
Controle social e saúde do trabalhador

Monica Lilia Vigna Silva Grippo

Artigo originalmente publicado na Revista da Consultoria Técnico-Legislativa SGP.5
Câmara Municipal de São Paulo - v.3, n.1 – São Paulo: CMSP, 2014.

Todos os direitos reservados. Este trabalho poderá ser reproduzido ou transmitido na íntegra, desde que citado (as) o (as) autor (as). Reproduções para fins comerciais são proibidas.
O conteúdo deste trabalho é de responsabilidade dos autores e não representa posicionamento oficial da Câmara Municipal de São Paulo.

Controle social e Saúde do Trabalhador

Monica Lilia Vigna Silva Grippo¹

O Controle Social é uma expressão comumente utilizada para conceituar os mecanismos que estabelecem a ordem social, através da disciplina da sociedade, submetendo-a a determinados padrões sociais e princípios morais, configurando desta forma o comportamento individual a um conjunto de regras prescritas (Correia, 2009, 66). O conceito aparece vinculado a propostas teóricas diferentes tendo sido desta forma entendido e utilizado de forma arbitrária em diferentes concepções.

Bergalli (2005, 181) refere que a importância deste conceito, como marco intelectual e enfoque ideológico, encontra-se também associada ao Funcionalismo Estrutural, teoria que preconiza que cada sociedade deve ser considerada uma totalidade, com regras identificáveis, onde seus componentes se integram e funcionam mecanicamente no intuito de manter a sua própria estabilidade, ou seja, entende que os indivíduos são a expressão da estrutura social, coesa em função de seu ordenamento jurídico, seus estatutos sociais e normas morais, e que conformam e regulam o comportamento de cada pessoa.

Para este autor, o uso original da expressão Controle Social se deu nas últimas décadas do século XIX e princípio do século XX, e se encontra intimamente ligado ao processo de intensificação da industrialização nos Estados Unidos da América e decorrente da imprescindibilidade de se organizar o processo de integração das massas de imigrantes com a população local. O intenso movimento imigratório foi desencadeado pela necessidade de mão de obra para o processo descomunal ocorrido naquele período o que trouxe como consequência conflitos tanto no âmbito étnico-cultural quanto em questões estruturais urbanas, pois as cidades não comportavam o fluxo de pessoas.

Em consequência destas questões, vários Estados Americanos criaram legislações que regulavam a entrada dos imigrantes, prática que levou a Corte Suprema Americana, em 1867, a declarar a inconstitucionalidade de Leis individuais dos Estados relativas à imigração, buscando assim uma homogeneidade legislativa e, posteriormente, a promulgação da *Immigration Act*, em 1924, que criava a restrição através do estabelecimento de quotas para a entrada de imigrantes no país (EUA, 1924).

¹ Enfermeira, Mestre em Enfermagem em Saúde Coletiva pela EEUSP – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, Especialista em Gerenciamento de Unidades de Saúde – Projeto GERUS; Consultor Técnico Legislativo – Enfermagem – Comissão da Saúde, Promoção Social, Trabalho e Mulher – SGP – 52

Neste contexto de “desorganização social”, novas propostas teóricas foram formuladas pela nascente Ciência Social como alternativas ao fracasso dos controles políticos e legais e estas traziam como orientação uma mescla de componentes próprios da sociedade americana, ali representada pelo perfil dos sociólogos de então: homens, brancos e de formação religiosa protestante. Esta mescla era pretensamente o modelo ideal de comportamentos que os imigrantes deveriam assimilar para integrar-se à sociedade receptora. Denominada como Controle Social, esta ideia, apesar de suas irreais pretensões, tinha uma manifesta vontade democrática por parte dos acadêmicos.

Portanto, o retorno à ordem social pretendida correspondia ao modelo de ordem, entendido por uma parcela da sociedade detentora de recursos econômicos, onde o controle social seria aplicado para controlar os imigrantes, que representavam outra parcela daquela mesma sociedade, esta desprovida de recursos equivalentes.

Em uma análise marxista, esta situação exemplificaria o que pode ocorrer em uma economia capitalista, onde o controle social é entendido como uma função que o Estado exerce sobre um conjunto da sociedade em favor dos interesses de uma classe dominante, em busca apenas de garantir um consenso em torno da aceitação da ordem capitalista estabelecida.

Este controle se efetivaria *“através da intervenção do Estado sobre os conflitos sociais imanentes da reprodução do capital, implementando políticas sociais para manter a atual ordem, difundindo a ideologia dominante e interferindo no cotidiano da vida dos indivíduos, reforçando a internalização de normas e comportamentos legitimados socialmente”* (Iamamoto e Carvalho apud Correia, 2009, 68).

Em uma perspectiva política, o conceito pode ser usado tanto para designar o controle de um Estado sobre a sociedade, assim como o controle do Estado pela sociedade. Este último entendimento nos remete a conceitos de Gramsci acerca da sociedade civil e do Estado, onde a primeira não existiria enquanto antagonista da sociedade política, e o segundo não seria compreendido enquanto uma instituição independente, mas como um poder resultante das relações entre as diferentes classes sociais (Fontes, 2009, 6). Portanto, a sociedade civil se constitui inseparável da noção de um todo, e representa uma arena onde a disputa entre classes é uma realidade que expressa suas contradições e ajustes.

A partir desta concepção sobre Estado, sociedade e seus conflitos, buscamos estabelecer as relações entre trabalho, saúde do trabalhador e controle social.

O Trabalho

O trabalho pode ser entendido como um processo no qual participam o homem e a natureza, sendo que o primeiro, com a sua própria ação, impulsiona, regula

e controla o seu intercambio material com o segundo (Marx, 2008 – Apud Braz, 2013, 276). Esta relação sujeito-objeto é mediada pelos instrumentos de trabalho, meios estes que tem por finalidade melhorar a apropriação da natureza pelo homem. Por sua vez, o produto do trabalho é obtido para satisfazer as necessidades humanas, tanto individuais quanto coletivas, em um processo que se desenvolve e se configura no curso da história.

O trabalho transforma o comportamento humano, diferenciando o homem do reino da natureza, em um ser mais complexo, produtor de sua existência sendo assim um elemento fundante do ser social, determinando as várias formas dos homens se organizarem e viverem em sociedade. Enquanto elemento transformador, o trabalho passa a ter centralidade na história da humanidade e como consequência torna-se passivo de transformação por este novo ser social, passando assim também a ser historicamente determinado. O ato de trabalhar conforma qualquer estrutura social, pois produz valores de uso, ou seja, produtos que são uteis a alguém e que visam satisfazer, como já afirmado, as necessidades do homem.

Já no modo de produção capitalista, a apropriação do processo de trabalho vai além da produção de valores de uso, passando a produzir mercadorias, ou seja, produtos para comercialização e não para o consumo direto, gerando assim um valor excedente, no intuito da acumulação e da valorização do próprio capital. Essa forma de apropriação do processo de trabalho para geração de valor excedente se dá através da expropriação e exploração do trabalhador, alienando-o de seu objeto de ação.

A Revolução Industrial significou um grande avanço no processo de produção de bens e o trabalho que anteriormente era exclusivamente manual foi substituído pelo uso das máquinas, resultando em uma otimização da produção e um incremento da perda do controle do processo de produção pelos trabalhadores e da comercialização de sua força de trabalho, ou seja, a mercantilização das habilidades e aptidões humanas e de sua capacidade produtiva. A partir do final do século XIX e início do século XX, o modo de produção capitalista foi-se configurando baseado em modelos da administração do capital, cujas concepções de produção se apoiam em métodos científicos da organização e racionalização do trabalho.

Frederick W. Taylor, engenheiro americano, publicou “Os princípios da administração”, em 1911, obra integrante da Teoria da Administração Científica, a qual procura aplicar a metodologia da ciência positiva, racional e metódica na resolução de problemas administrativos, cuja finalidade era a de alcançar o aumento da produtividade industrial através da racionalização da produção, da diminuição do tempo produtivo através de “comportamentos adequados” dos trabalhadores, da economia da mão de obra e do corte de gastos (Matos, Pires, 2006, 509).

Essa concepção trouxe uma fragmentação do processo de trabalho onde cada trabalhador passou a exercer uma atividade específica e repetitiva, através da

hierarquização e sistematização da produção. Uma seleção rigorosa do perfil adequado do operário passou a ser realizada em busca dos mais aptos para a realização das tarefas. Os “comportamentos adequados” foram definidos a partir de estudos sobre tempo e movimentos necessários para melhor eficiência do trabalhador, resultando em um controle cronometrado do trabalho e houve a instauração de incentivos salariais e prêmios de produtividade para melhores desempenhos. Esta organização administrativa reforçou a divisão técnica do trabalho na classe de dirigentes, com funções intelectuais, melhor remunerados, incumbidos do planejamento das ações, e na classe operária, com menor escolaridade, qualificação e remuneração, encarregada apenas de executar o trabalho previamente planejado.

Henry Ford, em 1914, cria um sistema de produção para a indústria automobilística, utilizando-se dos princípios do sistema Taylorista como base, acrescentando ao modelo a linha de montagem e a fabricação e incentivo do consumo em massa. Sua estratégia de organização da produção incorporou a mecanização e o uso de esteiras rolantes para a condução do produto entre um e outro operário, nas diferentes etapas do processo de fabricação, intensificando assim os ritmos e movimentos dos trabalhadores em atividades fracionadas de trabalho. O objetivo principal era a redução de custos, com a manutenção de uma baixa qualificação da mão-de-obra e uma maior velocidade na produção, o que tornava o produto menos custoso e mais acessível aos consumidores.

O “pacto fordista”, incentivo financeiro e de vantagens ofertado por Ford aos seus operários, garantia um aumento salarial e a concessão de benefícios sociais e trabalhistas, mas sua principal finalidade era diminuir a rotatividade da mão-de-obra e garantir a alta produtividade.

No livro, *My life and work* – Minha vida, minha obra – publicado em 1922, Ford desenvolveu três princípios de administração, a seguir: Intensificação – redução do tempo de produção, emprego imediato de equipamentos e matéria prima e rápida disponibilização do produto no mercado; Economicidade – estoques mínimos de matéria prima – e Produtividade – maior produção por trabalhador em menor tempo – especialização e linha de montagem (Szezerbicki¹, Pilatti, Kovaleski, 2004, 108).

Este modelo foi o mais difundido no século XX no processo de organização industrial influenciando todos os ramos da produção de mercadorias, tanto nos Estados Unidos, quanto em todo o mundo, sendo mantido até a atualidade em diversos países com algumas alterações.

As modalidades de gestão taylorista/fordista de produção foram desenvolvidas em um período de vigência de um Estado Norte Americano Liberal que preconizava a defesa da liberdade e da igualdade jurídica e onde as relações trabalhistas não sofriam interferência do governo que priorizava o contrato privado.

Outro impactante modelo de gestão industrial foi o Toyotismo, desenvolvido ao final da década de 60 pelo engenheiro Eiji Toyota e incorporado como alternativa ao modelo de produção em massa. Considerado como uma nova fase de disputa pela acumulação entre os países capitalistas mais desenvolvidos, onde a competitividade passou a ser o principal elemento de defesa e que representou, ao mesmo tempo, uma nova fase de expropriação da mão de obra associada à degradação das condições de trabalho, dos direitos trabalhistas e da vida dos trabalhadores.

Toyota idealizou este modelo após constatar problemas de adaptação do modelo fordista para seu país. Características como um grande estoque de produção, o tamanho físico das fábricas americanas e um volume grande de funcionários seriam elementos incompatíveis com as dimensões de um Japão possuidor de pequena extensão territorial e devastado pela guerra. (WOOD, 1992,12). Orientado pelo pequeno mercado consumidor interno, com pouca disponibilidade de capital e escassez de matéria prima, criou um modelo de diversidade de produtos, com redução de estoque de matéria prima e de produtos, eliminação de desperdício, otimização de tempo de manutenção, nos processos de manufatura, transporte e movimentação humana. A partir destes princípios instala-se um modelo composto por elementos como: a cronometragem de todas as ações – o *just-in-time*, a automação, o trabalho em equipe, a flexibilização da mão de obra, gestão participativa, controle de qualidade e terceirização.

Como consequência para o trabalho, ocorre uma diminuição significativa da quantidade da força de trabalho decorrente da automação e também a racionalização do trabalho, que passa a se dar em equipe na qual um líder, entre outras funções, substitui qualquer trabalhador ausente. A movimentação na cadeia produtiva no fordismo era a do produto, passando a ser, nesta forma de produção, a do trabalhador, o qual passa também a ser polivalente com sua consequente sobrecarga.

No Brasil ocorreu uma mescla de modelos produtivos, onde relações ultrapassadas convivem atualmente com as aceleradas transformações que o mundo do trabalho tem sofrido em função de movimentos como a globalização, a massificação das tecnologias de comunicação e a informatização. Observou-se uma redução dos postos de trabalho e desemprego, e como alternativa surgiram novas modalidades de contrato de trabalho e formas de vinculação do empregado: informalidade, ou seja, trabalhadores sem registro em carteira, com trabalho precário e contratos flexíveis.

Saúde e Trabalho

A relação entre a saúde e o ambiente de trabalho é constatada desde a antiguidade, mas foi durante a Revolução Industrial na Inglaterra da primeira metade do século XIX que surgem as primeiras preocupações com a saúde do trabalhador

(Minayo-Gomez, Thendim-Costa, 1997, 22). O trabalho era executado em ambientes desfavoráveis e caracterizado por jornadas extenuantes que consumiam os trabalhadores, entre eles, mulheres e crianças. Evidencia-se na época um aumento de doenças infectocontagiosas decorrentes da aglomeração de pessoas, tanto nos locais de trabalho quanto nas cidades emergentes, sem estrutura urbana adequada. Ocorre também, nos ambientes fabris, o aumento de acidentes com mortes e mutilações decorrentes do manuseio de máquinas sem segurança. Estas ocorrências na saúde colocam em risco a força de trabalho.

Surge então, para a sustentação do próprio processo de produção, a Medicina do Trabalho, especialidade médica, cuja proposta inicial era a locação do médico dentro da fábrica, que passou a ser o responsável pela prevenção e recuperação de doenças decorrentes do trabalho (Mendes e Dias, 1991, 341).

Médicos e Medicina do Trabalho

As concepções sobre a saúde e a doença são limitadas pelo desenvolvimento teórico e conceitual da ciência, assim como são condicionadas por componentes ideológicos que legitimam as opções conceituais, tornando-as hegemônicas (Oliveira, Egry, 2000, 12).

A hegemonia da Medicina do Trabalho enquanto campo de conhecimento tem início por volta de 1930, e sua sustentação ideológica se relaciona aos propósitos existentes já em sua criação. Estabelecida para analisar as relações entre trabalho e saúde e como recurso de intervenção e enfrentamento de problemas neste âmbito, a Medicina do Trabalho iniciou sua constituição, a partir de então e amplamente aplicado até os dias atuais, no âmbito da organização empresarial. Trouxe a presença do médico para dentro das fábricas em um esforço para detectar os danos e as causas das doenças resultantes do trabalho e, ao mesmo tempo, recuperar a mão de obra adoecida. Os “Serviços Médicos do Trabalho”, em sua criação, tinham como requisito serem dirigidos por pessoas de confiança e que defendessem os interesses do empregador, centrados na figura do médico que seria o responsável pela prevenção e pelos problemas de saúde locais.

Desta maneira, o Serviço Médico do Trabalho, em sua concepção sobre o adoecimento no trabalho, era orientado por uma visão clínica de uni causalidade, baseada na história natural da doença e sua abordagem focava a dimensão biológica e individual do adoecer. Na resolução de problemas, desconsiderava os determinantes sociais que configuram também o ambiente e o processo de trabalho na produção de doenças.

Seguindo a lógica destas bases científicas, suas intervenções em saúde, com uma prática meramente curativa, se davam no isolamento dos riscos específicos,

agindo somente em suas consequências, através da medicalização dos sintomas, da reparação dos desastres e das doenças do trabalho, em detrimento da prevenção dos fatores de risco e das intervenções no ambiente que gerariam custos para o empresário e prejudicariam a produção. A obrigatoriedade legal relativa às ações de saúde no trabalho se restringia apenas aos exames admissionais – de seleção – cuja finalidade era a verificação da aptidão do trabalhador.

Este modelo de assistência expandiu-se prontamente a outros países, acompanhando o processo de industrialização e passou a ter um destaque na assistência ao trabalhador e a seus familiares em decorrência da inexistência ou debilidade dos sistemas de saúde providos pelos Estados, o que, de certa forma, estabeleceu uma dependência do trabalhador, que ficou sujeito também ao controle direto de sua força de trabalho.

Em 1953, a Organização Internacional do Trabalho – OIT estabelece recomendações aos Estados membros sobre a “Proteção da Saúde dos Trabalhadores” (OIT, 1953) apontando para a necessidade de se prover atendimento médico aos trabalhadores e de formar médicos do trabalho qualificados, revendo através de um estudo a organização dos serviços médicos do trabalho nos países industrializados. Como resultado desta experiência e com a aprovação na Conferência Internacional do Trabalho de 1959 foi publicado o primeiro instrumento normativo de âmbito internacional denominando “Serviços de Medicina do Trabalho”.

O “Serviço de Medicina do Trabalho” passa a ser definido como um serviço organizado nos locais de trabalho ou em suas imediações destinado a:

- *assegurar a proteção dos trabalhadores contra todo o risco que prejudique a sua saúde e que possa resultar de seu trabalho ou das condições em que este se efetue;*
- *contribuir para a adaptação física e mental dos trabalhadores, em particular pela adequação do trabalho e pela sua colocação em lugares de trabalho correspondentes as suas aptidões;*
- *contribuir para o estabelecimento e a manutenção do nível mais elevado possível do bem estar físico e mental dos trabalhadores (OIT, 1959).*

Este instrumento avançou nas concepções sobre o adoecimento decorrente do trabalho e a respeito das formas de intervenção ao recomendar a necessidade da assistência em casos de urgências em acidentes de trabalho, no enfoque de que a atuação dos serviços deveria ser prioritariamente preventiva e em defender a importância da detecção denexo causal com o trabalho em casos de absenteísmo por doença. Também propunha o estabelecimento de relações do Serviço com outras unidades

de atenção à saúde pública, assim como a adoção de um prontuário individual do trabalhador e o adequado registro dos dados pertinentes, como as ações coletivas executadas e o estado de saúde geral dos trabalhadores.

Em contrapartida, consolida a medicina do trabalho como uma atividade exclusivamente médica, cuja prática se desenvolve nos locais de trabalho e confere a este profissional o poder de “adaptar os trabalhadores as condições de trabalho e de contribuir para o estabelecimento e manutenção de um bem estar físico e mental dos trabalhadores”, desconsiderando ainda a complexidade das relações e dos determinantes sociais envolvidos. O Brasil muito se pautou nesta Recomendação para a elaboração de diretrizes e organização da assistência ao trabalhador.

Apesar dos avanços conceituais trazidos pela Medicina do Trabalho, o desenvolvimento desta atividade vinculada à empresa, como um setor de sua responsabilidade, favorece mais a um controle da força de trabalho do que a uma real preocupação com sua saúde. Observa-se que o processo obrigatório de exame de admissão de pessoal funciona como fator de seleção de candidatos mais saudáveis, com menor probabilidade de adoecimento e seus gastos decorrentes (absenteísmo, previdência, interrupção da produção). Outras evidências de controle são perceptíveis nesta atividade por facilitar a análise de faltas motivadas por doenças, na qual a causa geradora do afastamento/adoecimento pode ser mais bem avaliada e até questionada, e pelo fato do Serviço locado no trabalho, ou próximo dele, tornar mais ágil o atendimento em busca de uma rápida recuperação e retorno à produção do trabalhador.

Medicina Ocupacional

Durante a Segunda Guerra Mundial e no período pós-guerra, com a aceleração da produção industrial, a piora das condições de trabalho e sua intensificação provocaram um desgaste desmedido nos trabalhadores. O aumento da incidência de acidentes e doenças de trabalho gerou custos para as companhias de seguros, pelo pagamento de indenizações por perdas de vidas e incapacidades laborais. Concomitantemente houve uma acelerada produção de novas tecnologias industriais – processos, equipamentos e produtos químicos e biológicos. Todos estes fatores, associados à necessidade de mão de obra produtiva, oneravam os empregadores e revelavam a limitação da Medicina do Trabalho na intervenção nos problemas de saúde decorrentes dos processos produtivos.

Diante da pressão dos empregadores e companhias de seguros e da insatisfação dos trabalhadores diante das condições precárias, constatou-se a necessidade da ampliação da atuação médica para além do âmbito individual. A Saúde Ocupacional surgiu dentro de grandes empresas como uma proposta de intervenção no ambiente de trabalho e de uma nova composição multiprofissional.

A Saúde Ocupacional, enquanto campo de conhecimento e de atuação foi vinculado à saúde ambiental e desenvolveu-se sobre duas vertentes. Uma delas, de cunho da higiene industrial e ocupacional, desqualificava o enfoque médico-epidemiológico da relação saúde-trabalho. Os primeiros estudos americanos sobre doenças ocupacionais com enfoque epidemiológico foram realizados na Universidade de Harvard, entre 1919 a 1930 (Mendes e Dias, 1991, 344).

No Brasil desenvolveu-se tardiamente, havendo uma participação intensa da Faculdade de Saúde Pública da USP nos estudos, divulgação e formação acadêmica em Saúde Ocupacional e, no âmbito institucional, o Instituto de Saúde Ocupacional – FUNDACENTRO – Fundação Jorge Duprat Figueiredo de Segurança e Medicina do Trabalho é criado em 1966 pelo governo federal, subsidiado por discussões realizadas com a OIT e preocupado com os crescentes índices de acidentes e doenças do trabalho no Brasil, com a finalidade de promover estudos e apontar soluções.

Na legislação trabalhista, regulamentou-se o Capítulo V da CLT – Consolidação das Leis do Trabalho, que trata da “Segurança e Medicina do Trabalho”, pela Lei nº 6.514, em dezembro de 1977. Em 1978 a Norma Regulamentadora (NR) nº 4 foi aprovada pela portaria ministerial nº 3.214, referente aos Serviços Especializados de Segurança e Medicina do Trabalho e trouxe a obrigatoriedade das equipes multiprofissionais nos locais de trabalho, a NR nº 7 – que dispõe sobre o Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional e a NR – 15 – que relaciona as atividades insalubres (MTE).

Em relação à previdência, a legislação manteve-se com a abordagem no indivíduo, garantindo direitos apenas para os trabalhadores inseridos no mercado formal de trabalho.

O modelo de Saúde Ocupacional mostrou-se insuficiente para atender às necessidades do sistema produtivo, o que poderia ser explicado, segundo Mendes e Dias (1991, 343), por fatores como reprodução do mecanicismo da medicina do trabalho como referencial; dificuldade de atuação em equipe multidisciplinar, com o desenvolvimento de ações desarticuladas e justapostas, resultante de diferentes interesses corporativos; incapacidade de acompanhar os ritmos de transformação tecnológicas dos processos de trabalho, tanto na capacitação de recursos humanos, quanto na produção do conhecimento; por desconsiderar o sujeito trabalhador, apesar do enfoque coletivo de suas ações e, por fim, manter a saúde ocupacional apenas no âmbito do trabalho.

O início da transformação do enfoque deste modelo para o modelo de saúde do trabalhador foi desencadeado por mudanças conceituais na saúde, por processos sociais e políticos, e principalmente pela participação dos trabalhadores e suas representações na reorganização de setores como o da saúde e do trabalho.

Participação dos trabalhadores

As mudanças radicais que a Revolução Industrial desencadeou tiveram impacto em todos os aspectos da vida social e na dos trabalhadores. Ao mesmo tempo em que se configurou como período de grande progresso material e econômico para o sistema capital, determinou também a configuração urbana e imprimiu novas relações econômicas e sociais, diferenciando as classes trabalhadoras do segundo setor de outros atores da sociedade.

A degradação das condições de vida em função do aumento da concentração urbana, assim como as condições de trabalho desgastantes e o excesso de jornada de trabalho, baixas remunerações e a falta de postos de trabalho para todos desencadearam, nos primórdios da industrialização, problemas como doenças, a drogadição e a prostituição, gerando também tensões entre as classes sociais.

Este cenário contribuiu para a organização dos trabalhadores em busca de melhoria das condições gerais de vida e de trabalho. Na Inglaterra, ao final do século XVIII ocorrem as primeiras manifestações de operários descontentes com as extensas jornadas e os salários insuficientes para a manutenção de suas necessidades básicas. Um dos primeiros, o chamado movimento Ludita, responsabilizava as máquinas industriais pelo desemprego, e sua forma de atuação principal se dava por invasão das fábricas e a destruição do maquinário. Como resposta a este movimento, no ano de 1812, o Parlamento Britânico aprovou a *Frame Braking Act*, lei que punia a quebra de máquinas com a pena de morte.

Como marco inicial na organização da classe operária inglesa, as manifestações em massa de Manchester, no ano de 1819, são consideradas as primeiras reivindicações políticas e sociais organizadas dos trabalhadores. Ainda na Inglaterra, em 1825, após a abolição da proibição do direito de associação surge a primeira onda de greves e a organização de representantes dos trabalhadores como o *Grand Union of Spinners*, em 1829, o *National Association for the Protection of Labour*, 1830 e o *Grand National Consolidated Trades Union* em 1834 (GRAÇA, 2000, 25).

A primeira legislação efetiva regulamentadora do trabalho naquele país foi a *Factory Act*, de 1833, que em sua essência regulamentava a jornada de crianças e adolescentes e controlava a idade de admissão ao trabalho (UK, 1833).

Outro movimento de destaque na Inglaterra foi o Cartismo, que surgiu por volta de 1838, sendo um dos primeiros a reivindicar a participação política dos trabalhadores e a defender a criação de leis em prol do operariado, reivindicando a redução das horas para todos e melhores condições de trabalho, assim como reformas junto ao Parlamento, com a ampliação de direitos de participação política, como a instituição do voto masculino universal e secreto e a renovação parlamentar anual.

Os problemas sociais contribuíram para a reflexão e novas concepções sobre as relações do trabalho e do capital foram idealizadas. Elas contestavam o individualismo liberal e os princípios da economia clássica, responsabilizando-os pelo agravamento desses problemas. O Socialismo Utópico, originário na França e assim denominado por falta de embasamento científico, preconizava que a atuação de um Estado centralizador da economia conseguiria controlar os abusos do capitalismo e que, junto com a ação da bondade humana, promoveria a partilha espontânea dos bens.

A concepção revolucionária se dá com o surgimento na Alemanha, no século XIX, do Socialismo Científico. Com a publicação de “O Manifesto Comunista” em 1848, de Friederich Engels e de Karl Marx, e de “O Capital”, em 1867, de Marx, surgem os conceitos de luta de classes e de mais valia, entre outros. Advogam o fim da propriedade privada dos meios de produção com a redistribuição das riquezas em busca do fim das diferenças entre as classes sociais.

No ano de 1864, cria-se a Associação Internacional dos Trabalhadores – AIT, também conhecida como a Primeira Internacional, entidade que pela primeira vez organizou a classe trabalhadora em caráter internacional, com a participação do operariado francês, alemão, inglês, italiano, suíço e polonês e tinha por intuito discutir questões políticas e trabalhistas como a limitação da jornada de trabalho diária em 8 (oito) horas, a criação de medidas sócio políticas em favor de mulheres e crianças, a supressão de exércitos permanentes e o comando sindical das greves. Uma de suas principais resoluções foi a que incentivava a participação política do proletariado, de forma organizada em Partidos Operários, como condição necessária a uma Revolução socialista. Foi marcada por constantes conflitos político-ideológicos internos e seu Conselho Geral foi dissoluto no ano de 1876 (MOREIRA, 1999).

O movimento do operariado italiano (MOI) foi originariamente organizado a partir do movimento socialista, que surgiu e se desenvolveu naquele país como um primeiro protesto contra o regime de opressão das massas trabalhadoras, privadas de qualquer direito, e sua intenção era direcionar e guiar a classe operaria na luta por liberdades democráticas. A trajetória do movimento italiano também foi alterada pelas duas grandes guerras mundiais e pelo surgimento do fascismo, fatores que enfraqueceram a luta do operariado.

A reconstrução da organização de seus trabalhadores decorreu da necessidade de intervenção no grave quadro de insalubridade instalado nos ambientes de trabalho no período posterior à segunda guerra. Nas décadas de 1950 e 1960 os acidentes de trabalho, inclusive os fatais, tiveram um acréscimo de 80% (oitenta por cento) em seus índices, que ultrapassaram o valor de um milhão ao ano (França, 2013, 91). A necessidade de trabalho levava à aceitação dos riscos à saúde em troca de compensações salariais, como horas extras e insalubridade.

Nos anos 60, uma nova consciência em construção leva os trabalhadores italianos a se organizarem em defesa de sua saúde e que, com o auxílio da “*Confederazione Generale Italiana del Lavoro – CGIL*”, de militantes partidários e técnicos, desencadearam uma reavaliação do conceito de monetização da saúde e a identificação dos fatores de nocividade do ambiente e dos processos produtivos. As experiências de discussões e intervenções envolvendo os diferentes atores com o protagonismo dos operários, melhores conhecedores dos processos de trabalho, seus riscos e consequências, geraram um acúmulo de conhecimento e a criação de acervos e centros de memória de luta. As informações coletadas relativas às doenças do trabalho se tornaram referência para a construção de um novo modelo de intervenção em ambientes de trabalho, com a apropriação do conhecimento pelo trabalhador e das possibilidades de sua intervenção.

Este processo levou a mudanças importantes na legislação do trabalho, principalmente em relação à saúde e segurança do trabalhador. O “*Estatuto dos Trabalhadores*” italiano, a Lei 300, de 20 de maio de 1970, considera esse conhecimento e incorpora as reivindicações dos trabalhadores.

A Organização Internacional do Trabalho – OIT – agência das Nações Unidas-ONU, sediada em Genebra, Suíça, foi construindo também, ao longo de sua existência, um importante acervo desse conhecimento específico em saúde do trabalhador. Fundada em 1919, possui um caráter de atuação de mediadora de discussões e promotora de consensos, constituiu-se como um banco de conhecimentos em saúde e relações do trabalho. Tem como missão declarada a promoção da justiça social e possui uma composição tripartite, com representantes dos governos, de organizações de empregadores e de trabalhadores dos Estados membros, permitindo uma participação igualitária e a sua prática consiste na discussão de assuntos pertinentes ao trabalho com a produção de diretrizes orientadoras. Desde a sua criação, os membros da OIT adotaram 188 Convenções Internacionais de Trabalho e 200 Recomendações sobre diversos temas, entre eles emprego, proteção social, saúde e segurança no trabalho. Em 1998, a Conferência Internacional do Trabalho aprovou a Declaração dos Princípios e Direitos Fundamentais no Trabalho. Esta Declaração estabelece quatro princípios fundamentais: liberdade sindical e reconhecimento efetivo do direito de negociação coletiva; eliminação de todas as formas de trabalho forçado; abolição efetiva do trabalho infantil; eliminação de todas as formas de discriminação no emprego ou na ocupação (OIT, 1998).

O acúmulo de saberes e a experiência do MOI na prática de participação dos trabalhadores, tanto na construção do conhecimento distintivo, quanto em sua mobilização e organização sindical sobre a relação saúde-trabalho, contribuíram de maneira importante para a construção de um modelo brasileiro de intervenção em saúde do trabalhador.

Saúde do Trabalhador

No Brasil, o modelo de Saúde do Trabalhador começa a ser delineado a partir da década de 1970, acompanhando as intensas discussões que vinham sendo realizadas para a implantação da Reforma Sanitária.

A agregação do conhecimento acadêmico dos departamentos de Medicina Preventiva ou de Medicina Comunitária de universidades como a UERJ – Universidade Estadual do Rio de Janeiro, a Unicamp – Universidade Estadual de Campinas, USP – Universidade de São Paulo e a Escola Nacional de Saúde Pública, da Fundação Oswaldo Cruz– FIOCRUZ, e de Entidades como o CEBES – Centro Brasileiro de Estudos da Saúde e a ABRASCO – Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, juntamente com a experiência cotidiana dos profissionais atuantes na saúde pública contribuíram para a construção de uma base conceitual, já presente na América Latina, que evidenciava a íntima relação entre saúde e estrutura social e desencadearam propostas para o estabelecimento de um sistema único, de responsabilidade e regulação do Estado, no setor Saúde.

O 1º Simpósio de Política Nacional de Saúde, promovido pelo CEBES, em outubro de 1979 aprovou documento que estabelecia alguns princípios e diretrizes para a saúde como o direito universal e inalienável, a descentralização, regionalização e hierarquização do sistema de saúde, e a participação popular para o controle democrático. Princípios estes que viriam a constar do Capítulo V – da Saúde, da Carta Constitucional de 1988 (CORDEIRO, 346, 2004).

No ano de 1983, a Organização Pan-americana de Saúde – OPAS, organismo da OMS nas Américas, reforça as diretrizes para a implantação de programações em saúde na rede pública de serviços sanitários voltadas para aqueles que trabalham, através do lançamento do Documento “*Programa de Acción em la Salud de los Trabajadores*”, assim como a OIT, em 1985, adota a Convenção nº 161 e a Recomendação nº 171, em sua 71ª Conferência Internacional do Trabalho, denominadas de “Convenção e Recomendação sobre os Serviços de Saúde no Trabalho”, que defendiam o princípio da ampla participação dos trabalhadores, atuação em equipes multiprofissionais e a sua implementação principalmente a partir de políticas públicas (Lacaz, 1997, 9).

A VIII Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em março de 1986, em seu relatório final, considerou a saúde como um conceito não abstrato e amplo, histórico e socialmente determinado, e também como um direito resultante de conquistas sociais com requisitos para o seu exercício pleno. Entre esses requisitos encontra-se a garantia de “trabalho em condições dignas, com amplo conhecimento e controle dos trabalhadores sobre o processo e o ambiente de trabalho” (CNS, 1986, 05). Observou ainda a coexistência no panorama nacional de formas rudimentares de

organização do trabalho produtivo com a mais avançada tecnologia da economia capitalista.

Em relação à participação social, o relatório final constatou a existência de debilidade na organização da sociedade civil e uma escassa participação popular na formulação e controle de políticas públicas em saúde.

A 1ª Conferência Nacional de Saúde dos Trabalhadores (CNST), ocorrida em dezembro de 1986 aconteceu após as amplas discussões realizadas nas conferências estaduais e municipais e caracterizou-se por um debate que transcendeu a questão técnica e aprofundou o âmbito político. Com o Tema “Saúde e Trabalho” no mesmo entendimento da “Saúde como Direito do Cidadão e Dever do Estado”, realizou um diagnóstico da situação da saúde e segurança no trabalho, propondo novas alternativas de atenção à saúde e a criação de uma política nacional, com uma concepção de saúde dos trabalhadores que extrapolava os limites da saúde ocupacional e resultante de um conjunto de fatores de ordem política, econômica e social, englobando neste conceito as condições dignas de vida, garantia de emprego, estabilidade e boa remuneração, lazer, organização livre, autônoma e representativa de classe e acesso a toda informação relativa aos trabalhadores.

Ao descrever a realidade do trabalhador brasileiro, trazia à discussão o momento político vivenciado na época. Arrocho salarial, baixos salários, desemprego, a inexistência de espaços participativos nos processos de decisão, e a rigidez de um regime de governo que coibia a organização e participação política. Sobre o mundo do trabalho, constatou problemas desencadeados pela contradição capital-trabalho que determina as condições materiais de vida e de saúde do trabalhador: ambientes de trabalho sub-humanos, incorporação de novas tecnologias para incremento da produtividade e seus riscos a saúde, uso indiscriminado de agrotóxicos na produção agrícola, entre outros.

Analisou a legislação, vigente no período, descrita como dúbia e mal elaborada, pois se baseava em modelos importados, como sendo ineficaz, tanto pela inadequação à realidade do trabalho, quanto pela impunidade no seu descumprimento, favorecendo os interesses do capital, e que permitia uma gama de interpretações decorrentes da diversidade de concepções e conceitos legais acerca de doenças e acidentes de trabalho. A Conferência apresentou como proposta a revisão da legislação com a participação dos trabalhadores.

Em seu relatório final enfatizou a importância da atuação dos trabalhadores no processo de defesa de sua saúde, através do envolvimento com os sindicatos, enquanto pauta de luta e reivindicações. Alertou para o risco destas ações se restringirem a categorias mais organizadas com sindicatos mais envolvidos, mas destacou como aspecto positivo o olhar mais apurado para as especificidades das relações de trabalho dentro de determinada categoria.

A percepção dos problemas brasileiros relativos ao mundo do trabalho só foi possível pela ampla participação, nesta conferência, de instituições engajadas no movimento operário e/ou preocupadas com o tema da saúde e trabalho, como a Central Única dos Trabalhadores (CUT); a Central Geral dos Trabalhadores (CGT); a Confederação Nacional da Agricultura (CNA); a Confederação Nacional do Comércio (CNC); a Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura (CONTAG); o Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (CNDM); o Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde e dos Ambientes de Trabalho (DIESAT) e o Fundacentro.

Ao apontar a necessidade da construção de políticas públicas em saúde do trabalhador enquanto direito fundamental, a 1º CNST concluiu que a participação dos trabalhadores seria decisiva para a abertura de espaços e obtenção de conquistas em saúde. Orientou como diretrizes a organização por meio da composição de comissões sindicais de saúde nas empresas, a obtenção de estabilidade de emprego dos delegados sindicais, o uso do instrumento legal de acordo coletivo para a efetivação de conquistas em saúde, assim como a garantia da participação sindical na elaboração de políticas governamentais e empresariais e na fiscalização das condições de trabalho.

Suas propostas relativas a uma nova forma de atenção à saúde do trabalhador estavam em consonância ao desejo do movimento de Reforma Sanitária para a criação de uma base legal e construção de um Sistema Único de Saúde, estatal, descentralizado, regionalizado, igualitário, que proporcionasse o atendimento integral universal, com garantia de participação dos trabalhadores na formulação da política, administração e gestão do sistema em todos os níveis. Outras sugestões foram apontadas, como a necessidade de ampliação de recursos de financiamento para o setor saúde e a disponibilização de informações pertinentes ao ambiente e riscos de trabalho, de doenças e acidentes ocupacionais e dados estatísticos, entre outros (RENAST, 1986).

Como fruto desta construção coletiva e de intensa mobilização social de diversas entidades, instituições e trabalhadores, em outubro de 1988, a garantia de direitos aos trabalhadores e a base legal para a construção do novo sistema de saúde são estabelecidas na promulgação da Constituição Federal.

A Constituição, em seu segundo capítulo, Dos Direitos Sociais, registra os avanços nas relações de trabalho. Este enquanto direito social fica estabelecido no artigo 6º, assim como são a educação, saúde e alimentação, entre outros, e nos artigos 7º e 8º são definidos os direitos dos trabalhadores urbanos e rurais que visam à melhoria das condições sociais e se refere a temas variados como a proteção do emprego, remuneração e benefícios, jornada de trabalho, entre outros.

Observa-se, ainda, que em incisos relativos à proteção da saúde no trabalho termos herdados da visão higienista da saúde ocupacional são mantidos em sua redação, assim como a monetarização dos riscos por meio de proventos adicionais, como visto a seguir:

Art.7.

XXII – redução dos riscos inerentes ao trabalho, por meio de normas de saúde, higiene e segurança;

XXIII – adicional de remuneração para as atividades penosas, insalubres ou perigosas, na forma da lei; (CF, 1988)

Garantias de livre associação profissional ou sindical e do direito de greve são asseguradas aos trabalhadores nos artigos 8º e 9º, garantindo constitucionalmente canais de manifestação e de participação organizada.

Mas é no Título VIII – Da Ordem Social, Capítulo II – Da Seguridade Social, Seção II – Da Saúde, que se consolida a base legal para o Sistema Único de Saúde – SUS – e torna-se constitucional o direito à saúde e a participação da comunidade. As ações de saúde do trabalhador são definidas, em seu art. 200, inciso II, como de competência e atribuição do SUS, incorporando-as às ações integrais de vigilância à saúde, no mesmo âmbito da vigilância epidemiológica e da sanitária.

A Lei Orgânica da Saúde, Lei Federal nº 8.080 de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, inclui em seu art. 6º, inciso I, alínea c a execução de ações de saúde do trabalhador no campo de atuação do SUS e, em seu parágrafo 3º, define a Saúde do Trabalhador como:

“...conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e a reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho...”(BRASIL, 1990)

O respectivo artigo da legislação torna a Saúde do Trabalhador um conjunto de ações em consonância com os princípios do Sistema de Saúde em construção, tendo como exemplo, a busca da garantia da integralidade ao assegurar a assistência ao trabalhador portador de doença ocupacional e vítima de acidente de trabalho.

Ao estabelecer um leque ampliado de atuação de competência do SUS, traz para o âmbito da saúde pública a responsabilidade do Estado como fiscalizador de todos os processos de trabalho que envolvam a totalidade da cadeia produtiva e também inclui como locus de atuação o interior dos ambientes de trabalho:

III – participação, normatização, fiscalização e controle das condições de produção, extração armazenamento, transporte, distribuição e manuseio de substâncias, de produtos, de máquinas e de equipamentos que apresentem riscos à saúde do trabalhador,

VI – participação na normatização, fiscalização e controle dos serviços de saúde do trabalhador nas instituições e empresas públicas e privadas (BRASIL, 1990)

Outros avanços são estabelecidos em direção a uma forma diferente da abordagem hegemônica de atuação das relações saúde trabalho como a legalização da participação do trabalhador e dos sindicatos em intervenções no ambiente de trabalho, garantindo também o direito às informações pertinentes:

V – informação ao trabalhador e à sua respectiva entidade sindical e a empresas sobre os riscos de acidente de trabalho, doença profissional e do trabalho, bem como os resultados de fiscalizações, avaliações ambientais e exames de saúde, de admissão, periódicos e de demissão, respeitados os preceitos da ética profissional

VIII – a garantia ao sindicato dos trabalhadores de requerer ao órgão competente a interdição de máquina, de setor de serviço ou de todo o ambiente de trabalho, quando houver exposição a risco iminente para a vida ou saúde dos trabalhadores (BRASIL, 1988).

Relativamente ao controle social, a Lei Federal nº 8.142, de dezembro 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde, elegeu como instâncias colegiadas de representação a Conferência de Saúde e o Conselho de Saúde. A primeira, a ser realizada a cada quatro anos e com a incumbência de possuir representação de vários segmentos sociais. Seu propósito consiste em “avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, devendo ser convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por este ou pelo Conselho de Saúde” (art. 1, § 1º).

A partir dessa normatização as Conferências Nacionais setoriais foram estabelecidas e realizadas a II CNST, em maio de 1994, com o tema de “Construindo uma Política de Saúde do Trabalhador” e, em novembro de 2005, a III CNST, com o tema “Trabalhar sim, Adoecer, não”, assim como Conferências Estaduais e Municipais de Saúde dos Trabalhadores, tendo algumas delas desempenhado importante papel na implantação de ações de saúde do trabalhador no SUS.

Já o Conselho de Saúde tem caráter permanente e deliberativo, constituindo-se em “órgão colegiado de representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários. Tem por fim atuar na formulação de estratégias e no e no controle da

execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo” (art. 1, § 2º).

A Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador – CIST- foi instituída pela Resolução CNS nº 11, de 31 de outubro de 1991, juntamente com outras comissões intersetoriais nacionais, com a finalidade de promover a articulação e a intercomplementariedade de políticas, programas e ações, no que concerne ao interesse da saúde, cuja execução envolva áreas não compreendidas no âmbito específico do Sistema Único de Saúde – SUS. A Resolução CNS nº 185, de 08 de maio de 1996, definiu a estruturação de sua composição, com a garantia da participação de representantes de serviços e programas de saúde do trabalhador do SUS, de instituições públicas de ensino e pesquisa na área, de representantes de centrais sindicais participantes das ações e agregou representantes institucionais ligados aos temas pertinentes, trabalho, previdência, educação, meio ambiente, empregadores e outros.

Atualmente, a sua composição está definida na Resolução CNS nº 482, de 7 de agosto de 2013, com a participação de 18 (dezoito) titulares e 16 (dezesesseis) suplentes, com a coordenação da Central Única dos Trabalhadores – CUT e da Confederação Nacional dos Trabalhadores na Saúde – CNTS e representação de diversas Confederações e Centrais Sindicais de Trabalhadores de diversos setores, como ramo financeiro, indústria, construção, agricultura, saúde; de movimentos populares e sociais de gênero, de direitos sexuais e reprodutivos; da Confederação Nacional da Indústria – CNI e de representantes de Conselhos de Classe.

A construção material da representatividade dos Conselhos de Saúde do Trabalhador pode ser considerada enquanto um processo e, ao longo dos anos posteriores à promulgação da legislação federal e a exemplo dos conselhos em saúde, ocorreu em uma arena de disputa entre os interesses conflitantes do capital e dos trabalhadores.

O “Programa de Saúde dos Trabalhadores” – PST surgiu como um movimento político e ideológico assumido ativamente pela Saúde Pública e pelo movimento sindical a partir de 1984, antecedendo as mudanças constitucionais, e desenvolveu experiências em alguns estados como São Paulo, Minas Gerais, Rio de Janeiro, Bahia e Rio Grande do Sul. As unidades de PST, primeiros núcleos de atenção formados para a implantação da nova política, contavam com a participação sindical em sua gestão local e surgiram em alguns municípios com perfis mais democráticos, após as eleições municipais de 1988, como Campinas, São Paulo, Porto Alegre, Diadema, Santos, São Bernardo do Campo, Santo André, Contagem, Ipatinga, entre outros.

A criação dos Centros de Referência em Saúde dos Trabalhadores – CRSTs – teve a intenção de ampliar as práticas em gestão participativa dos sindicatos, em controle social através de Conselhos Gestores e de desenvolvimento das ações com

equipes multiprofissionais e de forma interinstitucional, como por exemplo, desenvolvendo ações junto com o Ministério do Trabalho, através das Delegacias Regionais do Trabalho –DRTs e com o Ministério Público.

Ainda na primeira década pós Constituição, os núcleos de PST e CRST trouxeram uma contribuição importante ao dar visibilidade à magnitude das estatísticas de doenças ocupacionais, alterando o perfil epidemiológico para mais próximo da realidade e acumulando conhecimentos relativos às doenças ocupacionais.

Por preconizar uma abordagem diferente no entendimento e enfrentamento da relação adoecimento-trabalho, o Programa encontrou dificuldades para seu desenvolvimento.

No setor saúde brasileiro a prática era predominantemente curativa e, até a promulgação da Constituição, centrada em atendimento médico-hospitalar. A Promoção à Saúde era pontual e desenvolvida por um número reduzido de postos de saúde, que possuíam ações programáticas fragmentadas nas áreas da saúde da criança, mulher, adulto e doenças transmissíveis, geralmente de responsabilidade dos Estados e que serviam de campo formador para a área de saúde pública.

A ênfase na formação de recursos humanos era determinada por currículos que priorizavam o modelo hegemônico e constituiu uma barreira a ser enfrentada para a implantação do SUS. No que tange à Saúde do Trabalhador, além dos entraves da formação profissional, a falta de sensibilização dos profissionais da rede básica para os problemas de saúde decorrentes do trabalho agravavam a situação. Mesmo na atualidade, observam-se nas ofertas de formação as diferentes bases conceituais dos modelos coexistentes. Encontramos cursos de especialização de Medicina, Enfermagem e Técnico de Segurança do Trabalho, assim como em Saúde do Trabalhador, com matrizes curriculares completamente distintas, que reproduzem suas respectivas ideologias, a primeira centrada em uma visão legalista, de intervenção de riscos e ambiental com um número expressivo de cursos oferecidos pelo mercado, e a segunda focada no entendimento de política pública, ofertada por instituições de ordem pública.

Outras barreiras foram enfrentadas para a implantação do novo programa, entre elas o momento político imediatamente após 1988, com a eleição de um presidente que defendia os princípios de um estado mínimo, com a redução de investimentos em políticas públicas, e com restrições dos recursos orçamentários necessários para o SUS em fase de expansão.

A crise das relações de produção que desencadeou o crescimento do trabalho informal; a globalização e a cartelização da economia mundial refletindo em um maior nível de desemprego tanto no capitalismo central quanto no periférico e um deslocamento da atuação propositiva sindical para ações de resistência diante das necessidades foram também fatores de entrave a sua efetiva implantação.

De acordo com Dias (1994), foram contabilizados mais de 180 núcleos de atenção à saúde do trabalhador por todo o Brasil, atuando junto à assistência ou ligado à vigilância epidemiológica e sanitária de Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde ou por Serviços e Hospitais ligados à Universidade,

Somente em 2002, com a criação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador, Renast, por meio da Portaria no 1.679/GM, é que se inicia uma uniformização e disseminação das ações e de capacitação de recursos humanos para a saúde do trabalhador em âmbito nacional, rede que passou a se configurar enquanto estratégia principal de implantação do programa dentro do Sistema Único de Saúde, após definição da Política Nacional de Saúde do Trabalhador em 2005. A referida portaria criou também os CERESTs – Centros de Referência em Saúde do Trabalhador, no âmbito Estadual ou Regional com o objetivo de promover ações para melhoria das condições de trabalho e a qualidade de vida do trabalhador por meio da prevenção e vigilância e prover retaguarda técnica especializada em saúde do trabalhador para o conjunto de ações e serviços da rede SUS.

Em agosto de 2012, a Política Nacional é reformulada e estabelecida pela Portaria nº 1.823 e denominando-se, a partir de então, de Política Nacional de Saúde do Trabalhador e Trabalhadora (PNST), com o propósito de definir os princípios, as diretrizes e as estratégias a serem observados nas três esferas de gestão do SUS, para o desenvolvimento das ações de atenção integral à Saúde do Trabalhador, com ênfase na vigilância, visando promover e a proteger a saúde dos trabalhadores e reduzir a morbimortalidade decorrente dos modelos de desenvolvimento e dos processos produtivos.

A referida portaria estabelece o princípio do controle social e, em seu art. 5º- V define a inclusão da comunidade em diversas ações como estratégia instrumental para sua efetiva participação, pressupondo que o estímulo deva ocorrer por meio do acolhimento e resposta às demandas da comunidade, de sua capacitação e educação permanente em saúde do trabalhador e em políticas de saúde; da facilitação do acesso às informações e do fortalecimento das relações entre serviços e instituições de pesquisa e universidades, estabelecendo uma rede colaboradora para construção de saberes e solução de problemas demandados.

Observa-se que, no que tange à produção de uma base legal para a efetivação do controle social em saúde do trabalhador, ocorre um processo equivalente ao do Sistema Único de Saúde como um todo. Somente uma boa legislação que busca incorporar e detalhar cada vez mais conceitos de inclusão e de ampliação dos direitos sociais, com estratégias e definições de competências e responsabilização dos diferentes níveis de gestão, não garante a sua efetivação.

Não se deve perder a perspectiva do conflito permanente entre os interesses dos sistemas produtivos do Capital e as demandas sociais, estas muitas vezes definidas pelos próprios meios de produção, que transformam necessidades não essenciais

em urgências de consumo. A distância entre a definição legal e a sua efetiva aplicação tem se demonstrado como um caminho de avanços e retrocessos, sempre determinado por esses interesses econômicos que influenciam na definição de políticas partidárias e programas de governo.

O Controle Social na concepção da atuação da sociedade civil organizada na gestão de políticas públicas constitui-se também em uma arena de disputa de diferentes interesses. Em saúde do trabalhador, esse conflito é acirrado ao acrescentar à disputa capital-trabalho, os interesses de representações sindicais e corporativas, que muitas vezes entendem a saúde como um direito trabalhista e concentram suas reivindicações em benefícios para a própria categoria.

Apesar deste viés, a participação destes segmentos é crucial no controle social em saúde do trabalhador, vista que são eles que vivenciam as mazelas do sistema produtivo e que, de forma organizada, melhor podem entender os diferentes ambientes e relações de trabalho, a diversidade de modalidades de gestão da produção, a avaliação da capacidade de organização da categoria, e seus riscos à saúde, o que compõe um pool de conhecimentos específicos do cotidiano do trabalhador. Essa experiência acrescida da compreensão da dinâmica das relações de trabalho, com maior ou menor intervenção do Estado, e das variações da economia que determinam diretamente a oferta de postos de trabalho, também justificam uma melhor efetividade no controle social exercido pelos trabalhadores com a participação do movimento sindical.

Já a ampliação do entendimento da saúde do trabalhador enquanto direito social concorre para a criação de políticas públicas estruturadas e integradas, no âmbito do Sistema Único de Saúde, com um possível controle do Estado na subordinação do capital ao bem comum. A concepção de saúde enquanto resultante de melhores condições gerais de vida pode desencadear a ampliação da atuação do controle social para além do mundo do trabalho, em busca do fortalecimento da sociedade como um todo e não de apenas algumas categorias com maior poder de mobilização.

Referências Bibliográficas

BERGALLI, R. – **Relaciones entre control social y globalización: Fordismo y disciplina. Post-fordismo y control punitivo** – Sociologias, ano 7, nº 13, jan/jun, p. 180-211- Porto Alegre, 2005

BRASIL – CONSTITUIÇÃO FEDERAL (1988). Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/ConstituicaoCompilado.htm> Acesso em: 07 jun 2014

____LEI 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. Disponível em: < http://dtr2004.saude.gov.br/susde-az/legislacao/arquivo/04_lei_8080.pdf>. Acesso em 07 jun. 2014.

___ **LEI 8.142 de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde.** Disponível em: < http://conselho.saude.gov.br/web_siacs/docs/l8142.pdf>. Acesso em: 07 jun. 2014.

BRASIL – CNS – CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Histórias das Confe-rências de Saúde.** Disponível em: <[http:// conselho.saude.gov.br/14cns/historias.html](http://conselho.saude.gov.br/14cns/historias.html)> Acesso em: 15 jun. 2014

___ **Relatório da VIII Conferência Nacional de Saúde – 1986 – p 1-29.** Dis-ponível em: < [http://www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/ Relatorios/ relatório_8.pdf](http://www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatório_8.pdf)>. Acesso em: 15 jun 2014.

___ **Resolução nº 185 de 8 de maio de 1996. Reestruturação da Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador – CIST do Conselho Nacional de Saúde.** Disponível em: < [http://conselho. saude.gov.br/resolucoes/reso_96.htm](http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_96.htm)> Acesso em: 07 jun. 2014.

___ **Resolução nº 482 de 7 de agosto de 2013. Reestruturação da Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador – CIST.** Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_13.html>. Acesso em: 07 jun. 2014.

BRASIL – MTE – Ministério do Trabalho e Emprego – Normas Regulamentado-ras (1978). Disponível em: <<http://portal.mte.gov.br/legislacao/normas-regulamen-tadoras-1.htm>>Acesso em:10 jun. 2014.

___ **Lei 6.514 de 22 de dezembro de 1977 – Altera o Capítulo V do Título II da Consolidação das Leis do Trabalho, relativo à segurança e medicina do trabalho e dá outras providências.** Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L6514.htm>. Acesso em: 10 jun. 2014.

___ **NR 4 – Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho.** Disponível em: <[http://portal.mte.gov.br/data/files/F80808145B269620145D2D2CC874DCC/NR04%20\(Atualizada%202014\).pdf](http://portal.mte.gov.br/data/files/F80808145B269620145D2D2CC874DCC/NR04%20(Atualizada%202014).pdf)>. Acesso em: 10 jun. 2014

___ **NR 7 – Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional.** Disponível em: <[http://portal.mte.gov.br/data/files/FF8080814295F16D0142E2E773847819/NR-07%20\(atualizada%202013\).pdf](http://portal.mte.gov.br/data/files/FF8080814295F16D0142E2E773847819/NR-07%20(atualizada%202013).pdf)>. Acesso em: 10 jun. 2014.

___ **NR 15 – Atividades e Operações Insalubres.** Disponível em: [http://por-tal.mte.gov.br/data/files/8A7C816A47594D040147D14EAE840951/NR-15%20 \(atu-alizada%202014\).pdf](http://portal.mte.gov.br/data/files/8A7C816A47594D040147D14EAE840951/NR-15%20(atualizada%202014).pdf)>. Acesso em:10 jun 2014.

BRASIL – RENAST – Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalha-dor – **Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador.** Disponível em: <[http://www.renastonline.org/temas/confer%C3%Aancia-nacional-sa%C3%BAde traba-lhador](http://www.renastonline.org/temas/confer%C3%Aancia-nacional-sa%C3%BAde-traba-lhador)> Acesso em: 15 jun 2014

___ 1ª CNST – **Relatório da 1ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador** – p1-21 1986. Disponível em: http://www.renastonline.org/sites/default/files/arquivos/recursos/1a_conf_nac_saude_trabalhador.pdf> Acesso em: 15 jun 2014

___ Portaria nº 1.679 de 19 de setembro de 2002. **Dispõe sobre a estruturação da rede nacional de atenção integral à saúde do trabalhador no SUS**. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-1679.htm>> Acesso em: 07 jun 2014.

___ Portaria nº 1.823 de 23 de agosto de 2012. **Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora**. Disponível em: < http://www.renastonline.org/sites/default/files/arquivos/recursos/Portaria_1823_12_institui_PNSTT.pdf > Acesso em: 07 jun 2014

BRAZ – V.A.G.A. – **O trabalhador entre a saúde e a (in)segurança do trabalho**. Em Pauta, Revista da Faculdade de Serviço Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro – 2º Semestre– nº 2, v11, p.273-295 – Rio de Janeiro, 2013

CORDEIRO, H. **O Instituto de Medicina Social e a Luta pela Reforma Sanitária: Contribuição à História do SUS**. PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 14(2):343-362, 2004

CORREIA, M.V.C. – **Controle Social** – Dicionário da Educação Profissional em Saúde – ENSP – Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, – p.66-72 – Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/consoc.html>> Acesso: 13 março 2014

DIAS, E.C. **A Atenção à Saúde dos Trabalhadores no Setor Saúde (SUS), no Brasil: Realidade, Fantasia ou Utopia?** Tese de Doutorado, Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas 1994.

EUA – US immigration legislation online

___ 1924 **Immigration Act (An act to limit the immigration of aliens into the United States and for others purposes)**. Disponível em: <[Dhttp://library.uwb.edu/guides/usimmigration/43%20stat%20153.pdf](http://library.uwb.edu/guides/usimmigration/43%20stat%20153.pdf)>. Acesso em: 26 mar. 2014

FONTES, V. – Sociedade Civil – Dicionário da Educação Profissional em Saúde – ENSP – Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, – p. 1 -12 – Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/socciv.html>> Acesso em: 18 março de 2014

FRANÇA, M. J. P. **O Pensamento de Antonio Gramsci na Luta pela Saúde do Trabalhador**. Em Pauta, Revista da Faculdade de Serviço Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro – 2º Semestre– nº32, v11, p.89-113 – Rio de Janeiro, 2013

GRAÇA, Luís – **Textos sobre saúde e trabalho / Papers on health and work**. p 25. Escola Nacional de Saúde Pública – Universidade Nova Lisboa – Lisboa – **Disponível em:**<<http://www.ensp.unl.pt/luis.graca/textos25.html>>**Acesso em: 20 jun. 2014**

LACAZ, f.a.c, **Saúde dos trabalhadores: cenário e desafios**. Cad. Saúde Pública 13(Supl. 2): 7-19, 19. Rio de Janeiro, 1997.

MATOS, E. PIRES, D. – **Teorias Administrativas e Organização do Trabalho: de Taylor aos dias atuais, influências no setor saúde e na Enfermagem**. Texto Contexto Enfermagem, Florianópolis, 2006 Jul – Set; 15 (3): 508-14.

MENDES, R., DIAS, E.C. – **Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador** – Revista de Saúde Pública, vol.25 n. 5, p 341 – 349 – **Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo** - São Paulo – São Paulo, 1991.

MINAYIO-GOMES, C; THENDIM-COSTA, S. M.F. – **A construção do campo da saúde do trabalhador: percurso e dilemas**. Cadernos de Saúde Pública, 13(Supl. 2):21-32 – Rio de Janeiro, 1997

Moreira, Aloizio – **A Primeira Internacional** – Fundação de Estudos Políticos, Econômicos e Sociais Dinarco Reis. 1999. Disponível em: <http://pcb.org.br/fdr/index.php?option=com_content&view=article&id=405:a-primeira-internacional&catid=2:artigos> Acesso em: 12 jun. 2014

OIT – Organização Internacional do Trabalho – Recomendações. Disponível em:<<http://www.ilo.org/global/standards/lang-es/index.htm>> Acesso em:05 maio 2014

____Recomendação R 97 – **Recomendación sobre la protección de la salud de los trabajadores en los lugares de trabajo**. Genebra -1953 (num. 97). Disponível em: <http://www.ilo.org/dyn/normlex/es/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_ILO_CODE:R097>Acesso em: 05 maio 2014

____Recomendação R112 – **Recomendación sobre los servicios de medicina del trabajo**. Genebra – 1959 (núm. 112). Disponível em:<http://www.ilo.org/dyn/normlex/es/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_INSTRUMENT_ID:312450> Acesso em: 05 maio 2014.

____**Promovendo o Trabalho Decente**, OIT – Escritório Brasil. Disponível em:<<http://www.oitbrasil.org.br/content/apresenta%C3%A7%C3%A3o>>Acesso em: 12 jun. 2014.

OLIVEIRA, M.A.C., EGRY, E.Y. **A historicidade das teorias interpretativas do processo saúde-doença**. Revista da Escola der Enfermagem da USP, v.34, n. 1, p. 9-15, mar. – São Paulo, 2000

SZEZERBICKIL, A.S. PILATTI, L.A.; KOVALESKI, J.L. **Henry Ford: A Visão Inovadora de um Homem do Início do Século XX**. Publ. UEPG Humanit. Sci., Appl. Soc. Sci., Linguist.,Lett. Arts, Ponta Grossa, 12 (2) 105-110, dez. 2004

UK – Parliament – **The 1833 Factory Act** – Disponível em: <<http://www.parliament.uk/about/living-heritage/transformingsociety/livinglearning/19thcentury/overview/factoryact/>>Acesso em: 12 jun. 2014

WOOD, T.Jr. – **Fordismo, Toyotismo e Volvismo: Os Caminhos da Indústria em Busca do Tempo Perdido**. 1992. Revista de Administração de Empresas / EAESP / FGV, São Paulo, Brasil.