

SAÚDE DO TRABALHADOR, UMA QUESTÃO NEGLIGENCIADA NO MUNICÍPIO DE CAMPOS DOS GOYTACAZES: UMA AVALIAÇÃO PRELIMINAR

Elizabeth GAMA¹

Introdução

Saúde do trabalhador é um conceito que vem sendo construído desde a Antiguidade, quando era reconhecida a relação entre o trabalho, a saúde e a doença. Porém, tanto no trabalho escravo quanto no regime servil, não havia a preocupação em se preservar a saúde dos que eram submetidos ao trabalho. Com a Revolução Industrial, no século XVIII, o trabalhador "livre" para vender sua força de trabalho tornou-se presa da máquina, do ritmo e do imperativo da produção, da necessidade de acumulação rápida de capital e do máximo aproveitamento dos equipamentos, antes de se tornarem obsoletos. Assim, jornadas extensas e extenuantes, além da aglomeração humana em espaços inadequados, propiciavam a acelerada proliferação de doenças infectocontagiosas e eram freqüentemente incompatíveis com a vida. Ao mesmo tempo a periculosidade das máquinas era responsável por mutilações e mortes (GOMEZ e COSTA, 1997).

Naquele momento, os excessos de exploração da força de trabalho exigiram uma intervenção, sob pena de tornar inviável a sobrevivência e reprodução do próprio processo produtivo. Normatizações, legislações e propostas controvertidas de intervir nas empresas passaram a tomar corpo, inicialmente na Inglaterra, espalhando-se posteriormente para os demais países centrais. Instaurava-se assim a medicina de fábrica, o que seria uma das características da *medicina do trabalho*, mantida até hoje, com uma visão eminentemente biológica e individual, centrada na figura do médico, no espaço restrito da fábrica, numa relação de unicausalidade, voltadas à seleção e manutenção da higidez da força de trabalho, com ações voltadas para o ambiente e para o posto de trabalho, sendo o trabalhador apenas objeto dessas ações.

¹ Mestranda em Planejamento Regional e Gestão de Cidades pela Universidade Cândido Mendes – Campos/RJ.

Na primeira metade do século XX, após as duas grandes guerras mundiais, as mudanças nos processos produtivos e os esforços de reconstrução evidenciaram novos problemas de saúde relacionados ao trabalho. Outros profissionais se juntaram à equipe médica e aspectos da higiene, da ergonomia e da segurança do trabalho foram levantados. A *saúde ocupacional* avança, então, numa proposta interdisciplinar, com base na higiene industrial, relacionando o ambiente de trabalho ao corpo do trabalhador. A teoria da multicausalidade, na qual um conjunto de fatores de risco é considerado na produção da doença, avaliada através da clínica médica e de indicadores ambientais e biológicos de exposição e efeito, é incorporada.

Na segunda metade da década de 1950, um movimento social renovado, revigorado e redirecionado surge nos países industrializados do mundo ocidental, notadamente na Alemanha, França, Inglaterra, Estados Unidos e Itália, e se espalha mundo afora, marcado pelo questionamento do sentido da vida, do valor da liberdade, do significado do trabalho na vida, do uso do corpo e da denúncia do obsoletismo de valores já sem significado para a nova geração. Estes questionamentos abalaram a confiança no Estado e, como resposta ao movimento social e dos trabalhadores, novas políticas sociais tomam a roupagem de lei, introduzindo significativas mudanças na legislação do trabalho e, em especial, nos aspectos de saúde e segurança do trabalhador. Ecos desse intenso processo social de mudança, ocorrido no mundo ocidental nos últimos vinte anos, chegam ao Brasil em fins da década de 1970 do século passado, num momento histórico marcado pela reorganização social e a retomada da democratização do país. As formulações teórico-conceituais produzidas pela epidemiologia social, com o apoio dos trabalhadores, e em particular dos sindicatos sintonizados com as premissas do “novo sindicalismo”, bem como a agenda da Reforma Sanitária Brasileira, incluíram as questões de *saúde do trabalhador*. Assim, o movimento da Saúde do Trabalhador, no Brasil, toma forma no final dos anos 70, tendo como eixos a defesa do direito ao trabalho digno e saudável, a participação dos trabalhadores nas decisões sobre a organização e gestão dos processos produtivos e a busca da garantia de atenção integral à saúde.

Na década de 1970, profundas mudanças são observadas nos processos de trabalho. Num sentido "macro", observa-se uma forte tendência de *terciarização* da economia dos países desenvolvidos, com o início do declínio do setor secundário (indústria) e o crescimento acentuado do setor terciário (serviços), com óbvia mudança do perfil da força de trabalho empregada.

Ocorre um processo de transferência de indústrias para o “Terceiro Mundo” - uma verdadeira *transnacionalização* da produção – e principalmente daquelas que provocam poluição ambiental ou risco para a saúde (ex.: produção de asbesto, chumbo, agrotóxicos, e outros), e das que requerem muita mão de obra, com baixa tecnologia.

Num nível "micro", observa-se a rápida implantação de *novas tecnologias*, entre as quais a *automação* (máquinas de controle numérico, robôs e outros) e a *informatização*. Apesar de a automação e a informatização virem cercadas de certa aura mítica de se constituírem na "última palavra da ciência a serviço do homem", elas introduziram, na verdade, profundas modificações na organização do trabalho, ao permitirem ao capital diminuir sua dependência dos trabalhadores, ao mesmo tempo em que aumentaram a possibilidade de controle. Ressurge, com vigor redobrado, o *taylorismo*, através de dois de seus princípios básicos: o da primazia da gerência (via apropriação do conhecimento operário e pela interferência direta nos métodos e processos) e o da importância do planejamento e controle do trabalho.

A saúde do trabalhador considera o trabalho enquanto organizador da vida social, como o espaço de dominação e submissão do trabalhador pelo capital, mas igualmente, de resistência, de constituição, e do fazer histórico. “Nesta história os trabalhadores assumem o papel de atores, de sujeitos capazes de pensar e de se pensarem, produzindo uma experiência própria, no conjunto das representações da sociedade” (MENDES e DIAS, 1991).

A atenção à saúde do trabalhador no Brasil

Tradicionalmente, no Brasil, a atenção à saúde dos trabalhadores inseridos no setor formal de trabalho – a regulação e inspeção das condições de trabalho e a assistência médica – era atribuição dos Ministérios do Trabalho e da Previdência Social. Apesar das inovações, o texto constitucional manteve a superposição ou concorrência de algumas dessas atribuições, fomentando conflitos entre os gestores, particularmente quanto às ações de fiscalização dos ambientes e condições de trabalho. A Saúde do Trabalhador também foi formalmente incorporada no organograma e práticas do Ministério da Saúde (MS) e nos níveis estaduais e municipais do SUS. Entretanto, desde o início, a compartimentalização das estruturas vem dificultando a implementação de uma atenção integral e integrada aos trabalhadores.

Com a Constituição Federal de 1988 (que enunciou um conceito ampliado de saúde, incluindo em seu escopo as condições de alimentação, habitação, renda, meio ambiente, trabalho e emprego), foi atribuído ao SUS a responsabilidade de um cuidado diferenciado para os trabalhadores, considerando sua inserção no processo produtivo. A organização da prática desse cuidado se deu centrada no modelo dos Centros de Referência (CEREST). Assim, os anos de 1990 produziram inúmeras experiências destes Centros de Referências, em diversos pontos do país, ligados em sua imensa maioria às Secretarias Municipais de Saúde, embora também a serviços de hospitais universitários e ações sindicais.

O que se verificou é que esses Centros de Referência e Programas estavam se mantendo marginalizados com relação às políticas de saúde do SUS e também não estabeleciam qualquer relação entre si, tornando-se “urgente e necessário, para a própria sobrevivência da área, o desenvolvimento de novas estratégias visando romper com este ‘gueto’ e mergulhar profundamente nas políticas de saúde do SUS. Para tanto, dever-se-ia garantir a inserção de suas práticas, tanto assistenciais como as de vigilância, em todos os níveis do modelo técnico-assistencial adotado pelo SUS e em consonância com os princípios deste sistema de saúde, quais sejam: universalidade, equidade, regionalização e hierarquização das ações e controle social” (HOEFEL; DIAS; SILVA, 2005).

Em julho de 1999, no Encontro Nacional de Saúde do Trabalhador ficaram evidentes as seguintes necessidades: 1- de organizar os trabalhadores em todos os níveis de atenção; 2- de elaborar um projeto nacional de capacitação e formação de profissionais da área; 3- de aumentar a articulação entre gestores e movimentos sociais; 4- de criar novas metodologias para a vigilância em saúde do trabalhador; 5- de construir indicadores para o planejamento das ações; 6- de rever modelos calcados nos Centros de Referência, no sentido de sua avaliação e de redefinir seu papel de pólo de difusão e de realizador de ações, entre outras coisas.

Assim, no final de 2002 é implementada a Rede de Ação Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST), segundo o próprio modelo de atenção do Sistema Único de Saúde, seguindo os princípios da Universalidade de acesso, Integralidade de atenção, com Equidade e Controle Social, em um dado território, de modo regionalizado e hierarquizado, privilegiando a estratégia da Atenção Básica de Saúde e o enfoque da promoção à saúde, para o reordenamento da atenção à saúde.

A RENAST “constitui, então, a porta de entrada dos serviços de saúde e apresenta-se como a melhor estratégia para otimizar a saúde da população trabalhadora e minimizar as desigualdades entre os grupos populacionais, de modo a se alcançar equidade”. Além de permitir a entrada no sistema, ela propicia atenção com resolutividade e, não direcionada exclusivamente para a doença, ela coordena ou integra a referência a níveis mais complexos. É organizada a partir de uma base territorial e critérios epidemiológicos, priorizando os problemas mais comuns em uma dada comunidade, oferecendo serviços de prevenção, cura e reabilitação, visando maximizar a saúde e o bem-estar das pessoas. Pode-se dizer que a inserção efetiva das ações de Saúde do Trabalhador no SUS está diretamente relacionada à possibilidade de sua assimilação pela atenção básica. Além dos fatores organizacionais mencionados anteriormente, o crescimento do trabalho informal, familiar e em domicílio, reforça o papel da atenção básica de fazer chegar ações de saúde *o mais próximo possível de onde as pessoas vivem e trabalham*.

A atenção à saúde do trabalhador em Campos dos Goytacazes

Na década de 1970, surgem as primeiras ações direcionadas para a saúde dos trabalhadores na cidade, com atendimento em setores do hospital da Sociedade Portuguesa de Beneficência, do Hospital dos Plantadores de Cana e da Santa Casa de Misericórdia de Campos. São ações de caráter curativo, com uma lógica assistencial, e com foco na doença. A partir da década de 1990, surgiram novas preocupações com a efetiva relação entre saúde e trabalho, a partir da perspectiva característica da saúde do trabalhador, que vinha se expandindo no Brasil. Paralelamente, existiam as ações dos Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e de Medicina do Trabalho (SESMT), que eram também assistencialistas, e o trabalho das Comissões Internas de Prevenção de Acidentes (CIPA) que, comandadas pelos empregadores, tinham pouco a contribuir por ser um modelo patronal.

Com críticas ao modelo assistencialista e patronal, alguns interessados nessas questões se articularam na I Conferência Municipal de Saúde em prol da saúde do trabalhador, realizada em Campos no ano de 1991. As propostas que surgiram foram fundamentais para a implantação das ações de saúde do trabalhador no município: realização de atividades de educação em saúde do trabalhador; organização do programa de saúde do trabalhador; incentivo ao entrosamento dos setores de saúde,

trabalho e previdência; e estruturação do Conselho Municipal de Saúde do Trabalhador. No entanto, só em 1993, com a realização da II Conferência Municipal de Saúde, é que foram efetivamente lançadas as bases — os objetivos, a forma de gestão, e a estruturação — para a criação e operacionalização do programa de saúde do trabalhador.

Desde sua criação, na década de 1990, o Programa Saúde do Trabalhador (PST) deu início ao atendimento aos acidentados do trabalho, formou o conselho gestor, através de parceria com sindicatos, desenvolveu ações preventivas e educativas em empresas, além de interação com a delegacia Regional do Trabalho (DRT), com o Instituto Nacional de Seguro Social (INSS) e outros setores da sociedade civil organizada. Oficialmente, o PST de Campos só foi instituído em 1997, por meio da lei municipal nº 6.397 e ratificado no decreto de nº 45/98.

O surgimento de um programa cujo objetivo era analisar e intervir nas relações entre os processos produtivos da região e a saúde dos trabalhadores, claramente enfrentou oposição de setores conservadores, gestores da saúde, organizações políticas e sindicais aliados ao Capital (empresários, usineiros, etc.). O PST, uma vez criado, tinha a missão de ser um serviço de promoção à saúde dos trabalhadores (incluindo trabalhadores de empresas privadas, públicas, autônomos e informais) para prevenir doenças e acidentes decorrentes do trabalho, através de medidas que controlavam os riscos existentes, eliminando-os ou reduzindo-os. São elas: a vigilância epidemiológica e sanitária, para estudo e controle dos riscos e agravos à saúde do trabalhador; a orientação, acompanhamento e/ou encaminhamento dos trabalhadores vítimas de acidentes ou doenças decorrentes do trabalho (bem como a conseqüente recuperação e a reabilitação); e a fiscalização e controle das condições de produção e dos riscos de acidentes e/ou doenças decorrentes do trabalho, seriam suas principais atividades.

Em 2006, com a expansão da Rede de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST), o PST foi transformado em Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) regional. A turbulência política local, desde então, mudou radicalmente a trajetória da atenção à saúde do trabalhador impedindo a concretização dos objetivos, emperrando as ações e os acordos estabelecidos entre a equipe do CEREST e o gestor municipal, além do fato de que a coordenação do PST e posteriormente do CEREST variava de acordo com o partido político que estivesse no poder. Em comum havia o fato de que para nenhum desses gestores, ações de saúde do trabalhador era prioridade. O observado foi uma ênfase em ações assistenciais e

curativas em detrimento de ações preventivas e de vigilância.