos anos 70, tomando corpo nos anos 80 e nos anos 90 passando por dificuldades na sua implementação, sempre nadando “contra a corrente”, pois ao mesmo tempo em que se esboçava no papel e dentro das instituições um Estado de Direito e Bem Estar Social, o comportamento da política hegemônica pregava a mínima intervenção do Estado com redução dos gastos públicos. Na primeira década do ano do século XXI, começou a andar a passos largos a construção de uma política nacional de saúde e segurança dos trabalhadores e trabalhadoras.

Iniciaremos uma abordagem sucinta destes períodos de forma a clarear os objetivos deste trabalho, que é tentar identificar porque se nos anos 90 passou-se a intensa construção de uma política pública de saúde do trabalhador, mas localmente, no município de São José dos Campos não houve avanços.

3.1 O QUE É SAÚDE DO TRABALHADOR?

Antes de adentrar à análise dos atores de políticas públicas em ST, temos que antes responder o que é Saúde do Trabalhador, como substantivo. Este termo, em políticas públicas, no Brasil, encerra forte conteúdo político e ideológico, coroando no campo de saúde do trabalhador um período de construção do conceito e o que nele contém, inscrevendo os trabalhadores e suas representações como protagonistas na condução dos seus processos, “sendo uma expressão que traz forte conteúdo de discurso incisivo e reivindicatório e reformista do movimento sindical, mas combativo e sensível às questões de saúde à base técnica e acadêmica” com os pés fincados na Reforma Sanitária dos anos 70-80 (VASCONCELLOS, 2000, p. 92).

As mudanças no mundo do trabalho refletiram na saúde do trabalhador. Mesmo que já existisse determinado arcabouço em ações de saúde do trabalhador acumuladas, pontualmente, não eram suficientes para entender e atender à demanda vinda a reestruturação produtiva, dos novos parâmetros de acumulação do capital, da terceirização e os novos paradigmas de organização do trabalho. Por esta razão, a Medicina do Trabalho clássica e a Saúde Ocupacional não respondem adequadamente às necessidades dos trabalhadores.

DALDON e LACMAN (2013, pág.94) encaram as duas correntes de tratamento da questão de Saúde do Trabalhador como reducionistas, pois

... a relação saúde-trabalho é compreendida como simples causa e efeito e é desconsiderado o conjunto de relações e variáveis que produzem e condicionam o processo saúde-doença, bem como a centralidade do trabalho na determinação desse processo. Elas negligenciam a necessidade de que os trabalhadores participem efetivamente das decisões acerca da organização e da gestão dos processos produtivos...

Aqui entra em cena o movimento da Reforma Sanitária Brasileira que teve início nos anos 70, que propunha uma nova concepção de saúde pública, propugnando saúde como um direito social, que culminou na sua materialização na Constituição Federal de 1988, incluindo a ST como um direito universal. Mas, o relevante para construção da saúde do trabalhador a partir do novo referencial teórico e ideológico da RSB é a introdução de metodologias onde o trabalhador e seu saber são participativos na análise da ST.

A construção do ST sai do patamar do individualismo da avaliação da Medicina do Trabalho, onde o trabalhador é tratado e não se busca as causas do adoecimento, para um sistema onde os trabalhadores analisam seu ambiente de trabalho e indicam, apontam, identificam risco para a saúde e propõem mudanças. Este é o Modelo Operário Italiano,

movimento que tem sua expressão na forma de organização dos trabalhadores nas Comissões Internas de Prevenção de Acidentes. Até aqui, a atenção à saúde do trabalho tinha enfoque apenas curativo, sem se buscar o questionamento do ambiente e processo de trabalho, este último em especial.

Mais tarde, sob a influência da Medicina Social Latino Americana, tem-se que é somado outro elemento de análise para identificar causas e efeitos em ST, que é a determinação social. Ou seja, as condições sociais, culturais e econômicas têm influência direta no processo saúde-doença e o trabalho tem grande parcela nesse processo.

Segundo OLIVEIRA (2001) em texto disponível apenas na internet, sem paginação:

O processo saúde-doença é uma totalidade, não podendo ser reduzido ao estritamente biológico e individual, pois a essência do processo é o reconhecimento de seu caráter social e sua determinação histórica; mesmo o processo biológico presente no processo saúde-doença, também tem um caráter social. Essa concepção identifica a historicidade dos processos biológicos e psíquicos humanos, rompendo com o pensamento médico dominante do caráter a-histórico da biologia humana. A medicina dominante, ao enfatizar o caráter biologicista no processo saúde-doença, oculta o seu verdadeiro caráter de ser um processo biológico e social. O conhecimento do nexos biopsíquico humano em sua historicidade, requer a construção de um novo objeto de estudo. Este objeto compreende a saúde-doença, enquanto um processo único, que se relaciona com os demais processos que conformam a vida, superando assim a visão fragmentada que entende a doença como algo que se contrapõe à saúde.

Estes referências foram o norte da construção dos conceitos em ST no Brasil, adotados na 8ª Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em 1986, que lançou as bases de construção de um sistema único de saúde, incluindo a ST o rol de garantia fundamental.

3.2 CONTROLE SOCIAL

Controle Social em políticas públicas é o momento da participação da população na formulação e execução de políticas de saúde implementadas pelo Estado, a fim de que atendam as demandas e os interesses da coletividade. Em ST, o controle social se dá de forma dupla, pelo assessoramento do Conselho Municipal de Saúde, de forma mais abrangente com parte de um projeto de saúde municipal, pela Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador – CIST.

O controle social teve origem a partir das experiências da população com os grupos de discussão frente à escassez e ausências de prestações de serviços e ações de saúde

nos bairros no final dos anos 60, conformando uma dos pontos da pauta de discussão e elaboração do movimento da Reforma Sanitária Brasileira a partir dos anos 70.

PAIM e TEIXEIRA (2006, p.75) analisando a questão da política, planejamento e gestão em saúde, identificou e dividiu em períodos tanto a produção acadêmica quanto a legislativa em relação á construção do SUS, fazendo uma correlação entre o movimento social e suas representações sociais, a produção legislativa e produção acadêmica, encaixando o controle social na periodização:

A última fase (1999-2000) analisada pelos autores voltava-se para a regulamentação do financiamento e para a organização dos modelos de gestão e de atenção da rede regionalizada de serviços. Nessa fase se mantiveram a produção científica sobre reforma do Estado/ajuste, financiamento, controle social, modelos assistenciais e relação público-privado, enquanto aparecem novos temas tais como: economia da saúde, saúde e meio ambiente, sistemas de informação, gestão de recursos humanos, tecnologia em saúde, processo de trabalho e outros.

Então, o controle social é fruto da produção técnico-científica e *praxis* do movimento social, atuando em sinergia, em especial na RSB, que buscava novos referenciais teóricos e metodológicos para a construção do sistema nacional de saúde no Brasil. Culminando na construção das diretrizes do SUS (artigos 196 e 198 da CF/88 – acesso universal e igualitário, rede regionalizada e hierarquizada que constitui um sistema único, com participação popular, para promoção, proteção e recuperação da saúde) e que uma das atribuições do SUS é cuidar da saúde do trabalhador (artigo 200, VIII da CF/88 e artigo 6º, I, letra “c”), a participação popular tornou-se vultosa por conta de que a construção da vigilância em saúde do trabalhador, que tem como característica a intersectorialidade interna e externa, tem como base a produção do conhecimento empírico pelos seus agentes, que deve iluminar as tomadas de decisão em relação à elaboração de políticas públicas em ST, em conformidade com o artigo 7º, VIII da Lei 8080/90 (Lei Orgânica da Saúde).

O SUS tem em cada esfera do governo (federal, estadual e municipal) instâncias colegiadas que obedecem à diretriz da participação popular, que são a Conferência Nacional de Saúde, Conselho de Saúde (artigo 1º, I e II da Lei 8142/90), que têm caráter deliberativo. O primeiro quanto à formulação de bases e diretrizes para a elaboração de políticas em saúde e o segundo, com relação á formulação, implementação, monitoramento e avaliação das políticas de saúde desenvolvidas.

Dentro do Conselho de Saúde nos entes federativos há a presença da CIST, que tem por objeto elaboração de normas técnicas e estabelecimento de padrões de qualidade para promoção da saúde do trabalhador, participar da formulação e na implementação das políticas relativas às condições e aos ambientes de trabalho e definição de normas, critérios e padrões para o controle das condições e dos ambientes de trabalho.

Foi criada com objetivo de participar em conjunto com universidades, ONG, entidades representativa de empregados e empregadores e órgãos públicos que se movimentam direta ou indiretamente para a promoção e recuperação da saúde do trabalhador e análise de meio ambiente e condições do trabalho. Tem como função reunir subsídios para propor e assessorar a formulação de políticas públicas em ST no SUS.

Dentro das CIST há a obrigatoriedade da presença de conselheiros de saúde em quaisquer das esferas governamentais. E a CIST deve fomentar políticas públicas de ST para os conselhos de saúde.

Portanto, a CIST tem especificidade no controle social, pois indiretamente, pelo Conselho Municipal, estadual ou nacional de Saúde é montada e tem a função de discutir, propor, acompanhar e avaliar a política de saúde do trabalhador para a região, para que os trabalhadores formais e informais, desempregados e autônomos tenham acesso à preservação e recuperação da saúde, bem como à reabilitação.

A Resolução 493, de 7 de novembro de 2013, determina que a CIST deve ser instalada nos três entes federativos e tem como função:

- acompanhar e fiscalizar os serviços e ações realizadas pelos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest), observando seus planos de trabalho;
- participar da construção ou sugerir ações no Plano de Trabalho dos Cerest;
- articular políticas e programas de interesse para ST cuja execução envolva áreas compreendidas e não compreendidas pelo SUS (intersectorialidade);
- propor e acompanhar a implantação de medidas que objetive a melhorias dos serviços de saúde do trabalhador público e privado;
- integrar as diversas instâncias envolvidas nas ações em saúde do trabalhador em torno de um projeto comum, visando à efetivação dos princípios do SUS;
- avaliar/analisar projeto propostas pelas secretarias de saúde dos três entes federativos com foco em ST podendo recomendar complementações, aprovação ou até rejeição;

- fazer a monitoração da política em ST implementada de forma contínua;
- contribuir para dar conhecimento à sociedade sobre a legislação em ST.

O Conselho de Saúde é quem implanta a CIST em lócus e que decide quantos membros deve ter, sendo recomendado que a composição da CIST deve ser o mais representativa possível, considerando e aprimorando as diretrizes do SUS de regionalidade e de identificação das necessidades básicas da população.

A CIST deve submeter ao Conselho de Saúde seu calendário de reuniões, o plano de ação e suas recomendações.

Em síntese, no âmbito municipal o conselho de saúde deve implantar a CIST e garantir seu pleno funcionamento no aspecto material e de recursos humanos, resguardando suas funções definidas legalmente.

A representação dos trabalhadores e empregadores é elemento essencial na formação da CIST pelo critério metodológico e teórico da participação direta do trabalhador e de sua subjetividade na identificação e avaliação das condições ambientais em que é desenvolvido o trabalho e porque o trabalho é elemento determinante do processo saúde-doença.

LACAZ e FLÓRIO (2009, página 2124) fazem uma crítica em relação à representação dos trabalhadores e patronais:

Mesmo do ponto de vista conceitual, a participação dos representantes dos sindicatos de trabalhadores e patronais no CS do SUS merecem uma análise crítica, visto que são eleitos em instâncias cujos interesses não perpassam os da saúde coletiva, dada a fragmentação de interesses que representam. O mesmo ocorre com a participação de representantes da Igreja, representando retrocesso quanto ao ideal republicano da separação Estado- Igreja, estabelecido após duros embates, o que desemboca na defesa de demandas fragmentadas e particularistas.

Além do mais, as grandes mudanças introduzidas pela reestruturação produtiva neoliberal favorecem a falta de legitimidade representativa dos sindicatos dos trabalhadores, particularmente nos países capitalistas periféricos, onde o desemprego, a perda de vínculos e direitos trabalhistas é mais perversa.”

Os autores criticam a forma como os conselhos são edificados no Brasil onde a organização político-partidária e a proeminência do Poder Executivo sobre os outros poderes delineiam um Estado clientelista e de relacionamento direto com grupos que possuem

interesses individualistas, em detrimento da construção da noção da coletividade. Isto descarateriza o controle social e fragmenta a visão das demandas (pág.2127), concluindo que as representações econômicas e profissionais são entidades cujos representantes foram “eleitos para cuidar de interesses corporativos e não da saúde” (página 2132).

Ou seja, não é tranquila a análise do controle social em relação às políticas de ST. Neste nível de discussão se tem a dimensão do que significa para ST ter a garantia da CIST no Conselho Municipal, onde é um mecanismo direto de controle da execução da identificação das demandas, formulação, implementação, monitoração e avaliação da políticas públicas no setor.

3.2.1 ATORES SOCIAIS NA FORMAÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE DO TRABALHADOR

Fortemente influenciados pelo Modelo Operário Italiano na década de 80, o movimento em direção à construção de uma política pública em saúde do trabalhador tomou pulso com a 1ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR em 1986.

Sendo a sociedade um dos atores da formação de políticas públicas em saúde do trabalhador, a 1ª CNST idealizou uma Política Nacional Saúde dos Trabalhadores, com a idéia de que os municípios constituíssem o atendimento integral específico à saúde do trabalhador, com participação social, em especial das representações institucionais dos trabalhadores, e que teve a missão de fundar as bases de incorporação das reivindicações sobre saúde do trabalhador na Constituição Federal (ARTUR, 2014, pág.6).

Portanto, a ST foi gestada com olhos no seu principal interlocutor, o trabalhador, sendo ele o sujeito da construção do conhecimento sobre a matéria. Este é o eixo que norteia todo o sistema de atendimento à saúde do trabalhador e intervenção pública no meio ambiente e no processo do trabalho. Esta já é uma concepção fruto da influência do MOI.

De acordo com OLIVEIRA e VASCONCELLOS (2000, pág. 97), a 2ª CNST teve como tema “Construindo uma política de saúde do trabalhador”, em março de 1994, indicando que oito anos depois da 1ª CNST, já avançado na normatização, havia que se organizar todo o conhecimento produzido e buscar efetividade na implementação de políticas em ST, sempre com ousadia em fazer cumprir a lei:

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

Neste momento, a municipalização da saúde já caminhava, pois já vigia a Lei 8080/90 e foi editada a Norma Operacional em Saúde do Trabalhador – NOST - em dezembro de 1994, tratando de dar efetividade às ações e buscando a consolidação da municipalização na política de ST em específico (pela NOST). Portanto, a saúde do trabalhador já era assunto da saúde em âmbito municipal e de sua responsabilidade, pela descentralização decisória e de recursos que caracterizam o SUS e com controle social.

Segundo observação de FRIAS JUNIOR (1999, pág.47):

Em dezembro de 1994, o Ministério de Saúde, com o objetivo de fomentar as ações de saúde do trabalhador em Estados e Municípios e encaminhar as deliberações da II Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, apresentou a Norma Operacional de Saúde do Trabalhador no SUS (NOST). Aspectos como sistema de informações em saúde do trabalhador, preparo de recursos humanos, financiamento e vários outros foram abordados neste documento, que se propôs a ser uma diretriz, para que em todas as regiões do País a prática da atenção integral à saúde dos trabalhadores se realizasse com a qualidade desejada.

Institucionalmente, a saúde do trabalhador também é discutida e manejada, ainda, por dois setores: pelo Ministério do Trabalho e Emprego e Previdência Social, que também têm organismos de controle social em que os trabalhadores têm assento por meio de suas representações classistas sindicais. Em relação ao Ministério do Trabalho a competência é em relação às normas regulamentadoras, conhecidas como NR e quanto à Previdência Social, temos as questões de reabilitação profissional decorrente de acidentes e agravos à saúde relacionados ao trabalho, afastamentos previdenciários por acidentes típicos do trabalho, doença ocupacional e doenças relacionadas ao trabalho.

Estas instâncias devem interagir em busca de informações nos centros de referência especializados em saúde do trabalhador, pois poderiam obter dos Cerests informações e dados concretos da realidade do trabalho para formular políticas em saúde do trabalhador, tendo condições de intervenção direta no meio ambiente de trabalho. Esta é a importância dos centros de referência em saúde do trabalhador nos municípios, pois são produtores autênticos de dados sobre as condições de trabalho que provocam agravos à saúde nos que compõem o mercado de trabalho.

Em 1993 foram instituídas as CIST – Comissão Interministerial de Saúde do Trabalhador, pela Portaria Interministerial 01/93, de 20 de abril de 1993, exatamente devido ao tratamento fragmentado dado às questões de saúde do trabalhador.

Como se vê, os atores sociais em saúde do trabalhador idealizaram uma política nacional de saúde do trabalhador e sua operacionalização no âmbito do SUS com organismos de participação social (organização dos setores da sociedade civil e sua manifestação relacionada a processo trabalho-saúde), de construção de baixo para cima de política pública, consistentes nas I e II Conferências Nacional de Saúde, com efetividade, então, do controle social (LOURENÇO, 2009, pág.147).

OLIVEIRA e VASCONCELLOS (2000) e FRIAS JUNIOR (1999) têm a compreensão de que mesmo com todo o arcabouço, a retaguarda legal que ampara as ações e serviços de saúde do trabalhador, os anos 90 não avançaram na construção de uma política de saúde do trabalhador, devido à onda neoliberal dos governos da época e a influência das políticas macroeconômicas com restrição do gasto social, modificando o financiamento e implementação integral do SUS (FAGNANI, 2005).

A 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador (2006) teve como eixos fundamentais a intersectorialidade, a transversalidade e a integralidade das ações do Estado, de promoção, serviços e ações em ST e, ainda, o controle social.

A Comissões Intersetoriais em Saúde do Trabalhador foram estabelecidas na Lei Orgânica da Saúde (Lei 8080/90 que instituiu o SUS), no seu artigo 12, na qual fazem parte as institucionais que transversalmente relacionam-se com a área da ST, ou seja, as representações locais, estaduais e municipais da Previdência, Ministério do Trabalho e Emprego, órgão da Justiça como os Ministérios Públicos Federal e Estadual, representações sindicais, Justiça do Trabalho e organizações da sociedade civil.

As CIST tem como objeto a discussão, elaboração e monitoramento da execução das políticas, planos, programas e ações em Saúde do Trabalhador, nas três esferas – municipal, estadual e federal – que se darão de forma articulada e aprovada pelas respectivas instâncias de controle social, sendo essencial que em sua composição haja conselheiros de saúde.

3.3 A CRIAÇÃO DA RENAST EM 2002

MACHADO *et al* (2013, p.252) fazendo uma análise de dados colhidos pela Coordenação Geral de Saúde do Trabalhador e da Secretaria de Vigilância em Saúde, acerca da implantação dos CEREST em âmbito nacional, que configurou o “1º Inventário de Saúde do Trabalhador, 2009, Avaliação da Rede Nacional de Atenção Integral em Saúde do Trabalhador, 2008-2009”, concluiu houve um aumento do financiamento “fundo a fundo” em todo o Brasil, com aumento da implantação dos CEREST com as equipes mínimas de profissionais, observando que há lacunas na formação dos profissionais, mas que estruturalmente os CEREST têm serviços públicos no estaduais e no âmbito do municípios, o vínculo é de emprego regido sob a regras da CLT, que tem grande rotatividade em função disso, mas os serviços e as ações são implementadas. A fiscalização também faz parte das rotinas dos CEREST, cabendo à parte estadual maior intervenção nos ambientes e processos de trabalho internamente às empresas. Do ponto de vista da participação dos trabalhadores (privilegiando a subjetividade e os saberes dos trabalhadores) há presença das representações sindicais e das universidades. Também foi identificado que no âmbito dos Cerests estaduais a intersetorialidade é presente, bem como intrasetorialidade (Secretarias de Vigilância Epidemiológica, Sanitária e de Meio Ambiente), revelando o caráter inter-institucional e transversal das políticas públicas em ST.

A Renast é uma estratégia para concretizar as ações em ST, constituída dos Cerests, que desempenham papel de suporte técnico, educação permanente, coordenação de projetos de assistência, promoção e vigilância em saúde do trabalhador, como política ativa de reformulação de ST no SUS que tem como objetivo superar a visão restrita da clássica Medicina do Trabalho e Saúde Ocupacional, entendendo a centralidade do trabalho enquanto organizadora da vida social.

Os Cerests, então, são unidades referenciadoras locais, organizadas de forma estadual e municipal, que dão suporte às ações de promoção e atendimento integral à saúde do trabalhador, municinando os Cerests regionais (estaduais) com dados e apontamentos para intervenção concreta na realidade dos trabalhadores, visando a resolutividade das políticas.

3.4 A VIGILÂNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR

A Vigilância em Saúde do Trabalhador compreende um conjunto de ações e prática que envolvem desde a vigilância epidemiológica, vigilância sanitária, sendo uma atuação

contínua e sistemática, ao longo do tempo, no sentido de detectar , conhecer, pesquisar e analisar os fatores determinantes condicionantes dos agravos à saúde relacionados aos meio ambiente e processo do trabalho, englobando os aspectos socioeconômicos e tecnológicos, com finalidade de elaboração, implementação e avaliação de políticas públicas em ST.

Tem por objetivo a análise permanente da situação de saúde da população que trabalha nos mercados formal e informal, urbano e rural, com função interventora na realidade para promoção e redução de agravos à saúde desta população. A Visat varia de região para região, de acordo com o perfil produtivo e das características da população trabalhadora e pressupõe uma rede de articulações que passa, fundamentalmente, pelos trabalhadores e suas organizações, pela área de pesquisa e formação de recursos humanos e pelas áreas de assistência e reabilitação.

3.5 A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR E DA TRABALHADORA

Em 2012 foi sancionada a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora – PNSTT- (BRASIL, 2012), contemplando uma proposta que entidades representativas da sociedade civil e profissionais de saúde vêm almejando desde a 1ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador.

O PNSTT elegeu como sua estratégia primordial a Vigilância em Saúde do Trabalhador – Visat - que deve ser desenvolvida dentro da atenção básica à saúde ou em setor específico obedecendo o nível da multidisciplinariedade de tratamento do assunto e encaminhamento para soluções.

Esta discussão aparece nos debates do dossiê temático sobre atenção integral à saúde do trabalhador, cabendo aqui traçar uma diferenciação entre atenção básica à saúde dentro do Plano Nacional de Saúde da Família e o projeto de vigilância em saúde do trabalhador. Em construção de uma política pública em ST esta discussão tem relevância, pois dependendo do nível da estruturação dos serviços, a política terá outra efetividade.

Quando se fala em Visat diz-se especificamente à saúde do trabalhador. Isto implica trabalhar com conceitos de diversas áreas de modo determinante, para entender a dinâmica do problema analisado. Os profissionais de Ergonomia, a engenharia de produção, os antropólogos, sociólogos, psicólogos, médicos e fisioterapeutas e terapeutas de diversas vertentes têm participação na produção de conhecimento para entender o fenômeno da saúde

do trabalhador. O homem deve ser entendido quanto à saúde como um ser bio-psico-social, de acordo com a Organização Mundial de Saúde e não há como entender seu processo de adoecimento sem considerar estes elementos.

Os profissionais de saúde que irão tratar do assunto devem estar ligados e serem sensíveis a esta compreensão, aplicar nas resoluções e buscar a efetividade da boa vida e dignidade humana no desenvolver das ações e serviços de saúde. Isto deve permear todas as ações do Poder Público, da administração direta e indireta do Estado.

Com este entendimento, trazer a saúde do trabalhador para o campo da rede de atenção básica à saúde como um elemento, como uma parte do programa, teria o condão de minimizar as consequências do entendimento do impacto do meio ambiente do trabalho na saúde dos trabalhadores. É necessária uma metodologia específica, toda voltada à saúde do trabalhador, para estudar e buscar soluções para os problemas detectados de forma específica e contínua, sendo este o maior desafio, de uma política perene, que seria capaz de passar por governos sem que comprometesse a busca pelos resultados.

A Vigilância em Saúde do Trabalhador seria o conjunto de ações específicas desta área da saúde, com uma dinâmica própria, com atendimento, inclusive, específico, fora da seara da rede de atenção básica. Não se propõe nos textos estudados no dossiê temático que haja um fracionamento da vigilância em saúde criando um organismo separado para tratar de ST, mas pela natureza do tipo de apoio que deve ser disponibilizado, pelo conhecimento exigido e que poderá ser gerado, a Visat é bem mais específica que somente compor a rede de atenção básica. Deve ter ações pautadas em dados coletados para a elaboração de políticas públicas que permitam ao Estado, com autoridade na produção do conhecimento, intervir no processo de trabalho. Esta é uma tarefa que envolve várias áreas do conhecimento e que devem alicerçar o Estado de informações o suficiente para combater ao interesse privado do lucro.

Busca-se nos textos de debate os elementos que dão base à construção de uma política pública em saúde do trabalhador, tendo como eixo “os avanços e as contradições das políticas públicas no campo são analisados a partir do contexto de crescimento econômico brasileiro, que ocorre em detrimento das políticas sociais, da insuficiente ação do Estado no âmbito da prevenção e, por fim, dos desafios colocados aos serviços pela recém-publicada Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora” (COSTA, 2013, pág. 13).

O dossiê publicado traz inúmeros artigos que criticam e complementam a provocação, mas trazem elementos que serão analisados no decorrer do trabalho, como uma base histórica e conceitual do que seria a Vigilância em Saúde do Trabalhador.

A discussão travada no dossiê refere-se à Política Nacional de Saúde do Trabalhador e Trabalhadora – PNSTT (BRASIL, 2012) – que tem histórico conturbado, mas que vem avançando mais pela urgência do problema e da máxima disposição dos profissionais, acadêmicos e servidores públicos ligados à área do que, efetivamente, pela vontade política do Executivo em implementar o atendimento específico à saúde do trabalhador. Tem como princípios norteadores a universalidade, a integralidade, o diálogo social a precedência das ações de promoção, proteção, prevenção sobre as de assistência e reabilitação, incluindo os trabalhadores formais, os autônomos, domésticos, informais, os civis e militares e servidores dos três poderes da União, dos Estados e Municípios e Distrito Federal.

Com a edição do PNSTT pode-se analisar as ações intersetoriais e nas esferas da gestão do SUS, que no caso em análise, interessa-nos o comportamento na esfera municipal. Mas, traz questionamentos que serão confrontados com as falas dos gestores públicos em saúde do trabalhador do município de São José dos Campos e dos representantes dos trabalhadores, como a falta de compilação de dados e de profissionais capacitados para atuação na área que, por excelência, é multidisciplinar.

O que se quer com a edição do PNSTT é a fomentação e integração da Vigilância em Saúde do Trabalhador, que é um microssistema integrado ao quadro geral de Vigilância em Saúde. Também se aponta no PNSTT o fortalecimento do controle social. Observa-se que o conselho de saúde em São José dos Campos não tem discussão acumulada em saúde do trabalhador e por conta disso, o peso da organização de ações e serviços de promoção, prevenção e proteção à saúde no trabalho e redução dos acidentes de trabalho e doenças relacionadas ao trabalho não sejam significativos.

O debate é inovador. Há uma estagnação em atenção à saúde do trabalhador na compreensão dos articulistas e autoridades na discussão políticas de ação e serviços de saúde em saúde do trabalhador. Irá buscar-se nos textos, pela análise da situação pela fala da autoridade pública em saúde do trabalhador qual a congruência entre o relatado e o efetivamente vivido no município e quais são as dificuldades, se elas encontram eco nas análises dos estudiosos do tema, e quais as ações possíveis para aperfeiçoar o que já existe no município.

Para explicar a multidisciplinariedade buscada nas ações integrais de saúde no trabalho é necessário que o gestor tenha em mente a construção do conceito de saúde do trabalhador. A construção da vigilância saúde do trabalhador traz na sua formação a concepção de que os determinantes do processo saúde-doença também estão presentes nas condições ambientais laborais, considerando a multicausalidade, ou o conjunto de fatores de risco na produção da doença.

O modelo brasileiro tem um corte do Modelo Operário Italiano – MOI - e é influenciado pela Medicina Social Latino-Americana (LAURELL; NORIEGA, 1989), que o primeiro deu as bases às formulações das Normas Regulamentadoras (NR) no ordenamento jurídico da Consolidação das Leis do Trabalho, onde as condições do processo e organização do trabalho são analisados a partir do saber dos trabalhadores com a construção dos mapas de risco com a categoria de grupos homogêneos de risco que é o grupo de trabalhadores expostos às mesmas condições de trabalho, sistematizando o conhecimento com vistas à prevenção e identificação de fatores que podem surgir o adoecimento no local de trabalho, sem a assessoria de sindicatos ou técnicos profissionais da área. Estes grupos são divididos de acordo com as cargas de trabalho, ou seja, com o nível do desgaste físico provocado no corpo do trabalhador, divididos os grupos em cargas físicas, químicas, biológicas, mecânicas e fisiológicas. Na atualidade, a produção de conhecimento científico na área tem apontado o risco psicossocial, com o avanço do sofrimento mental no trabalho devido às novas estratégias organizacionais de trabalho com base no assédio moral institucional. Ou seja, a avaliação do ambiente de trabalho é uma soma do conceito de riscos observados no trabalho pelos trabalhadores (modelo operário italiano) com o conceito de cargas de trabalho e desgaste físico (modelo da medicina social latino-americana) que condensou a Norma Regulamentadora n. 5 (NR5) de onde se extrai o MAPA DE RISCO em especial, e outras normas como a NR7 e NR9.

Este aspecto é importante na metodologia para analisar as falas dos gestores públicos e sindicatos para verificar o reflexo destas construções legais nas exigências e atendimento específicos à saúde do trabalhador no sistema público de saúde; se estas variáveis constam da observação dos técnicos e agentes públicos que lidam com a questão e se fazem parte das exigências dos representantes das categorias profissionais quanto às políticas públicas em saúde do trabalhador. Estes critérios são a base da observação da criação, análise e levantamento das necessidades dos trabalhadores na área da saúde do

trabalhador, acompanhamento, monitoração e avaliação de possíveis políticas públicas em saúde do trabalhador.

É importante salientar que a Vigilância em Saúde do Trabalhador – Visat - atua com estes elementos, tendo por base que o trabalho realizado por Laurell e Noriega (1989) que acrescentaram a noção de reversibilidade dos processos de desgaste, mostrando que o trabalhador não se portando passivamente, pode modificar as condições ambientais em certos casos de forma que o processo do trabalho não necessariamente tenha que se expressar em forma de doença com o desgaste físico pela carga do trabalho (DALDON; LANCMAN, 2013). E isto requer a formulação de políticas públicas de vigilância em saúde do trabalhador para levantamento de dados, monitoramento e avaliação destas situações de desgaste.

O que será observado no trabalho, então, é a construção da vigilância em saúde do trabalhador por meio do centro de referência em saúde do trabalhador, órgão que constitui a Rede Nacional de Atenção em Saúde do Trabalho – Renast -, que tem como estratégia fortalecer a Visat.

O município de São José dos Campos possui o centro especializado em saúde ocupacional, mas que não tem expressão no controle social, seja porque as representações sindicais encontram-se enfraquecidas pelo novo paradigma de modelo de produção, seja porque são débeis na discussão sobre a saúde dos trabalhadores por não ser um assunto que traga resultados imediatos ou que tenha grandes repercussões como as questões econômicas, capazes de mobilizar trabalhadores em greve. Por não serem tão objetivas ficam delegadas ao segundo plano, ao que parece.

O movimento da Reforma Sanitária nos anos 70-80, que teve o ápice na 8ª Conferência Nacional de Saúde propôs uma nova concepção de saúde no Brasil, tendo a saúde do trabalhador como direito universal. O SUS é a construção da sociedade de uma saúde pública universal, integral, equitativa, organizada hierarquicamente com descentralização, o que é o aspecto mais importante, que tem como elemento determinante das aplicações dos recursos públicos para o setor o controle social que são os conselhos municipais de saúde. Este é o sistema público de saúde brasileiro.

Em São José dos Campos, no período da Reforma Sanitária houve a movimentação dos atores envolvidos com as questões de saúde do trabalhador como os setores da saúde e os sindicatos representativos das categorias profissionais.

Sob a luz do Modelo Operário Italiano e da Medicina Social Latino-Americana foram constituídos grupos de discussão, um fórum sindical de discussão em saúde do

trabalhador dentro dos sindicatos com participação ativa do poder público, quando ainda não existia o SUS, mas ações isoladas da reforma sanitária em direção ao sistema único de saúde descentralizado e com controle social.

Nesta época houve a formação de grupos de discussão com metodologias participativas em saúde, englobando a convalidação dos grupos homogêneos de exposição aos riscos e atenção à dinâmica dos trabalhadores em observar o processo de trabalho e elaborar estratégias de intervenção na organização do trabalho. Estas então foram as bases de construção em São José dos Campos de uma política incipiente de atenção à saúde do trabalhador. Deve-se avançar, na atual discussão pelos acadêmicos e profissionais, como a proposta deste trabalho, no aperfeiçoamento, ou seja, na atenção integral básica à saúde do trabalhador dentro de uma perspectiva de promoção e prevenção de saúde no ambiente de trabalho, bem como a assistência integral.

A criação do SUS tendo a saúde do trabalhador como direito fundamental (BRASIL, 1988) nos artigos 196 e 200, VIII da Constituição Federal de 1988, delimita a obrigação do Estado no atendimento às demandas de saúde do trabalhador. Enquanto o enfoque reducionista vigorava, antes da Reforma Sanitária Brasileira nos anos 70-80, o ambiente de trabalho não era considerado como um possível fator na produção da doença. Somente com a criação do SUS em 1988 e com a Lei Orgânica da Saúde (BRASIL, 1990) é que o setor do Estado passou a coordenar as ações de saúde do trabalhador, intervindo nos espaços de trabalho e, por esta razão a Visat se torna importante no mundo do trabalho e deve ter seu reflexo materializado em políticas públicas voltadas para a área de assistência, promoção e prevenção em saúde do trabalhador.

O que se observa dos estudos sobre saúde do trabalhador e os desafios para elaboração de política pública para o setor é que já existem mecanismos jurídicos e do ponto de vista organizativo das instituições voltadas para o tratamento da questão para a criação de tais políticas. A postura das organizações sindicais, espaço por excelência para esta discussão, muito teria a colaborar porque são fontes de coleta de informações concretas das necessidades dos trabalhadores em atendimento e promoção e prevenção em saúde do trabalhador e os estudos mostram que é uma fonte que vem sendo negligenciada e isto se reflete no controle social, onde a participação sindical tem pouca efetivação na exigência e cobrança das ações e serviços de saúde prioritárias em ST (GOMEZ, 2013, p.23).

A compreensão de que o SUS é bem mais amplo que outras instituições que tratam sobre ST está presente na análise da entrevista e dados coletados. Considera-se que o trabalho

é tratado em esferas diferentes tendo como interlocutor os trabalhadores com contrato formal (saúde, trabalho e previdência) e isto permite muita flexibilidade, diferente do setor da Saúde onde há pactuações e um sistema hierarquizado e regionalizado de distribuição de ações e serviços de saúde, atendendo com universalidade e integralidade, ou seja, não apenas aos trabalhadores no mercado formal, mas aos informais que representam cerca de 48% do mercado de trabalho brasileiro (CHIAVEGATTO;ALGRANTI, 2013, p. 25).

Estes autores defendem que não há um desmonte do serviço público em função das políticas neoliberais de diminuição do Estado, mas uma readequação do Estado que privilegia as áreas de arrecadação em detrimento das áreas de normatização, regulação e o controle. Isto é relevante para a análise no presente trabalho, uma vez que não se verifica a renovação nos quadros dos servidores municipais na saúde destinados à ST, tampouco o incremento de profissionais de outras áreas que atuem em ST para atender ao tratamento multidisciplinar que as ações e serviços exigem. Por consequência, entram no debate sobre que a atenção primária em saúde para atender ST tem carências que dentro desta lógica de Estado, não conseguirão serem ultrapassadas, a não ser que o quadro de profissionais multidisciplinar e capacitado em ST esteja completo e com políticas de reciclagem. Segundo os autores,

“Entretanto, a estratégia de inserir estas ações de atenção primária só será efetiva se forem estruturadas profundas mudanças para a superação das dificuldades que se apresentam e que estão fundamentalmente ligadas a questões como o subdimensionamento das equipes, a formação e a capacitação inadequadas e a carência de suporte técnico efetivo, com procedimento de referência contrarreferência deficientes, dentre outras.” (p.26)

Será analisada a legislação acerca da formatação, a partir da Lei 8080/90 (BRASIL, 1990), da atuação do setor do Estado em ST, particularmente, procurará observar os elementos que forma a Visat, comparando-se com os dados coletados em entrevistas e leituras de artigos, se os serviços em ST em São José dos Campos existentes atendem aos requisitos legais, minimamente.

4. ESTUDO DE CASO: DISCUSSÃO E RESULTADOS

4.1 ANÁLISE DA ENTREVISTA COM A MÉDICA DO TRABALHO DO CRESO DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS

O município de São José dos Campos passou por todo o processo de estadualização da saúde e depois, logo após a promulgação da Constituição Federal de 1988 pela municipalização e dentro desta linha histórica, a saúde do trabalhador, inicialmente, teve um papel destacado, ora porque em São José dos Campos encontrava-se o saudoso Gilson Alves, sanitarista militante em saúde pública e um dos idealizadores do SUS.

Outro fator que se deve relevar para radiografar a saúde do trabalhador no município é o fato de que a construção de uma saúde pública no país se deu com os

referenciais teóricos e organizativos de dois movimentos pela democratização no país, nos anos 70-80, que culminou no processo constituinte, que foram os movimentos da Reforma Sanitária e Sindical. Este aspecto teve influência em São José dos Campos, pois o sindicalismo local sempre foi pautado por um forte caráter organizativo e reivindicatório, haja vista as greves da Embraer em 1984 e 1988 e da GM em 1985, onde os trabalhadores lutavam pelas 44 horas semanais, que mais tarde, tornou-se texto constitucional nas garantias de direitos fundamentais como um direito social.

Dentro desta perspectiva, quando o PT assumiu o governo municipal em 1993, acompanhando as evoluções da saúde pública no país e porque movidos pela 8ª Conferência Nacional de Saúde que delineou os princípios novos da saúde pública (que mais tarde foi a criação de um sistema único de saúde, com base nos princípios da universalidade, integralidade das ações e serviços de saúde, equidade, hierarquizado, descentralizado respeitando os especificidade e necessidade da população do lócus ou região e com participação e controle social), logo tratou de implementar, com uma política deliberada, impulsionada pela municipalização da saúde, as políticas de saúde do trabalhador, já por um movimento reivindicatório sindical na região e na cidade. Houve o concurso público em 1993 para médicos do trabalho, enfermagem no trabalho, fisioterapeutas, técnicos e engenheiros de segurança para tratar sobre a saúde do trabalhador, dentro dos princípios de um centro de atenção integral à saúde do trabalhador, com centralidade na fala do trabalhador, nos moldes da Medicina Social Latino-Americana e Movimento Operário Italiano, tendo a determinação social como objeto de análise das doenças relacionadas ao trabalho e ocupacionais, acidentes de trabalho além do tratamento aos agravos à saúde provocados pelo ambiente e condições de trabalho, com finalidade maior de organização do conhecimento e intervenção na realidade.

Esta é a fala médica do trabalho do CRESO – Centro de Referência em Saúde Ocupacional - de São José dos Campos:

... Na administração da Angela teve um concurso. Foi um concurso pra médico do trabalho, para engenheiro de segurança, para enfermeiro do trabalho, para técnico de segurança, então foi porque assim se decidi naquela época que tinha que investir na formação de um lugar que atendesse o trabalhador, tá? Em 93, teve o concurso, a gente foi chamado, teve o concurso, tal e a gente foi chamado no final de 93. Entrou todo mundo (...) enfim, entrou uma batelada de gente e nós vamos começar a entender, a formar a saúde do trabalhador. Antes de tudo, de tudo se pensar em questão disso. Ai a gente primeiro pegou como é que o pessoal do inamps fazia, o que eles faziam, tinhamos vários médicos, mas tudo para aposentar também e aí a gente começou... foi proposto uma nova visão, né? (...)

Como se observa, já em 1993 a equipe formada pela administração municipal para atuar em saúde do trabalhador já incorporava a nova visão. Antes, o INAMPS que cuidava da questão das ações e serviços de saúde no Brasil, em relação à saúde do trabalhador, tinha uma visão da Medicina do Trabalho, que apenas considerava o aspecto saúde-doença de forma pontual, curativa, procurando restabelecer o trabalhador doente para que voltasse à normalidade, sem qualquer questionamento sobre as condições e meio ambiente onde o trabalho era desenvolvido.

A nova visão diz respeito à centralidade do trabalho e o privilégio às representações dos trabalhadores, com origem no movimento sanitarista brasileiro e corporificado nos movimentos pela democratização do país nos anos 80 em especial.

Em relação à integralidade das ações em ST, a equipe formada quando do concurso de 1993 absorvendo os servidores que vinham do processo de estadualização do INAMPS até à municipalização da saúde, a equipe de ST já tinham procedimentos que efetivamente intervinham na realidade do trabalhador no âmbito do município, de acordo com o relato da médica do trabalho do município:

(...) foi proposto uma nova visão, né? De você atender o trabalhador, verificar... que não é só dar o aval enquanto perícia, porque a CAT vinha datilografada, dava o aval de médico de acidente de trabalho . depois ia pra perícia para dar o nexô causal. E a gente se propôs a tá fazendo isso e também fazer o diagnóstico das doenças ocupacionais, a equipe toda. E a partir do momento que tinha alguns fatos, né, que voce fazia um levantamento epidemiológico, já que ia ter engenheiro tal , não sei o que, a gente chamava, tinha um acordo com o Ministério do Trabalho, né, a gente chamava e saía pra vistorias (...)

A interinstitucionalidade e a intersetorialidade já estavam presentes nos serviços e ações em saúde do trabalhador no município, contemplando as ansiedades da nova saúde pública conquistada pelos movimentos sociais e sindicais, refletindo os parâmetros discutidos e amadurecidos a partir da 8ª Conferência Nacional de Saúde e formação dos profissionais na área da Saúde Pública com foco em Saúde do Trabalhador.

A intervenção na realidade do processo e organização do trabalho era objetiva e foi experimentada, como fruto do trabalho em equipe multidisciplinar em saúde do trabalhador, na concepção construída na 2ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador:

...neste internexo tinha o CGU, tinha o sindicato trabalhando com a gente, a gente

conseguia fazer... fizemos trabalhos até que foram publicados na revista CIPA, fluídos corpóreos foi publicado... têm dois trabalhos publicados nessa época.... tanto que dos correios deu grandes frutos que teve uma época que eu tive que ir para Brasília com os sindicatos para discutir com a diretoria dos correios mais o médico do trabalho de lá porque o trabalho foi grande, foi o carregamento de cargas (...)

A participação dos trabalhadores por meio de suas representações profissionais era efetiva e, em conjunto com os profissionais, foi um instrumento importante para levantar a origem dos problemas, propor soluções e também de dar atendimento assistencial curativo ao trabalhador.

Concretizou-se uma das diretrizes da Vigilância em ST, que é a intervenção no meio ambiente e processo do trabalhador para assegurar a saúde como um direito social e dever do empregador, a promoção de saúde no trabalho e organização sistemática do conhecimento produzido e absorvido pela ST no município:

(...) aí, é... o que aconteceu, o sindicato conseguiu uma discussão com a gerência central de Brasília dos Correios, na época, que nem sei que governo que era...faz muito tempo, que eu nem sei quem era quem, e a gente foi lá discutir, eu lembro que eu fui para Brasília, o cara discuti muito, questionava muito as nossas coisas... (...) na verdade foi um trabalho ahn..., teve fisioterapeuta, tal, eu sei que impactou, teve um deputado que ainda tá com esse trabalho (...) o Paim, tá, porque nesse a gente dá umas recomendações de mudança de forma de trabalho do correio que mudou... sim, mas ninguém fala que foi a gente com o sindicato, então houve uma mudança na metodologia do trabalho. Sim, então, assim, por exemplo, eles carregavam 15 quilos de uma vez só, o quilo diminuiu o sapato mudou, começou a por bicicleta, é...teve chapéu, só ficou ainda na discussão e que o Paim ainda tem a questão que a gente já falou da periculosidade porque a gente levantou as mordidas de cachorro que o carteiro tinha (...) gente provou que era mais incidente então tinha que fazer uma legislação... (...). a gente muito feliz... a gente falou do uniforme, entrou bermuda, mudou sapato, a gente vê o carteiro assim.... (...) e a gente fica orgulhoso porque todos nós trabalhamos... era um tal de pesar bolsa (...) em cima do anel viário tinha um ponto de ônibus, a José Longo era via dupla, aí o pessoal parava, porque eles pegavam carona com o ônibus, o pessoal parava, vinha, descia do ônibus em frente da unidade, a gente pesava as bolsas, daí ele ia... eles falavam como era o CDD, como era a questão disso tudo. Então, é, a gente ficou muito contente, porque houve algumas mudanças, e ficou muito triste quando o sindicato dos correios se desfez, né? Também, nessas épocas, a gente teve junto com o Sindicato dos Metalúrgicos, junto com o Ministério do Trabalho, teve uma empresa de chumbinho, era a tal da Paturi (...) que teve um monte de intoxicação por chumbo e a gente conseguiu fazer coisas em conjunto e foi muito legal, tá? É... fizemos com o sindicato dos bancários uma coisa muito legal, tinha até folheto, sobre LER/DORT, e a gente entrou junto com o sindicato na caixa econômica, no antigo Banespa, avaliamos o caixa, como é que senta, demos a orientação, fizemos um folheto (...) isso, ó, bem antes de Maria Maeno, como faz, como é que não faz, como deixa de fazer, o sindicato dos bancários naquela época era muito forte, e ele passou em folheto, foi fazendo e foi incorporando umas ações... depois, privatiza, acabou sindicato, acabou tudo... (...)

Ocorreu em São José dos Campos um período de esvaziamento do CRESO. Por um período longo, de 1996 até 2013 não houve qualquer tipo de investimento na ST, limitando-se este a manter o contato mínimo com os sindicatos a fim de formalizar Comunicações de Acidente do Trabalho quando as empregadoras não reconhecem o adoecimento pelo trabalho ou o acidente de trabalho típico. Manteve-se a estrutura montada em 1993 e não se avançou, porque observou-se que houve uma intenção deliberada em não desenvolver este setor, independente do tipo de financiamento. Durante a entrevista ficou claro que existiam recursos a serem aplicados na ST, mas que por uma decisão política, não eram utilizados.

Desta forma, a equipe montada em 1993 foi se desfazendo. Os profissionais concursados foram aposentando-se, outros sofrem desvio de função desempenhando funções administrativas no próprio CRESO e não teve também uma política de renovação de pessoal e, por óbvio, nesta linha de pensamento, de 1996 até 2013 não se pensou em capacitação e aperfeiçoamento profissional da equipe na área de ST:

então teve assim, coisas muito bacanas. E depois, a gente ficou aí num limbo que, (...) daí chegou até um momento que a gente falou... achou que ia morrer mesmo. Ficou uma época que ficou... que ficou só eu de médico. Aí saiu outro engenheiro, o efetivo de pessoal...eu, agora entrou mais três médicos, engenheiro só tá a engenheira, mas já foi solicitado mais dois engenheiros, a gente tinha mais administrativo, muito mais... mas foram aposentando, estamos com uma só [administrativo], estamos uma técnica de segurança em desvio de função, tá... (...) ela faz a parte administrativa porque não tem administrativo, então, assim, ela precisa ficar, voltar para a função dela, mas precisa de gente, só que... já foi solicitado, tudo, mas como tem o processo eleitoral...Ontem conversei com a (nome da gestora) e assim que sair do período eleitoral já tá engatilhado pra ter concurso. (...)

Na atual gestão municipal, que ao longo dos anos foi oposição ao governo de outrora, na fala da médica do CRESO, tem uma outra perspectiva em relação ao CRESO. Inicialmente, é necessária a mudança do nome do CRESO para CEREST. Esta discussão se mostrou bastante interessante e reveladora do tipo de administração na gestão anterior (1996-2012).

CRESO – Centro de Referência Especializado em Saúde Ocupacional remete a um outro tipo de abordagem e atuação que não guarda consonância com a construção a partir do governo federal para a área de ST. O termo específico “Saúde Ocupacional” segundo a profissional do CRESO entrevista, “*não remete a nada*”. E dentro da construção do referencial teórico e metodológico sobre o qual se idealizou a PNSTT, a Saúde Ocupacional é

limitada sob vários aspectos, estando está ultrapassada pela normatização na área de ST, porque é uma abordagem que tende a separar as matérias de cunho técnico das fatores sociais, econômicos e políticos que influenciam o meio ambiente de trabalho com reflexo no processo saúde-doença-trabalho, revelando, ainda, a manutenção desta visão a ausência do Estado na atenção integral à saúde do trabalhador.

FILHO, GARCIA e ALMEIDA (2007, p.5) em Editorial à Revista Brasileira de Saúde Ocupacional analisando trabalhos de pesquisadores e atores de diversas instituições públicas enfrentou a questão da “fragmentação e dispersão da produção científica na área” que tem prejudicado a colaboração que a Academia poderia oferecer para fundamentar as decisões em políticas públicas para ST. E isto se observa na fala da entrevistada.

O não investimento em saúde do trabalhador em São José dos Campos impediu que, mesmo diante de demanda que vem ao CRESO, ações específicas em Vigilância em ST fossem intentadas:

*(...) [pensando] Médico do Trabalho... aí depois entrou mais uma, quando o Ézio [médico do trabalho que era do INAMPS] tava pra sair, depois ela pediu conta, depois, enfim... teve entrada e saída de algumas pessoas que não se adaptaram, por questões próprias, né? E.. mais assim, a reposição sempre foi.... [falha, minorizada e rotativa] e de engenheiro, assim, ficou a Reiko acumulando cargo de monitor [administrativo] e engenheiro, então não dá...Não consegue [exercer as funções do cargo de engenheiro do trabalho em saúde do trabalhador], não consegue... **[principalmente se tem a proposta de intervenção, porque tem que se deslocar...]** Não consegue, não consegue. Tem que fazer relatório, não consegue. E tem um porém também que tem que sair assim, por exemplo, tem que ser o agente fiscal. Agente fiscal. O agente fiscal tá ainda no corpo da vigilância sanitária municipal, tá? E ele faz parte desse corpo para ser autoridade sanitária, senão a pessoa não reconhece como tal, a pessoa pode entrar com processo e falar “você não é autoridade vigilância sanitária” e não pode. Aí o que que aconteceu? Pra ser isso, parece que tem umas prerrogativas que não sei muito bem, tem que ter oito horas de carga horária, então aqui, quem que é nossos agentes fiscais? A [nome da engenheira do trabalho concursada em 1993], né? E o Dr. [nome do médico], que é o médico do trabalho que veio o ano passado (...). [nome do médico]... é que ele faz segunda e terça o dia inteiro para não mudar a carga horária dele, então, deu pra ser. E também tem assim, uma questão também muito prática que a gente tem que mudar a figura jurídica. A gente... por questões do “limbo” a gente era CEREST, passou pra CRESO para gente não morrer, aí ficamos CRESO para sobreviver, uma estratégia de sobrevivência mesmo...*

O que se observa em São José dos Campos é que por princípios ideológicos da política hegemônica no Brasil e no município no período de 1996-2013 foi o constrangimento do atendimento de forma integral aos trabalhadores pela ideologia neoliberal, com financiamento pautado pela macroeconomia, a despeito do fato de que dentro do Ministério

da Saúde cresciam as políticas sobre ST com foco na centralidade do trabalho e na subjetividade do trabalhador.

Antes, em 1993, foi conformada por servidores públicos municipais e estaduais uma equipe mínima para atendimento à saúde do trabalhador, com estrutura como enfermeiras do trabalho, médicos do trabalho, fisioterapeutas, técnicos e engenheiros de segurança, que com o tempo, foi se desfazendo. Antes era um CEREST, que passou a se denominar juridicamente CRESO e continua até o momento, onde se mostra na administração atual uma retomada da marcha do atendimento integral à saúde do trabalhador com foco na Vigilância em ST.

A denominação CRESO permaneceu para garantir a sobrevivência do serviço. Enquanto houvesse atendimento mínimo que fosse ao trabalhador, seria justificada a transferência de verbas para a rubrica.

O controle social e participação no CRESO também iniciou-se forte e com o tempo foi diminuindo. Houve grandes intervenções, inclusive, com repercussões nacionais a partir do estudo de caso dos trabalhadores no correio, demonstrando que o CEREST à época cumpria seus objetivos e a política pública implementada embrionariamente demonstrava que cresceria no sentido de melhorar as condições de vida no ambiente de trabalho, assegurando serviços e ações de promoção da saúde do trabalhador.

Sim, então, assim, por exemplo, eles carregavam 15 quilos de uma vez só, o quilo diminuiu o sapato mudou, começou a por bicicleta, é...teve chapéu, só ficou ainda na discussão e que o Paim ainda tem a questão que a gente já falou da periculosidade porque a gente levantou as mordidas de cachorro que o carteiro tinha (...) gente provou que era mais incidente então tinha que fazer uma legislação... (...). a gente muito feliz... a gente falou do uniforme, entrou bermuda, mudou sapato, a gente vê o carteiro assim.... (...)

A participação social e dos trabalhadores nas discussões de como o CEREST iria atuar foram determinantes para se atingir o objetivo da política pública de atenção integral à saúde do trabalhador, tanto na promoção de saúde quanto na prevenção de agravos à saúde a partir do meio ambiente e processo do trabalho. Este é um controle que se provou que deve ser feito a partir da fala dos trabalhadores, tal qual a experiência do CEREST de São José dos Campos.

Dentro da organização em Visat, os CEREST compõem e dão assistência integral aos trabalhadores, nos municípios. Regionalmente dividido, há os CEREST estaduais e os

municipais. Ao ser CRESO, com esta denominação, São José dos Campos não compõe a RENAST, a política mais acertada em ST no período, pois encontrou resistência pela administração municipal anterior a 2013, que ainda não foi superada pela nova administração. Mesmo assim, o CRESO de São José dos Campos está no mapa de vigilância sanitária compreende 12 municípios, onde teoricamente poderia atuar, por estar subordinado à Vigilância Epidemiológica e precariamente faz parte da RENAST:

É. E daí, o CEREST, o que acontece? Lá no jurídico para se transformar como CEREST mesmo, aí, o que acontece? Quando você vira CEREST, referência, você é referência não só pra São José dos Campos, mas é referência para uma determinada região. A região nossa abrange duas regiões epidemiológicas que é São José dos Campos e região e Caraguatatuba e região. São doze municípios.

Essa organização aqui é do RENAST?

É do RENAST.

Porque não era Cruzeiro?

Não. Cruzeiro pega o fundo do Vale. Cruzeiro tem o CEREST todo formado que pega o fundo do Vale todo. Aí tem o CEREST em Pinda que pega aquele miolo e nós que temos que pegar este bando de cá e são tres CEREST que cobririam o Vale do Paraíba e Litoral [CEREST de Pinda, de Cruzeiro e o daqui], estes tres CEREST que fazem parte da RENAST, eles cobrem todo Vale do Paraíba, porque depois Mogi, Guararema tem outra coisa pra lá, tá? De Santa Branca em diante...

Então, vocês aqui, teoricamente, teriam que trabalhar por São José dos Campos, Jacareí...

São José, Jacareí, Jambuí, Monteiro, Caçapava, Igaratá, (...) lá embaixo os quatro, Caraguá, Ubatuba, Ilha Bela e São Sebastião. Aqui em cima é Caçapava, Igaratá, Jacareí, Jambuí, Monteiro, Paraíba, Santa Branca e São José. São doze.

Por estar precariamente sob a organização da RENAST, como Cerest, embora sua denominação jurídica não tenha sido mudada, sofre a monitoração do Ministério da Saúde na área de ST:

(...) A gente [O CRESO] não morreu por uma força monetária mesmo... Porque assim, quando nós recebemos uma vistoria no apagar das luzes da outra gestão, o cara que veio do Ministério, que fez a reunião conosco [da Saúde] teve uma reunião, falou assim “como é que vocês conseguem trabalhar com esta equipe que vocês têm?” E mesmo assim, com a equipe reduzida que a gente tinha, a gente conseguiu sair com algumas coisas... Aí todo mundo: “porque a gosta do que faz” [comprometido com os trabalhadores]. Isto aqui se mantém porque esta equipe que você vê faz 20 anos que está junto, mas a gente envelhece (...)

O CRESO de São José dos Campos notificou, de acordo com os dados cadastrados no SINAN – SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO, desde 2007 a 2013, 5.442 agravos à saúde com maior potencial (porque acidentes leves não são declarados), o que é uma marca importante que revela a importância

da ST no município, confirmando o perfil do mercado de trabalho joseense. É relevante ressaltar que nos últimos três anos houve uma mudança no perfil da PEA joseense, sendo que de industriária, a cidade passou a ter um perfil de serviços, tal como é a nova classe trabalhadora, considerando que a globalização do capital levou ao desmonte do parque industrial fragmentando-o, recrudescendo o setor de serviços. Mas, o adoecimento adquirido no ambiente e processo do trabalho, pela sua caracterização na reestruturação produtiva, deixa marcas pretéritas que se revelam nos dados do CRESO no SINAN:

Tabela 1. Número de agravos casos notificados no SINAN

ANO	HOMENS	MULHERS	TOTAL
2007	116	120	275
2008	146	169	315
2009	427	217	644
2010	616	267	883
2011	657	295	952
2012	846	285	1131
2013	975	267	1242

Tabela 1. Elaboração própria. Dados fornecidos pelo CRESO/PMSJC que foram disponibilizados no SINAN/MS.

Os agravos notificados no SINAN representam apenas uma parte do atendimento geral feito pelo CRESO de SJC. O que explica o crescimento dos atendimentos do CRESO/CEREST nos anos de 2007-2013 é a participação do movimento sindical que, por conta da modificação do perfil do mercado de trabalho na cidade, com o fechamento de setores de fábricas multinacionais, como GM, a PHILIPS e o forte engajamento local do movimento sindical, levam até o CRESO as demandas de atendimentos ao trabalhador, em especial à formalização de Comunicações de Acidente de Trabalho, refletindo na estrutura de atendimento à saúde do trabalhador a luta sindical de reconhecimento dos adoecimentos do trabalho, tal qual discutido na 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, que teve como lema “TRABALHAR SIM, ADOECER NÃO”. Ou seja, o CRESO, mesmo com estrutura precária, sucateada, consegue minimamente dar respostas aos trabalhadores, apontando a luz no fim do túnel, de que é necessária a implantação completa da política de

saúde dos trabalhadores no município de São José dos Campos, com os referencias teóricos e metodológicos que norteiam a ST no Brasil.

Outro fato interessante que demonstra que o CRESO consegue refletir, mesmo no atendimento mínimo, a realidade da classe trabalhadora no Brasil, são os diagnósticos da CID - Classificação Internacional de Doença - dos agravos à saúde dos trabalhadores identificados congruentes com os levantamentos nacionais, servindo de coletor de dados epidemiológicos para a Visat, que servem para análise para elaboração de políticas públicas:

Tabela 2. Diagnósticos do SINAN de agravos à saúde relacionados ao trabalho

CID	Z57-9	Y96	H83-3	L98-9	J64	F99	C80	T65-9	Z20-9	Y09
Ano										
2007	90	16	21	0	3	7	0	0	117	0
2008	95	14	3	2	0	0	0	0	201	0
2009	404	27	21	4	1	7	0	7	173	0
2010	577	60	13	4	3	13	0	2	191	8
2011	609	92	19	3	1	10	0	0	202	16
2012	785	61	20	9	4	24	0	12	208	8
2013	975	81	19	2	3	20	0	20	106	16

Tabela 2. Elaboração própria. Dados informados ao SINAN/MS pelo CRESO/SS/PMSJC.

Z57-9 - Exposição ocupacional a fator de risco não especificado

Y 96 – Circunstâncias relativas às condições de trabalho

H 83-3 – Efeitos do ruído sobre o ouvido interno

L98-9 - Afecções da pele e do tecido subcutâneo, não especificados

J 64 – Pneumoconiose não especificada

F 99 – Transtorno Mental não especificado

C 80 - Neoplasia Maligna, sem Especificação de Localização

T 65-9 - Efeito tóxico de substância não especificada

Z 20-9 - Contato com e exposição a doença transmissível não especificada

Y 09 - Agressão por meios não especificados - residência

Elaboração própria. Dados fornecidos ao SINAN/MS pelo CRESO/PMSJC.

As circunstâncias relativas às condições de trabalho são abrangentes, vão desde a exposição aos riscos físicos e químicos, como a questão da exposição aos riscos ergonômicos, que inclui aí as doenças osteomusculares relacionadas ao trabalho, as conhecidas LER/DORT. Aparecem também os transtornos mentais, que é a coqueluche das doenças relacionadas ao trabalho na atualidade devido às técnicas de organização de trabalho e exigência de produtividade.

A demanda do CRESO atendendo outros municípios, por exigência da Vigilância Epidemiológica também números expressivos, considerando a precariedade das condições de atendimento, seja na referência e contrarreferência (um médico pedindo avaliação e encaminhando paciente a outro médico, de outra especialidade), seja na equipe multidisciplinar para fazer a vigilância da saúde no trabalho. Dos doze municípios que são abrangidos pela Vigilância Epidemiológica e que conformaria a RENAST com a sentinela em São José dos Campos, temos que a cidade de Jacareí é que apresenta maior fluxo, sendo que todas as cidades enviam pacientes para serem atendidos na área de ST, além de outros municípios que enviam trabalhadores em função da universalidade do atendimento do SUS, no qual a ST está inserida.

O levantamento de atendimento aos trabalhadores no CRESO, enquanto parte do SUS, tem sido feito pela Secretaria de Saúde Municipal de São José dos Campos desde 2011, que abrange todos os atendimentos relacionados à ST (com o critério de universalidade e regionalidade do SUS), porque as SSM de outros municípios não fazem a notificação de agravo à saúde do trabalhador, não formalizam a CAT, pelo o que os trabalhadores são encaminhados pelo movimento social ao CRESO, devido ao fato da equipe, reconhecidamente, manter estreiteza com os princípios e fundamentos atuais de ST.

Assim, os dados oferecidos ao SINAN dizem respeito aos agravos que têm exigência de notificação, sendo que estão dentro do número total de atendimentos do CRESO.

Tabela 3. Total de atendimento pelo CRESO/SMS/PMSJC

ANO	NOTIFICADOS SINAN	OUTROS MUNICIPIOS	Nº TOTAL ATENDIMENTOS
2010	883	634	4326
2011	952	1028	5652
2012	1131	925	5440
2013	1242	990	DADOS INCOMPLETOS

Tabela 3. Elaboração própria. Dados da SSM/CRESO sobre demanda do CRESO de 2010/2013.

Em 2010, por exemplo, de 4326 agravos atendidos, 883 foram notificados, dentre eles os agravos de trabalhadores atendidos de outros municípios. Dos números de trabalhadores atendidos nas colunas 3 e 4, temos que 14,65% em 2010, 18,18% em 2011 e 17% em 2012, são trabalhadores atendidos que não são munícipes de São José dos Campos. A média de atendimentos dessa natureza é de 16,6%, o que representa um número expressivo para uma equipe reduzida no CRESO/CEREST de São José dos Campos.

A média de atendimento de trabalhadores de 2010 a 2013 são de 5.139, que divididos ao longo do ano (doze meses) são 428 atendimentos, para dois médicos no período, uma engenheira do trabalho e uma técnica de segurança, ambas em desvio de função.

Mas, a necessidade e a credibilidade dos serviços prestados pelos servidores do CRESO de SJC movimenta a classe trabalhadora e cumpre seu papel dentro das circunstâncias sofríveis de falta de incremento na capacitação técnica, ausência de concurso público para o setor, ausência dos equipamentos necessários para atendimento integral à saúde do trabalhador (serviço de referência e contrarreferência), recursos humanos escassos, impossibilidades de ações concretas nos últimos dez anos em vigilância epidemiológica e de intervenção no ambiente de trabalho.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Saúde do Trabalhador no município de São José dos Campos foi constituído de equipe mínima para a atenção integral ao trabalhador no auge da elaboração das políticas públicas e no acender das luzes da construção do SUS, considerando a ênfase especial que a ST recebeu da Carta Constitucional de 1988.

Tal como o SUS, a ST contava com forte participação popular, desde a formulação da política até sua formulação em grandes eventos que contavam com a participação da sociedade organizada, com destaque especial aos sindicatos representativos das categorias profissionais e centrais sindicais até o lócus de implementação. Uma política construída de baixo para cima, democraticamente, com os critérios de organização do SUS, precipuamente, de forma hierarquizada e regionalizada.

O Brasil passou por uma fase em que houve severa redução dos gastos públicos propiciada pela onda neoliberal que varreu a América Latina, ideário da política do governo federal de 1990-2003. Mesmo diante deste quadro de mínima intervenção do Estado, conhecido como “Estado Mínimo”, houve na contra-mão um crescimento das elaborações teóricas e jurídicas no sentido de organizar e implementar as políticas de saúde do trabalhador no SUS. São leis e portarias emanadas diretamente do Legislativo e Executivo (Ministério da Saúde) e que não foram observadas pelo Executivo Municipal de São José dos Campos.

O Município de São José dos Campos atualmente tem uma equipe de atendimento à ST parcial, sendo que as ações de integralidade não se configuram pelo fato de que não houve investimento neste setor, mesmo diante do processo de elaboração de políticas públicas em saúde do trabalhador no decorrer dos anos 90, com bases sólidas quanto à mudança do arcabouço técnico e metodológico vindo do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira dos anos 1970-1980.

Enquanto no início dos anos 90 procurou-se dar efeito às determinações da Constituição Federal que elevou a ST à categoria de direito social, como dever do Estado, o município de São José dos Campos congelou a partir de 1996 a solidificação da ST, tornando o Cerest novamente como CRESO, remetendo o atendimento à ST ao tratamento individual caso a caso, sem intervenção no meio ambiente de trabalho e pesquisa restabelecendo a ótica reducionista da Saúde Ocupacional, o que determinou a ausência do envolvimento do Estado nas questões de saúde do trabalhador.

Isto se configurou na medida que não houve investimentos em equipamentos públicos na saúde do trabalhador, no setor de recursos humanos e na fomentação de pesquisa

e intervenções ambientais, deixando o CRESO inoperante quanto ao seu papel original, desconfigurando-o para o simples assistencialismo.

A participação social dos trabalhadores, por meio de suas representações sindicais, devido às mudanças no mercado de trabalho nacional, com reflexos em São José dos Campos, também foi diminuindo, inclusive nos Conselhos Municipais de Saúde, pelo enfraquecimento da inserção dos sindicatos na organização dos trabalho nas empresas, pela fragmentação das categorias profissionais advindas da terceirização e das privatizações, gerando divisões entre os trabalhadores que não foram ultrapassadas pela organização sindical.

Mesmo assim, diante destes fatos, o CRESO continuou existindo, adotando estratégias de atendimento mínimo, mantendo o contato com os trabalhadores, proporcionando uma demanda que justificasse a existência da equipe necessária para desenvolver ações e serviços de atendimento à saúde do trabalhador, mesmo sem o eixo de ser uma instituição de promoção da saúde e de pesquisa para produção de políticas públicas para o setor e de prevenção aos agravos relacionados ao meio ambiente e processo do trabalho.

O que se observou na pesquisa e na literatura é que há um grande comprometimento dos profissionais da área, nas esferas federal, estadual e municipal quanto à implementação das políticas públicas em Saúde do Trabalhador, e foi isto exatamente o que moveu a existência do CRESO dentro da estrutura da Secretaria Municipal de Saúde de São José dos Campos até o momento.

Mesmo diante dos esforços do Ministério da Saúde, do mandamento constitucional quando inseriu a saúde do trabalhador como um direito fundamental e da vasta produção teórica e metodológica na área de ST com a organização sistêmica da ST por parte do governo federal, os programas, por uma decisão política do executivo municipal, não foram implementados em São José dos Campos. Mesmo posteriormente com a regionalização (SJC abrange em ST 12 municípios), o aporte de recursos humanos e financeiro não existiu, mantendo a mesma equipe. O financiamento como um centro na Renast foi importante para manter, no piso, o funcionamento do CRESO, mas não significou sua incrementação.

Os números comprovam que a ST sempre foi uma demanda constante no município, que foi mantido e reivindicado pela classe trabalhadora organizada e pelos outros trabalhadores do mercado de trabalho, tanto assim que é procurado e se mantém, efetivamente, como referência em ST, tendo o reconhecimento da população.

Sendo assim, o que explica o comportamento da administração municipal do município entre 1996-2012 é o fato de que a ideologia política daquele momento era de um

Estado Mínimo, com mínima intervenção nas relações de trabalho, considerando a saúde do trabalhador como uma questão apenas do processo saúde-doença, ou seja, se adoecer, cura-se.

Esta política apoiada nas escolas tradicionais de Medicina do Trabalho e da Saúde Ocupacional justificou a ação do não investimento e da não implementação das políticas gestadas no interior do Ministério da Saúde no período na área de ST, revelando a influência da onda neoliberal na administração pública, em detrimento da demanda que se colocava.

O fato de haver verba destinada para a saúde do trabalhador e a implementação de suas ações e estas não serem implantadas demonstra que o governo municipal não aderiu às formulações da ST por uma questão política, ideológica.

O administrador executivo municipal optou por não implementar as políticas do SUS no município por discordar das formulações ideológicas que embasam a Saúde Pública brasileira, descaracterizando o papel de gestor público dos recursos e bens públicos do Executivo que deve priorizar as necessidades da população que o elegeu, comprometendo seu bem estar e inclusão social, que na sociedade capitalista significa acesso aos serviços como conformador do exercício do direito à cidadania, tudo com finalidade de materializar a dignidade humana.

O administrador público não pode se render às suas concepções ideológicas, pessoais ou do grupo que representa, pois está no comando de uma máquina pública, gerenciando seus recursos, que devem ser direcionados conforme as necessidades da população, principalmente considerando, no caso estudado, que a novidade da reforma sanitária que teve como ápice a criação de um sistema único de saúde universal, integral, regionalizado e hierarquizado, há a exigência do controle social como diretriz e princípio da saúde pública no país. O homem administrador não pode se confundir com o homem político, à frente da Administração Pública, sob pena de se ignorar uma agenda política necessária e apresentada.

No estudo de caso observou-se que houve sim, uma deliberada decisão política em não fortalecer a ST por questões de ideologia, colocando em cheque a saúde dos trabalhadores de São José dos Campos, tendo como saldo um número expressivo de doentes do trabalho, com causas originadas exclusivamente no trabalho que realizam.

Os dados lançados pelo CRESO, ainda não alterado para Cerest juridicamente, demonstram que mesmo com a escassez de recursos materiais e humanos o atendimento perdurou por uma dedicação de seus profissionais concursados, comprometidos com a

questão da Saúde do Trabalho com a visão da determinação social no adoecimento, de acordo com a Medicina Social Latinoamericana.

Com este painel é possível a continuidade do atendimento aos trabalhadores de forma específica, pois ficou claro que há a demanda. Existe a procura pelo CRESO, mesmo atendendo na precariedade. O que é recomendável fazer é agilizar a máquina pública para que juridicamente torne-se Cerest e com isso acarrete todas as prerrogativas, como as de fiscalização e intervenção no meio ambiente de trabalho e, inclusive, a retomada da participação dos trabalhadores nos conselhos interssetoriais e, por consequência, a reativação do assento aos conselhos municipais de saúde.

É um simples “cumpra-se a lei”, porque todo o arcabouço jurídico a que se restringe as ações da Administração Pública, de acordo com o princípio da legalidade insculpida no artigo 37 da Constituição Federal, está pronto, colocado em ST, apto a ser desenvolvido. Observa-se que falta a “vontade política” das lideranças políticas e o que aparenta ser um contingenciamento de verba impede o desenvolvimento da ST no município de São José dos Campos.

Para melhorar a ST no município de São José dos Campos é preciso aumentar o quadro de profissionais técnicos e multidisciplinar no setor, com contratos que tenham uma política de recursos humanos adequada como salário e condições de trabalho, além de propiciar a formação técnica profissional de forma continuada. O CRESO/Cerest deve ter uma política de formação e capacitação de seus profissionais.

Concomitantemente, deve-se fomentar a CIST no CRESO/Cerest de São José dos Campos em busca de intensificar a participação dos trabalhadores para que isto se reflita também no controle social, no caso, a representação dos trabalhadores no conselho municipal de saúde, mantendo a ST como pauta constante da política geral de saúde no município.

Estes dois momentos são decisivos para que se deslanchem outras ações, como consequência.

O CRESO/Cerest deve ser fomentado para tanto para produzir ações de atenção à saúde à pessoa do trabalhador como para receber, compreender e expor dados que subsidiem a produção de políticas públicas em ST, com foco regional, dentro da Renast. Para isto, a intersetorialidade se manifesta com ações junto aos Ministérios Públicos Estadual e Federal do Trabalho, com outros órgãos do executivo municipal como a Secretaria de Desenvolvimento Social, a Secretaria de Relações do Trabalho e em especial junto à Atenção Primária em Saúde, ou Atenção Básica em Saúde.

Estudos devem ser realizados quanto à demanda que o CRESO apresenta, mesmo na debilidade, confirmando a necessidade da intervenção estatal nas condições ambientais de desenvolvimento do trabalho, bem como à racionalização para a eficiência da aplicação dos recursos públicos, que se demonstrou urgente para a questão em lócus de saúde do trabalhador.

Um estudo que deve ser urgente, paralelo à constituição da equipe multidisciplinar de atendimento à saúde do trabalhador, é sobre as prioridades do território. Com esta informação, todos os esforços devem ser concentrados na análise das prioridades e formas de intervenção para modificar a situação que gera do acidente de trabalho e adoecimento no trabalho. Ainda no campo da intersectorialidade, a academia deve ser privilegiada, mantendo convênios e propostas de formação sempre visando a produção de conhecimento para intervenção na realidade de trabalho na região.

Estas são ações conjuntas que fortalecem a Renast e a autorizam à intervenção social imediata, com autoridade.

Devem ser realizados, portanto, com urgência, estudos de: a) análise do perfil produtivo e a saúde dos trabalhadores da região, b) estratégias que apontam para o avanço da coletividade, c) vigilância, com participação dos trabalhadores, sobre os grupos que estão expostos a riscos no trabalho que agravam a saúde, mapeando-os.

Importantes estudos no setor de reabilitação profissional também devem ser iniciados, considerando que é por meio da reabilitação que se devolve o trabalhador à condição de produtivo e inserido na sociedade. O acompanhamento deste setor deve ser acompanhado muito de perto pelas representações dos trabalhadores envolvidos, uma vez que se trata de uma política que tem impacto relevante no mercado de trabalho.

A Visat deve ser fortalecida, pois integra todos os níveis e setores de atenção à saúde do trabalhador e sempre deve ser elaborada a partir da participação ativa de seu interlocutor direto, o trabalhador. Mecanismos devem ser estabelecidos para que os projetos, estudos e análises intersectoriais sejam propostos a fim de que a intervenção possa também se dar intersectorialmente, propondo melhorias.

REFERÊNCIAS

- ARTUR, Karen. **Participação dos trabalhadores na implementação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora:** percepções de atores do trabalho e suas estratégias de defesa do direito à saúde do trabalhador. Anais do V Seminário Nacional Sociologia & Política/14, 15 e 16 de maio de 2014, Curitiba – PR. UFPR. Disponível em: http://www.humanas.ufpr.br/portal/seminariosociologiapolitica/files/2014/08/23945_1396908308.pdf. Acesso em 10 nov. 2014
- BRASIL. **Relatório Final da 8ª Conferência Nacional da Saúde.** 1986. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/relatorios/relatorio_8.pdf
- _____. Constituição (1988). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 05 out. 1988.
- _____. Ministério da Saúde. **Lei Orgânica da Saúde - LOS.** Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde/ACS, 1990.
- _____. Ministério da Saúde. **Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas.** Área Técnica de Saúde do Trabalhador. Lesões por Esforços Repetitivos (LER) e Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (DORT) / Ministério da Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Área Técnica de Saúde do Trabalhador; elaboração Maria Maeno ...[et al]. – Brasília : Ministério da Saúde, 2001.
- _____. Rede Interagencial de Informação para a Saúde. **Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações / Rede Interagencial de Informação para a Saúde - Ripsa.** – 2. ed. – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008.
- _____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012. **Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora.** *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 24 ago. 2012. Seção I, p. 46-51. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823_23_08_2012.html. Acesso em 28 ago. 2014.
- CHIAVEGATTO, Claudia Vasques; ALGRANTI, Eduardo. **Políticas públicas de saúde do trabalhador no Brasil:** oportunidades e desafios. **Rev. bras. saúde ocup.**, São Paulo , v.

38, n. 127, jun. 2013, p. 11-30 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0303-76572013000100005&lng=pt&nrm=iso>. acesso em 29 ago. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S0303-76572013000100005>.

COSTA, Danilo *et al* . **Saúde do Trabalhador no SUS: desafios para uma política pública**. Rev. bras. saúde ocup., São Paulo , v. 38, n. 127, jun. 2013 .

COUTINHO, BALTAR e CAMARGO. **Desempenho industrial e do Emprego sob a política de estabilização**. In: Abertura e Ajuste do mercado de trabalho no Brasil. Políticas para conciliar desafios de emprego e competitividade. São Paulo : Editora 34, 1999.

CREPOP. Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas (CREPOP). **Saúde do Trabalhador no âmbito da Saúde Pública: referências para a atuação do(a) psicólogo(a) / Conselho Federal de Psicologia (CFP)**. -- Brasília, CFP, 2008. p. 74.

DALDON, Maria Teresa Bruni; LANCMAN, Selma. **Vigilância em Saúde do Trabalhador: rumos e incertezas**. Rev. bras. saúde ocup., São Paulo , v. 38, n. 127, jun. 2013 .

DEDECCA, Cláudio Salvadori. **Racionalização econômica e trabalho no capitalismo avançado**. Campinas, SP: UNICAMP, IE, 2002. (Coleção Teses)

FAGNANI, Eduardo. **Política social no Brasil (1964-2002): entre a cidadania e a caridade**. Campinas: IE-Unicamp, 2005, Tese de Doutorado.

FILHO, José Marçal Jackson; GARCIA, Eduardo Garcia; ALMEIDA, Ildeberto Muniz. **A Saúde do Trabalhador com problema público ou a ausência do Estado como projeto**. Revista Brasileiro de Saúde Ocupacional. São Paulo, v. 32, n. 115, 2007. pág. 4-6.

FRIAS JUNIOR, Carlos Alberto da Silva. **A saúde do trabalhador no Maranhão: uma visão atual e proposta de atuação**/Carlos Alberto da Silva Frias Junior. Rio de Janeiro : 1999.

Dissertação apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública – ENSP/FIOCRUZ para obtenção do título de mestre em Saúde Pública. Orientador: Profº Carlos Minayo- Gómez.

GOMEZ, Carlos Minayo. **Avanços e entraves na implementação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador**. Rev. bras. saúde ocup., São Paulo , v. 38, n. 127, jun. 2013 .

LACAZ, Francisco Antonio de Castro; FLORIO, Solange Maria Ribeiro. Controle social, mundo do trabalho e as Conferências Nacionais de Saúde da virada do século XX. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, n.6, Dez. 2009. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000600019&lng=en&nrm=iso>. Acessado em 27 Dez. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000600019>

LAURELL, A.C.;NORIEGA, M. **Processo de produção e saúde:** trabalho e desgaste operário: São Paulo: Cebes/Hucitec, 1989.

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.

MACHADO, Jorge Mesquita Huet *et al* . Situação da Rede Nacional de Atenção Integral em Saúde do Trabalhador (Renast) no Brasil, 2008-2009. **Rev. bras. saúde ocup.**, São Paulo , v. 38, n. 128, dez. 2013 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0303-76572013000200012&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 22 nov. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S0303-76572013000200012>.

MAENO, Maria e CARMO, José Carlos. **Saúde do trabalhador no SUS: aprender com o passado e trabalhar o presente construir o futuro.** São Paulo: Ed. Hucitec, 2005.

MALMEGRIN, Maria Leonídia. **Redes Públicas de cooperação local.** Florianópolis : Departamento de Ciências de Administração/UFSC; (Brasília) : CAPES : UAB, 2010. p 140.

NARDI, Henrique Caetano. Saúde do Trabalhador. **In: CATTANI, A. D. (org.) (1997) Trabalho e tecnologia, dicionário crítico.** Petrópolis: Editora Vozes; Porto Alegre: Ed. Universidade, 219-224. Disponível no site http://webensino.unicamp.br/disciplinas/FN700-292964/apoio/9/Nardi_07.doc . Acesso em 16 nov 2014.

OLIVEIRA, Maria Helena Barros de; VASCONCELLOS, Luiz Carlos F. **Política de Saúde do Trabalhador no Brasil:** muitas questões sem respostas. Cad. Saúde Públ.. Rio de Janeiro, 8 (2): 150-156, abr/jun, 1992.

OLIVEIRA, Maria Helena Barros de; VASCONCELLOS, Luiz Carlos F. **As políticas públicas brasileiras de saúde do trabalhador:** tempos de avaliação. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde : Saúde em Debate. v. 24, n. 55, mai/ago 2000, p.92-103. Disponível no site http://docvirt.com/asp/acervo_cebes.asp?Bib=SAUDEDEBATE&PASTA=V.24%2C+N.55+-+maio&pesq=tempos+de+avalia%E7%E3o&x=0&y=0 . Acesso em 16 nov. 2014.

OLIVEIRA, Regina Márcia Rangel de. **A abordagem das lesões por esforços repetitivos/distúrbios osteomoleculares relacionados ao trabalho - LER/DORT** no Centro de Referência em Saúde do Trabalhador do Espírito Santo - CRST/ES. [Mestrado] Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 2001. 143 p. Disponível no site http://portalteses.icict.fiocruz.br/transf.php?script=thes_chap&id=00005104&lng=pt&nrm=iso#top. Acesso em 12 nov.2014.

PADILHA, Norma Sueli. **Do meio ambiente do trabalho equilibrado**. São Paulo: Ed. Ltr, 2002.

PAIM, Jairnilson Silva; TEIXEIRA, Carmem Fontes. **Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte**. Rev. Saúde Pública. Rio de Janeiro, .2006;40(N Esp):73-8

REVISTA BRASILEIRA DE SAÚDE OCUPACIONAL. **Dossiê temático: Atenção integral em saúde do trabalhador: desafios e perspectivas de uma política pública – II. Volume 38, nº 128. Disponível para acesso por internet na página** <http://www.fundacentro.gov.br/rbso/rbsosumario-rbso-n-128-volume-38>.

REVISTA BRASILEIRA DE SAÚDE OCUPACIONAL. **Dossiê temático: Atenção integral em saúde do trabalhador: desafios e perspectivas de uma política pública – I. Volume 38, nº 127. Disponível para acesso por internet na página** <http://www.fundacentro.gov.br/rbso/rbsosumario-rbso-n-127-volume-38>.

SANTOS, Lenir e ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro de. **SUS: O espaço da gestão inovada e dos consensos interfederativos**. 2ª ed. . Campinas, São Paulo : Saberes Editora, 2009.

SÃO PAULO. Publicação integrante do Diagnóstico para Ações Regionais da Secretaria do Emprego e Relações do Trabalho do Estado de São Paulo. SEADE. 2011. Disponível em:

SÃO PAULO. SEADE. Disponível em: http://www.seade.gov.br/profissoes/wp-content/uploads/2014/10/Painel_profis_RMValeParaiba_2trim.pdf.

SELIGMANN-SILVA, Edith *et al* . **O mundo contemporâneo do trabalho e a saúde mental do trabalhador**. Rev. bras. saúde ocup., São Paulo , v. 35, n. 122, dez. 2010.

SELIGMAN-SILVA, Edith. **Trabalho e desgaste mental** : o direito de ser dono de si mesmo. São Paulo : Cortez, 2011.

SOUZA, André Evangelista de Souza ... (*et al.*); Organizadora: Lenir Santos. **Direito da Saúde no Brasil**. Campinas, São Paulo: Saberes Editora, 2010.