



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
INSTITUTO DE ESTUDOS EM SAÚDE COLETIVA

LUIS GUILHERME SANTOS BUTERI ALVES

A HISTORICIDADE DA SAÚDE DO TRABALHADOR NO SUS SOB A
PERSPECTIVA DA INTEGRALIDADE

Rio de Janeiro

2018

LUIS GUILHERME SANTOS BUTERI ALVES

A HISTORICIDADE DA SAÚDE DO TRABALHADOR NO SUS SOB A
PERSPECTIVA DA INTEGRALIDADE

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentada ao Programa de Pós-Graduação
do Instituto de Estudos em Saúde Coletiva,
da Universidade Federal do Rio de Janeiro,
como requisito parcial para a obtenção do
título bacharel em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. Gabriel Eduardo Schütz

Rio de Janeiro
2018

FOLHA DE APROVAÇÃO

LUIS GUILHERME SANTOS BUTERI ALVES

A HISTORICIDADE DA SAÚDE DO TRABALHADOR NO SUS SOB A
PERSPECTIVA DA INTEGRALIDADE

Trabalho de Conclusão de Curso apresentada ao Programa de Pós-Graduação do Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como requisito parcial para a obtenção do título bacharel em Saúde Coletiva.

Aprovada em: 08 de fevereiro de 2018.

Prof. Dr. Gabriel Eduardo Schütz (Orientador)
IESC/UFRJ

Prof. Márcia Aparecida Ribeiro de Carvalho
IESC/UFRJ

Prof. Thatiana Verônica Rodrigues de Barcellos Fernandes
IESC/UFRJ

À minha família, por estar
sempre ao meu lado.

AGRADECIMENTOS

Ao professor Gabriel Eduardo Schütz, pela confiança, e por acreditar na importância desse tema, por sua disponibilidade, atenção e sem sombra de dúvidas pela sua paciência e estima.

Ao bibliotecário Roberto José Gervásio Unger e a bibliotecária Sheila Paula da Silva Ferreira, pela extrema paciência e por me guiar acerca da construção e pesquisa do tema.

A todos os professores e funcionários do IESC, pela receptividade e dedicação, e ao Programa de Graduação em Saúde Coletiva pelo apoio e esmero na formação de seus alunos.

Aos meus colegas, por todos os momentos de satisfação, ansiedade, realização sendo tudo que passamos e compartilhamos inesquecível.

À minha namorada pela paciência, carinho e apoio. Por me acalmar em diversos momentos.

À minha mãe, por toda luta e garra durante todos esses anos, para garantir um ensino de qualidade, estando ao meu auxílio nos momentos mais difíceis, assim como os mais felizes, estando sempre de coração aberto para me acolher.

Muitíssimo Obrigado !!!

*“Não é no silêncio que os homens se fazem,
mas na palavra, no trabalho, na ação-
reflexão”*

Paulo Freire

RESUMO

ALVES, Luis Guilherme Santos Buteri. **A historicidade da saúde do trabalhador no SUS sob a perspectiva da integralidade**. Monografia (Graduação em Saúde Coletiva) – Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2018.

A relação saúde-doença se faz presente desde a formação dos primeiros grupos populacionais surgidos no mundo. Conforme as populações cresciam e sociedades se formavam a ampliação do debate acerca da saúde-doença também evoluiu se fazendo presente, debates acerca do próprio tema saúde-trabalho. Percebia-se que as questões políticas, econômicas, culturais e sociais tinham um impacto sobre a forma de se ver saúde. Percepções diversas passam a constituir a saúde tanto sob uma visão macro quanto micro, sendo assim, o presente trabalho, busca identificar e relatar como se elaborou e popularizou os ideais, dentro do processo de saúde-trabalho, em dado momento histórico e relaciona-lo com o atual momento da saúde, assim como suas concepções políticas tendo como alicerce o princípio da integralidade do Sistema Único de Saúde, percebendo assim seus limites e obstáculos aos processos de cuidado em saúde da sociedade, tendo como foco, a saúde do trabalhador e suas práticas de promoção, proteção, assistência e vigilância.

Palavras-chave: Saúde do Trabalhador. Integralidade. Vigilância Sanitária.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Fluxograma Metodológico	15
Figura 2 - O processo histórico da organização do setor de saúde e o antecedente para o sistema brasileiro de cuidado da saúde	29

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Histórico Saúde-Doença	17
---	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIS	Ações Integradas em Saúde
CIPA	Comissões Internas de Prevenção de Acidentes
CLT	Consolidação das Leis de Trabalho
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CNS	Código Nacional de Saúde
CIPA	Comissões Internas de Prevenção de Acidentes
DIESAT	Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde e dos Ambientes de Trabalho
FUNDACENTRO	Fundação Jorge Duprat Figueiredo de Segurança e Medicina do Trabalho
INST	Instituto Nacional de Saúde no Trabalho
LCCDM	Laboratório Central de Controle de Drogas e Medicamentos
LER	Lesões por Esforços Repetitivos
MS	Ministério da Saúde
NR	Norma Regulamentadora
OMS	Organização Mundial da Saúde
SNVS	Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária
ST	Saúde do Trabalhador
SUDS	Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro
VISA	Vigilância Sanitária
VISAT	Vigilância em Saúde do Trabalhador
VS	Vigilância em Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 OBJETIVOS	12
2.1 OBJETIVO GERAL.....	12
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	12
3 METODOLOGIA	13
3.1 TIPO DE ESTUDO	13
3.2 COLETA DE DADOS	13
3.3 ANÁLISE DOS DADOS.....	14
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	16
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	34
REFERÊNCIAS	36

1 INTRODUÇÃO

O trabalho dentro do contexto social e financeiro esteve presente desde os primórdios da sociedade, tendo sempre um destaque perante as relações sociais vigentes. As evoluções dentro dos espaços de trabalho, assim como, suas práticas passam por três momentos de grande influência dentro da sociedade: a medicina do trabalho, a saúde ocupacional e a saúde do trabalhador. Tais momentos, até hoje, presentes na sociedade e atuantes constituem um mesmo processo.

Dessa forma, quando se constroem a relação saúde-trabalho, ela se relaciona intrinsecamente com os vínculos políticos, econômicos e sociais, na conjuntura micro e macro, dos espaços de trabalho da época, ou seja, para entender todo o processo ocorrido até hoje, deve-se entender em que momento isso ocorreu para assim estabelecer as circunstâncias de tais decisões.

Sendo assim, para entender o processo de saúde-trabalho, devemos observar, o próprio processo de saúde-doença, com suas singularidades históricas e sua arca bolso teórico afim de elucidar os complexos contextos que construíram as definições de saúde nos tempos modernos.

Portanto, o presente trabalho, busca identificar e relatar como se elaborou e popularizou os ideais, dentro do processo de saúde-trabalho, em dado momento histórico e relaciona-lo com o atual momento da saúde, assim como suas concepções políticas tendo como alicerce o princípio da integralidade do Sistema Único de Saúde.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Estabelecer um panorama histórico das relações saúde – trabalho tendo como perspectiva o princípio da integralidade do Sistema Único de Saúde.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Revisão da Literatura;
- Identificar as principais linhas com que o tema vem sendo abordado;
- Relatar as singularidades dos processos de saúde – trabalho segundo seus contextos históricos.

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma revisão bibliográfica tendo como foco a revisão narrativa, abordando o estudo histórico do processo de saúde-trabalho e sua relação junto ao princípio de integralidade preconizado no atual cenário do Sistema Único de Saúde (SUS). A revisão bibliográfica narrativa foi a escolha para tal estudo visto que nesse trabalho há necessidade de absorver uma gama de ideias e conceitos até a atual estruturação do objeto de trabalho de forma a subjetivá-la, tendo por finalidade levantar todas as referências encontradas sobre um determinado tema (CERVO; BERVIAN, 2002).

3.2 COLETA DE DADOS

Foram utilizados para essa análise o levantamento bibliográfico pautado na temática Saúde e Trabalho e do princípio da integralidade dentro do tema mais amplo da antropologia da saúde, por meio de livros e artigos físicos.

Foi realizada uma pesquisa da literatura em periódicos e artigos online (BVS, SCIELO e PUBMED), fazendo uso de palavras-chaves e rotinas de revisão a fim de abarcar o máximo de informação acerca do tema. Após a captação, foi realizada a limpeza das informações para que estejam em conformidade com o tema proposto. Para a realização da pesquisa dos periódicos online, assim como bases de bancos, criou-se para todos uma chave padrão e um “corpo”, que seria informações ou filtros que não sofreriam alteração de periódico em banco X ou periódico em banco Y.

Sendo eles:

[1] Coleções - Nesse filtro a busca se deu em bases do **‘Brasil e/ou Saúde Pública’**, visto que o tema se propõe a um estudo do Sistema Único de Saúde sendo assim a necessidade do uso de artigos pautados nesse contexto.

[2] Periódicos – Nesse filtro buscou-se por **todos os periódicos**, visto que para a proposta do tema o uso do maior número de bases de informação que possam enriquecer a pesquisa se vê necessária.

[3] Idioma – Nesse filtro a busca foi realizada pelo idioma **‘Português’** por considerar o mesmo com a maior quantidade de bases para pesquisa e que acaba

por gerar maiores possibilidades e visões acerca do tema ou objeto de trabalho.

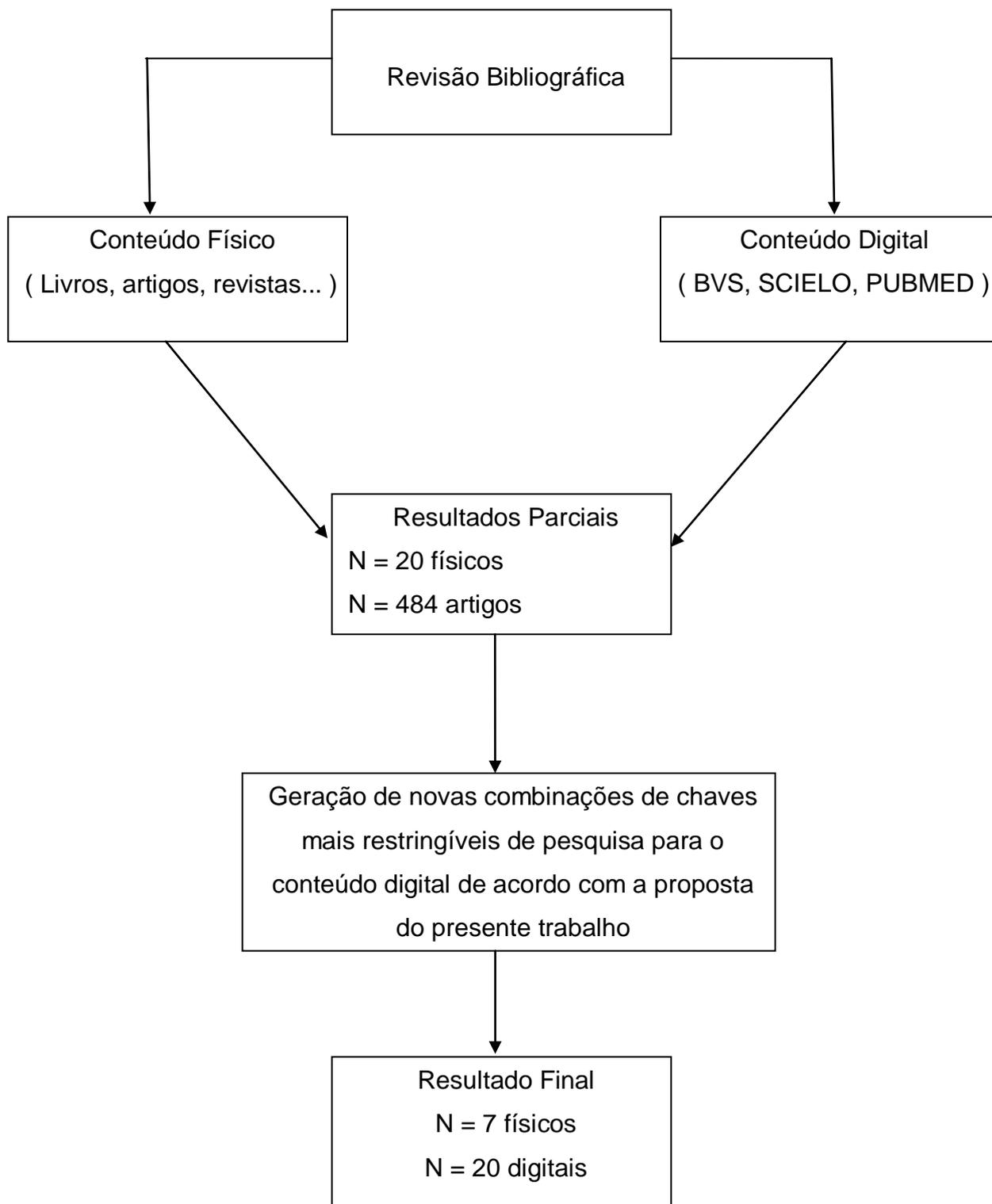
[4] Ano – Nesse filtro buscou-se por **todos os anos**, por entender que como se trata de uma narrativa histórica existe a necessidade de acompanhar os estudos em todo o período histórico.

Após delimitar os critérios para a pesquisa nas bases digitais, os descritores utilizados foram: "**Saúde do Trabalhador**", "**Integralidade**" e "**Saúde**", e "**Trabalho**". Após determinar os descritores criaram-se combinações a fim de verificar artigos em que os descritores dialoguem gerando as combinações: **A) Saúde do Trabalhador AND integralidade**, **B) Integralidade AND Saúde AND trabalho**, **C) Saúde AND trabalho AND integralidade**, sendo encontrado, preliminarmente, 143 (SCIELO), 193 (BVS) e 148 (PUBMED), totalizando 484 artigos. A partir desse resultado, foram acrescentados novos descritores como "assuntos principais", tais como: saúde do trabalhador e/ou ocupacional e/ou ambiente e medicina no trabalho por área específica foram excluídas artigos envolvendo pesquisas epidemiológicas sistêmicas.

3.3 ANÁLISE DOS DADOS

Para relatar o que foi observado, foi utilizado a descrição objetiva, dando destaque para os elementos característicos daquilo que se descreve. Dessa forma, relacionando as semelhanças e diferenças entre os diversos contextos teóricos.

Para a análise dos dados estarão presentes considerações pertinentes e descrições de impressões significativas, respaldado pela literatura sobre o tema em estudo.

Figura 1 - Fluxograma Metodológico

Fonte: O autor.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O processo saúde-doença data desde o início da formação das sociedades humanas. Atribuía-se ao mesmo, diversos fatores do “além” científico, tal como o religioso que a princípio eram punições dos deuses para com a população pelos seus pecados e após isso, uma responsabilização sobre o cuidado do indivíduo como sendo uma responsabilidade da igreja e de seus fiéis em cuidar de “seus irmãos”.

Ao longo dos anos, sua concepção foi modificando de acordo com os conceitos de saúde da época. A era bacteriológica, com a teoria da causalidade abrangendo as unicasualidade, assim como, as multicasualidades estabeleceram o entendimento sobre os processos de adoecimento dos indivíduos mudando o modo de conceber saúde e doença. Evidencia-se tal fato nas palavras de Leavell e Clark, (1976, apud VIANNA, 2013, p. 80):

As inter-relações do agente, do suscetível e do meio ambiente que afetam o processo global e seu desenvolvimento, desde as primeiras forças que criam o estímulo processo patológico no meio ambiente, ou em qualquer outro lugar; passando pela resposta do homem ao estímulo, até as alterações que levam a um defeito, invalidez, recuperação ou morte.

Percebe-se agora que as causas do adoecimento não se limitam mais ao biológico (mesmo ainda sendo o critério de maior força), tendo os fatores sociais envolvidos na evolução do adoecer. O entendimento da saúde também é ampliado sendo reconhecido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como “Completo bem-estar físico, mental, social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade” (1946, p. 1).

A partir desse ponto, normatiza-se a saúde, ou seja, confere à mesma um valor, sendo vista como forma de poder e riqueza, fortalecendo os países. Como consequência introduz-se o controle dos corpos, dos espaços e dos processos em um período de industrialização e complexidade do trabalho, estabelecendo padrões de comportamento.

Tal processo, ao mesmo tempo em que obteve sucesso com os programas de imunização e a obrigatoriedade nas notificações das doenças, erradicando muitas delas, atribuiu ao indivíduo de forma exclusiva a culpa pelo seu adoecimento. Dessa forma, o modo de encarar o fenômeno saúde-doença isenta o poder público da

responsabilidade (CAMPOS, 2003; CARVALHO, 2005; LEFEVRE; LEFEVRE, 2004).

Em 1986, com VIII Conferência Nacional de Saúde com o tema “Saúde Direito de Todos”, traz uma ampliação dos conceitos de saúde-doença, tornando-se texto da Constituição de 1988, dando início ao movimento de Reforma Sanitária Brasileira. Tal processo pode ser observado, de maneira mais suscita, a seguir:

Quadro 1 - Histórico Saúde-Doença

Período Histórico	População e Contexto Social	Contexto em Saúde
Pré-História	Nômades, caçadores, necessidade de ambiente com disponibilidade de água e alimentos	Mágico-religioso – Causa da doença como influência do sobrenatural.
Período Neolítico	Pastor/Agricultores – Domesticação dos animais para trabalho e alimentação, armazenamento de alimentos	Aproximação com os vetores e parasitas, visão ainda voltada ao mágico-religioso.
Antiguidade: 1ª vertente 2ª vertente	Formação das primeiras grandes sociedades (egípcios, hebreus, caldeus, assírios) Sociedade hindu e chinesa Sociedade grega Império Romano	Humano como receptáculo de elemento externo; relações tanto naturais como religiosas. Doença como sendo o desequilíbrio dos elementos que compõe o organismo humano, “Yin Yang”, necessário o individuo adoecido recuperar seu equilíbrio, naturalização da doença. Interpretavam a saúde e a doença como processos naturais e não sagrados, Medicina Hipocrática, observação da natureza para entender a doença “Ares, Água e Lugares”, percebe-se os miasmas, as endemias e epidemias. Herda os princípios da medicina grega. Evolui a Engenharia Sanitária e a administração, criação dos aquedutos, sistema de esgoto, banhos recorrentes, estímulo à atos de higiene e saúde.
Idade Média	Período Feudal, declínio da cultura urbana, organização e práticas de saúde pública saem de foco	Doença tratada como pecado, possessão demoníaca, castigo de Deus. Caráter religioso.
Renascimento:	Surgimento da burguesia, descoberta do “Novo Mundo”, rotas comerciais, fundação das Academias. Século XV e XVI	Sem evoluções no campo da saúde significantes, a igreja mantinha controle sobre os processos de conhecimento apenas transmitindo informações já existentes. Revalorização do saber técnico, conhecimento da natureza,

		conhecimento através da observação dos fenômenos, valorização da pesquisa empírica.
Era Bacteriológica	Século XIX: Controle das doenças através do isolamento e quarentena. Início do Século XX	Relaciona a doença a um micróbio Descoberta dos vetores, hospedeiros intermediários e o papel dos portadores sadios para a transmissão das doenças. Melhoria nas condições de vida, saneamento e sanitários. Surgimento dos modelos Unicausal e Multicausal.
Período Contemporâneo	1948 a 1960 1986 a 1988 Redemocratização do Brasil	Estrutura social como estruturadora dos processos saúde/doença. A visão Saúde = Ausência de doença perde o foco, adota-se Saúde = Bem-estar. Saúde tratada como norma VIII Conferência Nacional de Saúde. “Carta de Ottawa” Constituição de 1988 Reforma Sanitária Brasileira; Princípios da universalidade, equidade e integralidade – surgimento do Sistema Único de Saúde - SUS

Fonte: (BACKES et al., 2009; MENDES; DIAS,1991). Adaptação do autor.

A partir da formação do processo de saúde-doença e o crescimento e aglomeração dos indivíduos na formação de sociedades, um novo processo passa a integrar as relações sociais, políticas e econômicas dessa nova formação social, sendo conhecida como o processo de saúde-trabalho.

No século XIX, período da Revolução industrial, inicia-se as primeiras visões sobre o cuidado dos trabalhadores com a Medicina do Trabalho, inicialmente conhecida como “Serviços Médicos de Trabalho”, que se pautava na intervenção de um sistema de extrema exploração da mão de obra, submetendo-os à um processo acelerado e desumano de produção que infligia sobre o próprio processo dificuldades em sua manutenção (MENDES; DIAS, 1991). Visto a fragilidade desse sistema pelos seus detentores (donos de fábricas em específico), a necessidade de implementação de um sistema de assistência à esses trabalhadores ,em que ao mesmo tempo, garantiria o atendimento aos funcionários diminuindo os custos com absenteísmo, agravos decorrente do trabalho e a relação doença-trabalho, mas que,

também teria que ser uma proteção ao empresariado sendo, basicamente, seu “braço direito” dentro da fábrica.

Tal fato pode ser visto, nas palavras do Dr. Robert Baker, médico de Robert Dernham, onde os dois dialogavam sobre uma maneira em que o empresário poderia intervir na saúde de seus empregados, onde Baker (apud MENDES; DIAS, 1991, p. 341), diz:

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

Com isso, em 1830, surge o primeiro serviço de medicina do trabalho. Tal processo expande-se rapidamente entre os países industrializados e a partir do processo de transnacionalização da economia, onde a indústria vendo a fragilidade dos sistemas de assistência à saúde ou até sua própria ausência nos países periféricos passam a se instalar em tais regiões (MENDES; DIAS, 1991).

Dessa forma, garantiam-se duas importantes funções. A primeira, tornando os serviços de saúde médico de empresa como uma ferramenta para criar e manter uma submissão do trabalhador e seus agregados. Já em segundo, a garantia do controle direto da força de trabalho uma vez que sobre tal conceito, a figura do médico encontrava-se de forma central.

De acordo com que se passavam os anos, e as experiências dos países industrializados, em 1959, surge a Recomendação 112, sobre “Serviços de Medicina do Trabalho” sendo o primeiro normativo de caráter internacional, servindo, portanto, como referencial para documentos legais nacionais (MENDES; DIAS, 1991). Na Recomendação 112 o serviço de medicina do trabalho destinava-se a:

- Assegurar a proteção dos trabalhadores contra todo risco que prejudique a sua saúde e que possa resultar de seu trabalho ou das condições em que este se efetue;
- Contribuir à adaptação física e mental dos trabalhadores, em particular pela adequação do trabalho e pela sua colocação em lugares de trabalho correspondentes às suas aptidões;
- Contribuir ao estabelecimento e manutenção do nível mais elevado

possível do bem-estar físico e mental dos trabalhadores [...]. (MENDES; DIAS, 1991, p. 342).

Tais ações contribuíam para a onipotência da medicina do trabalho e reforçava sua estruturação e sua origem, acabando a evidenciar também suas limitações e com isso gerar questionamentos. Dentre eles, os conceitos de “adaptação do trabalhador ao meio de trabalho” e a “manutenção de sua saúde” reforçam os princípios do pensamento mecanicista. Graças a ele, o conceito de *produtividade*, princípio esse de Taylor, amplificado por Ford ganha mais força (MENDES; DIAS, 1991). Percebe-se tal interesse na declaração de Ford que disse: “o corpo médico é a seção de minha fábrica que me dá mais lucro” (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1986 Apud MENDES; DIAS, 1991, p. 343), os autores explicam essa declaração, da seguinte maneira:

Em primeiro lugar, a seleção de pessoal, possibilitando a escolha de uma mão-de-obra provavelmente menos geradora de problemas futuros como o absenteísmo e suas consequências (interrupção da produção, gastos com obrigações sociais, etc.). Em segundo lugar, o controle deste absenteísmo na força de trabalho já empregada, analisando os casos de doenças, faltas, licenças, obviamente com mais cuidado e maior controle por parte da empresa do que quando esta função é desempenhada por serviços médicos externos a ela, por exemplo, da Previdência Social. Outro aspecto é a possibilidade de obter um retorno mais rápido da força de trabalho à produção, na medida em que um serviço próprio tem a possibilidade de um funcionamento mais eficaz nesse sentido, do que habitualmente ‘morosas’ e ‘deficientes’ redes previdenciárias e estatais, ou mesmo a prática liberal sem articulação com a empresa.

Com o término da II Guerra Mundial, e a devastação que ela causou em todo o mundo, e o preço pago pelos trabalhadores que viviam em circunstâncias extremas de trabalho com uma intensidade de trabalho exaustiva, foi tão pesado e nocivo quanto a guerra que havia ocorrido (MENDES; DIAS, 1991). Sob esse contexto, o pós-guerra se inicia.

Sendo assim, o mundo se encontrava em um entrave, isso porque os impactos da guerra se repercutiram por anos, a economia exaurida e a perda de mão-de-obra, gera um contexto político e econômico frágil. O custo pela perda de vidas, de forma súbita por acidentes do trabalho assim como por doenças do trabalho, atingia sobre os empregadores (que buscavam a produtividade massiva) quanto pelas companhias de seguro pesados e crescentes encargos (MENDES; DIAS, 1991).

Ao mesmo ponto, a indústria evoluía quanto sua tecnologia de forma cada vez mais acelerada, com novos equipamentos surgindo, novos processos industriais ganhando força, e assim, o trabalho também passa a sofrer transformações, tanto nacionais quanto internacionais.

A medicina do trabalho por outro lado, já não conseguia intervir sobre os problemas de saúde relacionados aos processos de produção. Tanto trabalhador quanto empregador passam a questionar tal processo, visando cada qual seu interesse, a insatisfação crescia. Surge então como forma de resposta, a ampliação da atuação médica direcionada ao trabalhador através da “*intervenção sobre o ambiente*” (MENDES; DIAS, 1991, p. 343, grifo dos autores).

A partir desse momento, a “Saúde Ocupacional”, ganha força, principalmente nas grandes empresas com a multi e interdisciplinaridade. Organizam-se as primeiras equipes multiprofissionais, com foco na higiene industrial.

This whole subject of Occupational Health is analogous to a three-legged stool, one leg representing medical science, one representing engineering and chemical science and one representing social sciences...Up to the present we have been trying to balance ourselves on two legs and in some instances on one leg. It is a very uncomfortable position and one that cannot get us very far and certainly will lead, as it has, to fatigue. (HUSSEY, 1947, p. 204).

A estratégia de intervir nos locais de trabalho com objetivo de controlar os riscos ambientais e a racionalidade científica demonstra a participação das escolas de saúde pública, ou seja, percebe-se a influência acadêmica sobre o meio econômico, aonde o qual, estudos sobre saúde e trabalho já vinham sendo realizados há algum tempo. Nesse mesmo período, intensificam-se estudos dos problemas de saúde ocupacional nas escolas de saúde pública sendo Estados Unidos a referência sob uma matriz ambiental robusta (MENDES; DIAS, 1991).

A partir desse momento a saúde ocupacional passa a sofrer uma divisão quanto ao seu processo. De um lado, a saúde ocupacional como um “braço” da saúde ambiental servindo como referência acadêmica, produtor de conhecimento. Do outro lado, a saúde ocupacional como prática; com o desenvolvimento de unidades de higiene industrial cada vez mais fortes institucionalmente, criação da Fundação Jorge Duprat Figueiredo de Segurança e Medicina do Trabalho (FUNDACENTRO) no Brasil, como referência aos institutos de saúde ocupacional no exterior (MENDES; DIAS, 1991).

No mesmo período, regulamenta-se o capítulo V da Consolidação das Leis de Trabalho (CLT) (BRASIL, 1943), reformulada na década de 1970, tendo enfoque as normas relativas quanto a obrigatoriedade de equipes técnicas multidisciplinares nos locais de trabalho, a avaliação quantitativa de riscos ambientais e adoção de “limites de tolerância” (BRASIL, 1978). Mesmo com tais mudanças quanto à legislação trabalhista, na legislação previdenciária/acidentária a visão da prática medicalizada, individualizada e focada nos trabalhadores do setor formal de trabalho se mantiveram basicamente intactas (MENDES; DIAS, 1991).

Nota-se, portanto, que a saúde ocupacional mostra-se insuficiente à sua proposta, pois pauta-se em um modelo marcado pela referência à medicina do trabalho com o ideal mecanicista; não estabelece a interdisciplinaridade pois agrega de forma desarticulada suas ações; não acompanha as mudanças do processo de trabalho; o trabalhador ainda se mantém como “objeto” das ações de saúde; mantém a saúde ocupacional apenas no espaço do trabalho não se expandindo para o setor saúde.

Sendo assim, na segunda metade da década de 60 (mais especificamente no ano de 1968) surge um movimento social que traz consigo o questionamento do sentido da vida, o valor da liberdade, o uso do corpo, crítica à atribuição de valores e o **significado do trabalho na vida** (MENDES, DIAS, 1991, grifo nosso).

Tal processo coloca em xeque o Estado e a sociedade capitalista, a necessidade da participação dos trabalhadores se vê obrigatória quanto às questões de saúde e segurança, visto que através dos mesmos, evidenciavam-se situações do cotidiano passadas pelos trabalhadores principalmente quando relacionados ao sofrimento, doença e morte.

Como consequência a esse movimento social e dos trabalhadores, as políticas sociais agora tornam-se leis, o que altera a legislação trabalhista principalmente quanto a segurança e saúde do trabalhador “*Norme per la libertà e la dignità dei lavoratori, della libertà sindacale e dell’attività sindacale nei luoghi di lavoro*” (Estatuto dos Trabalhadores, Itália, Lei 300, de 20 de maio de 1970, apud MENDES; DIAS, 1991, p. 345).

Incluem-se, pelo mundo, nesse período, princípios fundamentais do movimento de trabalhadores, podendo ser destacado a não delegação da vigilância da saúde ao estado, a não monetização do risco, a validação do saber dos

trabalhadores e a realização de estudos e investigações independentes, o acompanhamento da fiscalização, e o melhoramento das condições e dos ambientes de trabalho de acordo com os contextos político-sociais de cada região (MENDES; DIAS, 1991).

Com isso, toda essa nova legislação, traz como denominador comum, o reconhecimento do exercício de direitos fundamentais dos trabalhadores, sendo eles, o direito à informação (entendendo a natureza dos riscos, as medidas de controle adotadas pelo empregador, os resultados quanto avaliações médicas, como aporte de proteção do trabalhador, e avaliações ambientais; o direito a recusa ao trabalho quando este apresentar grande risco para sua saúde ou sua própria vida; o direito à consulta prévia aos trabalhadores, pelo empregador, quanto às alterações tecnológicas, de método, processos, estrutural e formas de organização do trabalho com a utilização da participação dos trabalhadores quanto a tomada de decisão (MENDES; DIAS, 1991).

Sobre esse panorama inicia-se a década de 70, sobre uma forte mudança dos processos de trabalho. Fortalece a terceirização da economia pelos países desenvolvidos, o início da queda do setor secundário (indústria), com crescimento do setor de serviços (terciário), alterando a forma e força de trabalho.

As indústrias migram para os países subdesenvolvidos, interessados pela fragilidade que tais países estavam pelos elevados preços do petróleo e pela recessão mundial, onde buscavam o desenvolvimento econômico em detrimento da qualidade em saúde. Sendo assim, gera-se uma transnacionalização da economia, e como consequência um aumento da poluição ambiental e conseqüentemente o risco a saúde e a busca por grande quantidade de mão-de-obra com baixa tecnologia (MENDES; DIAS, 1991).

Por outro lado, surgem duas novas tecnologias que interagem e complementam-se, sendo elas a automação e a informatização. Tais tecnologias permitiram ao capital diminuir sua dependência por mão-de-obra e garantir um maior controle dos empregadores sobre os trabalhadores, evidenciando novamente o taylorismo, e seus princípios de primazia da gerência (interferência direta nos métodos e processos) e o planejamento e controle dos trabalhadores.

Com a implementação das novas tecnologias e uma mudança no panorama estrutural do trabalho, orquestrado pelo capital, processos contrários por parte dos

trabalhadores passam a ganhar cada vez mais força e conseqüentemente conflitos nas indústrias.

Já na saúde, mantinha-se, até meados dos anos 70, a visão positivista. Atribuía-se à medicina um caráter autônomo e de poder comparável a outros sistemas da sociedade como o econômico, político e educacional com a capacidade de mudar a sociedade através desses setores independentemente de qual fosse. Sustentando a concepção da saúde ocupacional, através da teoria da multicausalidade (MENDES; DIAS, 1991).

No final dos anos 60, surgem as primeiras críticas a esse processo, através do destaque dos efeitos nocivos da medicalização e sua ideologia, surgindo as primeiras propostas acerca da desmedicalização da população (MENDES; DIAS, 1991). Surgem os primeiros programas alternativos de autocuidado de saúde, de assistência primária, de extensão de cobertura, de revitalização da medicina tradicional, simplificação tecnológica e a participação comunitária.

Em meio a essa discussão, tanto teórica como prática, a teoria da determinação social no processo saúde-doença ganha prestígio. Sobre essa teoria o trabalho é posto como pilar, sendo “um organizador da vida social”, dessa forma atribui-se ao trabalho um norteador direto perante as relações sociais dos indivíduos aumentando as críticas sobre a medicina do trabalho e a saúde ocupacional (MENDES; DIAS, 1991).

Já nas redes públicas e de serviços, surgem os primeiros programas de assistência aos trabalhadores, reforçando as críticas aos processos anteriormente citados, tais programas expõe o impacto do trabalho na saúde do indivíduo, conflitam as práticas dos serviços de medicina do trabalho e orientam os trabalhadores quanto a luta por melhores condições de saúde.

Com as drásticas mudanças dentro do processo social, o modelo de saúde ocupacional passa a perder destaque, pois o mesmo, já não consegue responder às novas necessidades da população de forma hegemônica (MENDES; DIAS, 1991). A desconfiança nos procedimentos éticos e técnicos dos profissionais de saúde ocupacional ganha cada vez mais poder.

A participação do trabalhador a respeito de sua própria saúde contradiz preceitos como exames médicos pré-admissionais e periódicos tão defendidos pela saúde ocupacional, pois os mesmos, em muitos casos, tinham muito mais um

caráter de discriminação do que de fato a respeito da saúde, tento impacto quanto a ética desses procedimentos.

As teorias consagradas pela saúde ocupacional, tais como: “limites de tolerância”, “fundamentação científica”, “exposição segura” e “proteção de saúde”; foram altamente contestadas. A nova relação entre trabalho/saúde promovem novas estratégias das condições de trabalho que desvirtuam da visão ambiental da saúde ocupacional (MENDES; DIAS, 1991).

As novas tecnologias, automação e informatização, ao passo que melhoravam as condições de trabalho, também geravam novos riscos de saúde que estariam ligadas muito mais aos processos de organização do trabalho do que de fato a um vetor, o que por si só, já limita o conceito de medicalização (MENDES; DIAS, 1991).

Devido às mudanças no processo de trabalho, como crescimento da terceirização, a automação e informatização, os antigos riscos são extinguidos, causando um deslocamento do perfil de morbidade. “Sai de cena”, as doenças clássicas, dando lugar às doenças relacionadas ao trabalho. Ganham destaques doenças como hipertensão, distúrbios mentais, estresse e câncer. Gera-se, portanto, uma mudança do foco da saúde ocupacional, mesmo sendo apenas nos países desenvolvidos e grandes corporações, que passa a trabalhar na promoção de saúde, ou seja, passa a educar com intuito de modificar comportamentos nocivos das pessoas dentro dos seus estilos de vida (MENDES; DIAS, 1991).

Em meio a esse processo de mudança social, onde a relação de saúde e trabalho se estreita, a percepção dos trabalhadores sobre sua própria saúde, o início das representações trabalhistas e a saúde ocupacional não mais sendo capaz de sustentar as necessidades dos trabalhadores, corroboram para o surgimento do que conhecemos hoje como saúde do trabalhador.

Tal prática passa a ter um enfoque direto com a saúde pública, sendo seu foco de estudo, o processo saúde e doença dos indivíduos em relação ao trabalho, ou seja, compreender os motivos e as causas que ocasionam o adoecimento dessa população, para que possam ser criadas opções para a intervenção, trazendo ao trabalhador o entendimento a respeito da humanização do trabalho.

Sendo assim, agora a saúde rompe com laços hegemônicos das antigas práticas já citadas, de vertente causal entre doença e agente específico, sobre os

grupos fatores de risco no ambiente de trabalho, e o reducionismo ao processo produtivo como sendo a única fonte geradora do adoecer de um trabalhador.

A saúde do trabalhador passa a reconhecer o trabalho como organizador da vida social, onde o trabalhador convive em meio a diversas formas de opressão pelo capital, mas historicamente de luta. Os trabalhadores passam a buscar o controle sobre as condições de trabalho, a fim de garantir, um ambiente mais saudável sendo amparados pelos serviços públicos estatais de saúde e suporte técnico especializado.

No Brasil, em 1923, período da República Velha, cria-se o Departamento Nacional de Saúde Pública, que possuía a responsabilidade quanto a educação sanitária, inspeção médica dos imigrantes, problemas habitacionais, saneamento e fiscalização de alimentos. Já em 1930, período de revolução, cria-se o Ministério da Saúde e Educação como uma forma político governamental de estruturação do Estado (BRASIL, 1930).

Em 1941, cria-se através do Decreto 3171/41, o Serviço Nacional de Fiscalização da Medicina e Farmácia, que mais tarde, daria origem à Vigilância Sanitária (VISA). A partir dos anos 50, o Brasil passa por um forte processo de industrialização, com a implementação de diversas multinacionais principalmente farmacêuticas e laboratórios, com forte dependência de tecnologia estrangeira (ALVIM, 2004).

Em 1953, é criado o Ministério da Saúde através da lei 1920/53, que encerra com o Departamento Nacional de Saúde Pública, mantendo sua estrutura. Em 1954, cria-se o LCCDM (Laboratório Central de Controle de Drogas e Medicamentos) onde pode-se citar quanto suas responsabilidades: análise de produtos biológicos ou não que tenham interesse da saúde pública; fornecimento de normas e padrões às indústrias farmacêuticas e produtos biológicos; cassação de licenças de produtos; fiscalização das instalações dos laboratórios (BRASIL, 1954).

Em 1961, é decretado o Código Nacional de Saúde (BRASIL, 1961), que dispõe normas gerais sobre a defesa e proteção da saúde, encarregando ao Ministério da Saúde a adoção de medidas de prevenção, também é criado o Laboratório de Controle de Doenças, Alimentos e Medicamentos como uma forma de auxiliá-lo, estabelecendo padrões de controle sanitário aos alimentos e medicamentos.

Iniciada em 1969, mas efetivada em 1970, ocorre a reestruturação do Ministério da Saúde, sob a lei 986/69, que instaura normas básicas para alimentos, atribui às Secretarias de Saúde dos Estados, Territórios e Municípios, a responsabilidade quanto a fiscalização sanitária. Cria-se também o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, responsável pelo controle sanitário dos portos, aeroportos e fronteiras, medicamentos, alimentos, saneantes, cosméticos e produtos de higiene.

Já em 1975, cria-se o Sistema Nacional de Saúde, lei 6229/75, visto a necessidade de o governo implementar políticas na área social, separa-se a área da vigilância sanitária e da epidemiológica. Em 1976, ocorre uma nova reestruturação do Ministério da Saúde, implementa-se o decreto 79056/76, dando origem à Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS), que tinha como responsabilidade zelar pelos interesses do consumidor, através de ações de controle da qualidade dos produtos de interesse da saúde sob regimento das normas da Vigilância Sanitária lei 6360/76.

Cria-se o sindicato dos trabalhadores, vale ressaltar a participação da DIESAT (Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde e dos Ambientes de Trabalho) e o INST (Instituto Nacional de Saúde no Trabalho), que estudaram os ambientes e as condições de trabalho para o levantamento dos riscos e possíveis danos à saúde, “popularizando” a informação por todos os setores sociais, educando-os (MENDES; DIAS, 1991).

Percebe-se, que mesmo sendo anteriores à criação do SUS, as propostas programáticas em ST foram se consolidando, apesar das disputas ocorridas entre o setor trabalho e a previdência social, exigindo-se a implementação e implantação de políticas de Estado com caráter intersetorial (DIESAT, 1993; CORRÊA, 2013).

A saúde do trabalhador passa a ser fortemente vista, com a Reforma Sanitária Brasileira, ocorrida no início dos anos 80, sob uma transição democrática. Termina a recessão e inicia-se a “Nova República”, com isso a saúde passa a fazer parte da agenda política, cresce as Ações Integradas em Saúde (AIS) e o Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS) (MENDES; DIAS, 1991).

A saúde-doença modifica-se, sendo relacionado o papel do trabalho para sua definição. A exposição de diversas doenças profissionais, tanto já reconhecidas como intoxicação por produtos químicos (chumbo, mercúrio, benzeno), como por doenças “novas” relacionadas ao trabalho, como por exemplo, a LER (lesões por esforços repetitivos) ganham visão e reconhecimento (MENDES; DIAS, 1991).

Novas práticas sindicais em saúde começam a eclodir, a busca por melhores condições de trabalho, a ampliação do debate, a reestruturação das Comissões Internas de Prevenção de Acidentes (CIPAs), a promoção da informação e sua circulação com pautas específicas para as negociações empresário x trabalhador passam a definir o novo sindicalismo.

Como resultado, esse processo social, fez parte nas discussões da VIII Conferência Nacional de Saúde, sendo criado e realizado a I Conferência Nacional de Saúde dos Trabalhadores, se fazendo presente, na nova Constituição Federal de 1988. Já em 1990, a saúde do trabalhador incorpora-se na nova Lei Orgânica de Saúde lei 8.080 (BRASIL, 1990), onde se estabelece seu conceito e define suas competências dentro do Sistema Único de Saúde de promoção, proteção, vigilância e assistência à saúde, incluso a reabilitação.

Nesse mesmo período, a vigilância sanitária passa a ter uma maior importância, integrando-se aos conjuntos das competências do SUS, ao reforçar seu papel para garantir a melhoria da qualidade de vida da população, por meio de ações de controle do ambiente, da saúde do trabalhador, do monitoramento da qualidade dos bens e serviços ofertados à população.

A seguir, um breve, resumo histórico do processo da saúde no Brasil, segundo as variáveis pela qual se constituíam desde formação da sociedade brasileira até seu atual cenário:

Figura 2 - O processo histórico da organização do setor de saúde e o antecedente para o sistema brasileiro de cuidado da saúde

	Contexto macroeconômico e socioeconômico	Contexto político	Sistema de saúde	Principais desafios de saúde
Colonialismo português (1500-1822) ²⁴	Exploração de matérias-primas e monopólio comercial por Portugal	Controle político e cultural de Portugal	Século XVI: • Criação de hospitais da Santa Casa de Misericórdia em Santos, São Paulo, Bahia, Rio de Janeiro, Belém e Olinda • Organização sanitária incipiente	Doenças pestilenciais e assistência à saúde para a população
Império (1822-89) ²⁵	Abertura dos portos (1808), surgimento do capitalismo moderno e início da industrialização	Centralismo político e sistema de coronelismo, que dava aos grandes proprietários de terra o controle político de províncias e localidades	• Estruturas de saúde com ênfase na polícia sanitária • Administração da saúde centrada nos municípios • Criação das primeiras instituições de controle sanitário dos portos e de epidemias (1828 e 1850)	Doenças pestilenciais e prioridade da vigilância sanitária (portos e comércio)
República Velha (1889-1930) ²⁶	Economia agroexportadora (capital comercial), crise do café e insalubridade nos portos	Estado liberal-oligárquico, revoltas militares e emergência das questões sociais	• Diretoria Geral de Saúde Pública (DGSP; 1897) • Reformas das competências da DGSP (Oswaldo Cruz; 1907) • Caixas de Aposentadoria e Pensão (Lei Eloy Chaves; 1923) • Incipiente assistência à saúde pela previdência social • Dicotomia entre saúde pública e previdência social	Doenças pestilenciais (febre amarela, varíola, peste) e doenças de massa (p. ex., tuberculose, sífilis, endemias rurais)
Ditadura Vargas (1930-45) ²⁷	Industrialização, mas com manutenção da estrutura agrária	"Estado Novo" - Estado autoritário entre 1937 e 1938 identificado com o nazifascismo	• Saúde pública institucionalizada pelo Ministério da Educação e Saúde Pública • Previdência social e saúde ocupacional institucionalizadas pelo Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio • Campanhas de saúde pública contra a febre amarela e a tuberculose • Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAP) estendem a previdência social à maior parte dos trabalhadores urbanos (1933-38)	Predominância de endemias rurais (p. ex., doença de Chagas, esquistossomose, ancilostomíase, malária), tuberculose, sífilis e deficiências nutricionais
Instabilidade democrática (1945-64) ²⁸	Substituição de importações, rápida urbanização, migrações, advento da indústria automobilística, penetração do capital internacional	Governos liberais e populistas	• Criação do Ministério da Saúde (1953) • Leis unificaram os direitos de previdência social dos trabalhadores urbanos (1960) • Expansão da assistência hospitalar • Surgimento de empresas de saúde	Emergência de doenças modernas (p. ex., doenças crônicas degenerativas, acidentes de trabalho e de trânsito)
Ditadura militar (1964-85) ²⁹	Internacionalização da economia Milagre econômico (1968-73) Final do milagre econômico Penetração do capitalismo no campo e nos serviços	• Golpe militar, ditadura (1964) • Reforma administrativa (1966) • Crise política (eleições de 1974) Abertura política lenta, segura e gradual (1974-79) • Liberalização Criação do Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (1976); movimentos sociais • 1º. Simpósio de Política de Saúde do Congresso (1979) • Transição política (1974-84) Criação da Associação Brasileira em Pós-Graduação em Saúde Coletiva (1979)	Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAP) unificados no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), privatização da assistência médica e capitalização do setor da saúde (1966) • Capitalização da medicina pela previdência social • Crise do sistema de saúde • Programas de Extensão de Cobertura (PEC) para populações rurais com menos de 20.000 habitantes • Crise na previdência social • Instituto Nacional da Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS; 1977) • Centralização do sistema de saúde, fragmentação institucional, beneficiando o setor privado • INAMPS financia estados e municípios para expandir a cobertura	Predominância da morbidade moderna (p. ex., doenças crônicas degenerativas, acidentes de trabalho e de trânsito) Persistência de endemias rurais com urbanização Doenças infecciosas e parasitárias predominando nas regiões Nordeste, Norte e Centro-Oeste
Transição democrática (1985-88) ³⁰	Fim da recessão, reconhecimento da dívida social e planos de estabilização econômica	• Início da "Nova República" (1985) • Saúde incluída na agenda política • 8ª Conferência Nacional de Saúde • Ampliação do Movimento de Reforma Sanitária • Assembleia Nacional Constituinte • Nova Constituição (1988)	• INAMPS continua a financiar estados e municípios • Expansão das AIS • Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde - SUDS (1987) • Contenção das políticas privatizantes • Novos canais de participação popular	• Redução da mortalidade infantil e de doenças preveníveis por imunização • Persistência de doenças cardiovasculares e cânceres • Aumento nas mortes violentas e relacionadas à AIDS • Epidemia de dengue

(Continua na próxima página)

<p>Democracia (1988-2010)³¹</p>	<p>Crise econômica (hiperinflação)</p> <p>Ajuste macroeconômico (Plano Real; 1994)</p> <p>Estabilidade econômica, recuperação dos níveis de renda, movimento cíclico (altos e baixos), persistência das desigualdades, continuidade da política monetarista</p>	<p>Presidente Fernando Collor de Mello eleito e submetido a impeachment</p> <p>Restante do mandato presidencial (1993-94) exercido pelo Vice-Presidente Itamar Franco</p> <p>Governos de Fernando Henrique Cardoso (1995-1998 e 1999-2002) — Partido da Social Democracia Brasileira (PSDB)</p> <p>Reforma do Estado (1995)</p> <p>Governos de Luiz Inácio Lula da Silva (2003-06 e 2007-10) — Partido dos Trabalhadores³²</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Criação do SUS • Descentralização do sistema de saúde <p>9ª Conferência Nacional de Saúde</p> <ul style="list-style-type: none"> • Extinção do INAMPS (1993) • Criação do Programa de Saúde da Família (1994) • Crise de financiamento e criação da Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira (1996) • Tratamento gratuito para HIV/AIDS pelo SUS • Financiamento via Piso da Atenção Básica (1998) • 10ª e 11ª Conferências Nacionais de Saúde • Normas Operacionais Básicas (NOB) e de assistência à saúde (regionalização) • Regulamentação dos planos de saúde privados • Criada a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (1999) • Criada a Agência Nacional de Saúde Suplementar para regulamentar e supervisionar os planos de saúde privados (2000) • Criada a lei dos medicamentos genéricos • Lei Arouca institui a saúde do indígena como parte do SUS • Emenda Constitucional 29 visando à estabilidade de financiamento do SUS definiu as responsabilidades da União, estados e municípios (2000) • Aprovada a Lei da Reforma Psiquiátrica (2001) • Expansão e consolidação do PHC • Criado o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU (2003) • Estabelecido o Pacto pela Saúde (Pacto de Defesa do SUS, Pacto de Gestão, Pacto pela Vida; 2006) • Política Nacional de Atenção Básica (2006) • Política Nacional de Promoção da Saúde (2006) • 12ª e 13ª Conferências Nacionais de Saúde • Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde e Política Nacional de Saúde Bucal (Brasil Sorridente; 2006) • Unidades de Pronto-Atendimento (UPA 24h) criadas em municípios com populações >100.000 (2008) • Criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) junto ao PSF (2008) 	<p>Epidemias de cólera e dengue, mortalidade por causas externas (sobretudo homicídios e acidentes de trânsito)</p> <p>Doenças cardiovasculares são a principal causa de morte, seguidas por causas externas e cânceres</p> <p>Redução na mortalidade infantil, prevalência inalterada de tuberculose, estabilização da prevalência de AIDS, aumento na prevalência de dengue e aumento na incidência de leishmaniose visceral e malária</p> <p>Expectativa de vida em torno de 72,8 anos (69,6 para homens e 76,7 para mulheres) no início do século XXI</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mortalidade infantil de 20,7 por 1.000 nascidos vivos (2006) • Redução na prevalência de hanseníase e doenças preveníveis pela imunização • Expectativa de vida sobe para 72,8 anos (69,6 para homens e 76,7 para mulheres; 2008)
--	---	---	--	---

Fonte: PAIM et al., 2011.

A integralidade surge, portanto, em meio a Reforma Sanitária Brasileira, da década de 1970 e 1980, como um princípio formador da política do Sistema Único de Saúde (SUS), segundo qual, institui ações quanto à materialização da saúde como direito e serviço.

Mattos (2005) dispõe três conjuntos de sentidos a respeito da integralidade sendo a integralidade por base a gênese dos movimentos, ou seja, a 'integralidade' como traço da boa medicina, a 'integralidade' como modo de organizar as práticas e a 'integralidade' como respostas governamentais a problemas específicos de saúde. Sobre o primeiro conjunto, a integralidade como traço da boa medicina, está relacionado à assistência ao paciente e seu sofrimento, que buscam o serviço de saúde, tendo o cuidado para que essa assistência não se reduza ao sistema biológico, ou seja, estabelecer o diálogo, o encontro, a busca e o reconhecimento, para além das demandas explícitas, das necessidades da população, dos cidadãos a respeito de sua saúde. Além disso, o zelo pelos métodos de prevenção, a fim de

minimizar a necessidade pelo consumo de bens e serviços de saúde, assim como, evitar a regulação dos corpos.

Já sobre o segundo conjunto, a integralidade como modo de organizar as práticas, relaciona-se pela necessidade de uma “horizontalização” dos processos verticais moldados pelo Ministério da Saúde, excedendo a divisão das atividades ocorridas no interior das unidades de saúde (MATTOS, 2005). Sendo assim, a articulação das demandas espontâneas e programáticas, onde através da espontânea, conseguir aplicar protocolos de diagnóstico e identificação das situações de risco para a saúde e o desenvolvimento de atividades coletivas para com a comunidade.

Por fim, o terceiro conjunto, a integralidade como respostas governamentais a problemas específicos de saúde, relaciona-se de maneira sucinta, a “dar respostas” acerca de um determinado problema de saúde ou aos problemas de saúde que afligem um grupo populacional (MATTOS, 2005).

Com a Lei 8.080/90 (BRASIL, 1990), e a institucionalização do SUS, a integralidade é estruturada como um conjunto de ações e serviços de saúde articulados de caráter preventivo e curativo, individuais e coletivos nos mais diversos níveis de complexidade do sistema. Sendo reconhecido como ato em saúde nas experiências cotidianas dos sujeitos nos serviços de saúde, sendo práticas eficazes de cuidado em saúde.

No campo da saúde do trabalhador (ST), enfoque deste trabalho, existe um paradigma, até os dias de hoje, quanto a este princípio, visto que costuma-se separar a vigilância da assistência e da pesquisa, por se considerar práticas inter-relacionadas, contudo independentes (WALDMAN, 1991). Tal contexto torna-se mais interessante, ao passo que a ST sempre buscou a integralidade entre esses dois aspectos da assistência e da vigilância, privilegiando a análise da história de trabalho, na perspectiva de coletivizar um evento clínico, somando-se à preocupação de tornar público o que era ocultado pelos serviços médicos de empresas (FREITAS; LACAZ; ROCHA, 1985; BUSCHINELLI, 1993).

Tal desarticulação se intensifica ao passo que a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST), criada em 2002, reforça a dissociação entre assistência e vigilância, privilegiando a última em detrimento da primeira (MINAYO-GOMEZ; LACAZ, 2005; DIAS et al., 2009).

Esse conflito, entre as ações da vigilância sanitária e a epidemiológica se vê presente nos níveis federais, estaduais e municipais do SUS.

A participação ativa dos trabalhadores organizados a partir de seu conhecimento sobre os processos e condições de trabalho é o que caracteriza o campo saúde do trabalhador, as ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT) devem necessariamente incorporar a participação dos trabalhadores e seus sindicatos ou outras entidades de representação, desde a fase de seu planejamento até a sua execução e avaliação (LACAZ, 1992).

Já na questão da pesquisa, a VISAT, deve concretizar a vigilância como elo entre a rede de serviços do SUS e a pesquisa, oferecendo subsídios para uma contínua incorporação do conhecimento científico e tecnológico pelos programas de controle de agravos à saúde relacionados ao trabalho (LACAZ, 1992).

Em contrapartida, vemos uma VS e uma VISAT, mantendo e fortalecendo a visão do cidadão como consumidor e não como produtor/trabalhador, ou seja, restringindo o mesmo à apenas um usuário de um serviço prestado. Sendo assim, torna-se pertinente a incorporação de metodologias de trabalho que incorporem o “saber operário”, a “validação consensual” (ODDONE et al.,1986) e a “pesquisa ação” (THIOLLENT, 1988), onde se permita a análise de seus limites e superando suas dificuldades exercitando sua práxis, ou seja, seu processo de teorização-reflexão (LAURELL,1984).

Outro ponto de extrema importância refere-se as disputas políticas entre o capital e as ações da VS e VISAT, que limitam, devido ao seu poder, muitas das atividades dos órgãos de vigilância à nível municipal. O que mostra a necessidade da integração dos níveis estaduais e regionais como apoio visto que os mesmos estão menos sujeitos às pressões locais, sendo um suporte técnico e político ao nível municipal do SUS (LACAZ, 1992).

Todo esse processo reflete um dos maiores obstáculos que até hoje, a saúde do trabalhador dentro do Sistema Único de Saúde possui que é a questão da intra e intersetorialidade.

Podemos observar mais nitidamente ao tratarmos dos Centros de Referência em Saúde dos Trabalhadores (CERETs), responsáveis pela gestão e participação sindical, trabalho de equipes multiprofissionais, articulação intra e interinstitucional para ações de assistência e vigilância; funcionamento dos Conselhos Gestores (LACAZ, 1996), onde se mostrou ineficaz pela sua dificuldade de alcançar essas

características, sendo atuante de forma parecida com a assistência e vigilância dentro do SUS não demonstrando uma integração com a própria rede básica do SUS.

As transformações radicais que ocorrem no “mundo do trabalho”, em escala global, mediadas pelas tecnologias de informação e comunicação e pelas novas formas de organização e gestão dos processos produtivos têm impactos dramáticos nos modos de vida, valores, crenças e comportamentos dos trabalhadores. Algumas de suas consequências: o desemprego estrutural, a intensificação e aumento da complexidade das tarefas, a precarização dos vínculos; a ausência ou fragilidade da proteção social, e a ruptura dos laços de solidariedade entre os trabalhadores, a degradação ambiental, entre outras, têm impactos dramáticos sobre a saúde (ANTUNES, 2010).

Tais mudanças das relações de trabalho em sua organização e gestão alteram o perfil epidemiológico da população trabalhadora, o que gera novas necessidades em saúde por esse grupo, onde a sociedade e o Estado ainda buscam formas de conseguir responder.

Podemos observar esse momento com a “informalidade do trabalho” que ganha destaque a se relacionar a saúde do trabalhador ao princípio de integralidade, visto que os trabalhadores desses setores informais, grande parte da atual sociedade brasileira, tornam-se “invisíveis” às ações de regulação, inspeção e fiscalização do Ministério do Trabalho e Emprego e das ações dos sindicatos e das organizações de trabalhadores. Perde-se os direitos à promoção, proteção, assistência e vigilância tão defendidos pela ST.

Por consequência a tal prática, gera-se um impacto aos sistemas governamentais de subsídios como a previdência social, que possuem mais não contribuintes que contribuintes, o que gera na máquina econômica do Estado grandes perdas orçamentárias que acabam refletindo na ausência de mecanismos efetivos para financiamento das ações de ST no SUS.

Constrói-se um “ciclo sem fim”, pois o Estado traz uma política econômica que promove a informalidade, porém os mecanismos de financiamento não abarcam esse novo “público” de trabalhadores, onde quem sempre sofre são os trabalhadores e a sociedade.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A integralidade torna-se o eixo prioritário de uma política em saúde pública, sendo o meio para alcançar a saúde como uma questão de cidadania, pelas suas instrumentalizações, implicados nos processos organizativos em saúde: um decorrente do enfretamento e superação dos obstáculos e o outro, implementando inovações á rotina dos serviços de saúde, nos níveis de gestão do SUS e nas relações deste com a sociedade.

Portanto, o presente trabalho, busca demonstrar que o processo de saúde trabalho é único, contínuo e mutável, suas práticas, assim como, suas estruturas estão inteiramente ligadas aos processos sociais, políticos e econômicos vigentes no momento, que impacta diretamente no entender saúde e conseqüentemente no trabalho. Aplicar tais procedimentos considerados eficazes na sua época, não garantem a qualidade em uma outra.

A integralidade deve ser vista como um atuar democrático, integrado, em um cuidar pautado, mais fortemente, nas relações de compromisso étnico-político. Entendendo que o sujeito, produz sua própria história, respeitando seu saber particular (construído através de suas experiências sociais e vínculos sejam eles entre gestores, profissionais ou usuários).

Dessa forma, definimos responsabilidades entre serviços e população, a humanização das práticas de saúde, o estreitamento entre profissionais de saúde e a população, organização do controle social pela comunidade e o reconhecimento da saúde como direito de cidadania. Trata-se de um campo de disputa política entre seus sujeitos e as instituições.

Os desafios são muitos. Vivemos em um momento político de retrocesso dos programas na área da saúde e do trabalho, de disputas pelo poder e pelo capital que atingem diretamente a produção e promoção do cuidado, que infligem pesados encargos à população sem que o mesmo tenha retorno satisfatório pelo que é “investido”.

O presente trabalho possibilita a continuidade do estudo desse processo, a fim de, perceber e entender as nuances dessa nova política, e quais as respostas que serão criadas para ele. Pois como todo processo histórico, ela tem suas diferentes versões, mas sua construção será sempre realizada por indivíduos para indivíduos onde a integralidade será a implicação de diferentes sujeitos para a

produção do cuidado em saúde.

REFERÊNCIAS

ALVIM, M. M. **Vigilância Sanitária do Comércio Varejista de Medicamentos no Município de Barra Mansa, Estado do Rio de Janeiro**: Licenciamento, Autorização de Funcionamento, Responsabilidade Técnica e Suficiência dos Quadros Locais. 2004. 122 f. Dissertação (Mestrado em Vigilância Sanitária)- Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2004. Disponível em: <<https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/8433/2/155.pdf>>. Acesso em: 25 ago. 2017.

ANTUNES, R. **Adeus ao trabalho?**: ensaios sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. 14. ed. São Paulo: Cortez, 2010. v. 1.

BACKES, M. T. S. et al. Conceitos de saúde e doença ao longo da história sob o olhar epidemiológico e antropológico. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 17, n. 1, p. 111-117, 2009.

BRASIL. Presidência da República. 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 e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, 20 set. 1990. Seção I, p.1805560. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 25 ago. 2017.

BRASIL. Lei nº 6.360, de 23 de setembro de 1976. Dispõe sobre a Vigilância Sanitária a que ficam sujeitos os Medicamentos, as Drogas, os Insumos Farmacêuticos e Correlatos, Cosméticos, Saneantes e Outros Produtos, e dá outras Providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, 24 set. 1976. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l6360.htm>. Acesso em: 25 ago. 2017.

BRASIL. Decreto nº 79.056, de 30 de Dezembro de 1976. Dispõe sobre a organização do Ministério da Saúde e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, 31 dez. 1976. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1970-1979/decreto-79056-30-dezembro-1976-428077-norma-pe.html>>. Acesso em: 25 ago. 2017.

BRASIL. Lei nº 6.229, de 17 de julho de 1975. Dispõe sobre a organização do Sistema Nacional de Saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, 18 jul. 1975. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L6229.htm>. Acesso em: 25 ago. 2017.

BRASIL. Decreto-Lei nº 986, de 21 de outubro de 1969. Institui normas básicas sobre alimentos. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, 21 out. 1969. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del0986.htm>. Acesso em: 25 ago. 2017.

BRASIL. Decreto nº 49.974-a, de 21 de janeiro de 1961. Regulamenta, sob a denominação de Código Nacional de Saúde, a Lei nº 2.312, de 3 de setembro de 1954, de normas gerais sobre defesa e proteção da saúde. **Diário Oficial [da]**

República Federativa do Brasil, 28 jan. 1961. Seção 1, p. 761. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1960-1969/decreto-49974-a-21-janeiro-1961-333333-publicacaooriginal-1-pe.html>>. Acesso em: 25 ago. 2017.

BRASIL. Lei nº 2.187, de 16 de fevereiro de 1954. Cria o Laboratório Central de Controle de Drogas e Medicamentos, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, 17 fev. 1954. Seção 1, p. 2385. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1950-1959/lei-2187-16-fevereiro-1954-361518-publicacaooriginal-1-pl.html>>. Acesso em: 25 ago. 2017.

BRASIL. Lei nº 1.920, de 25 de julho de 1953. Cria o Ministério da Saúde e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, 29 jul. 1953. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1950-1969/L1920.htm>. Acesso em: 25 ago. 2017.

BRASIL. Decreto-Lei nº 3.171, de 2 de abril de 1941. Reorganiza o Departamento Nacional de Saúde, do Ministério da Educação e Saúde, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, 04 abr. 1941. Disponível em: <<http://www.lexml.gov.br/urn/urn:lex:br:federal:decreto.lei:1941-04-02;3171>>. Acesso em: 25 ago. 2017.

BUSCHINELLI, J. T. P. **Epidemiologia das doenças profissionais registradas no Brasil na década de 80**. 1993. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Departamento de Saúde Ambiental, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo. São Paulo, 1993.

CAMPOS, G. W. S. **Saúde Paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2003.

CARVALHO, S. R. **Saúde coletiva e promoção da saúde: sujeito e mudança**. São Paulo: Hucitec, 2005.

CERVO, A. L.; BERVIAN, P. A. **Metodologia científica**. 5. ed. São Paulo: Prentice Hall, 2002.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8., 1986. **Relatório final**. [S.l.: s.n.], 1986. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/relatorios/relatorio_8.pdf>. Acesso em: 25 ago. 2017.

CORRÊA, M. J. M. et al. **Vigilância em saúde do trabalhador no Sistema Único de Saúde: teorias e práticas**. Belo Horizonte: Coopmed, 2013.

DEPARTAMENTO INTERSINDICAL DE ESTUDOS E PESQUISAS DE SAÚDE E DOS AMBIENTES DE TRABALHO (DIESAT). **Por uma política intersectorial em saúde do trabalhador**. São Paulo: DIESAT, 1993.

DIAS, E. C. et al. Saúde ambiental e saúde do trabalhador na atenção primária à saúde, no SUS: oportunidades e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 6, p. 2061-2070, 2009.

FREITAS, C. U.; LACAZ, F. A. C.; ROCHA, L. E. Saúde pública e ações de saúde do trabalhador: uma análise conceitual e perspectivas de operacionalização programática na rede básica da Secretaria de Estado de Estado de Saúde. **Sociedade, Direito, Saúde**, v. 2, n. 1, p. 3-10, 1985.

HUSSEY, B. Engineering in industrial health education (Discussion). **Occupational Medicine**, v. 4, p. 204, 1947.

LACAZ, F. A. C. Vigilância em saúde do trabalhador: texto de apoio: curso pré Congresso. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA, 3., 1992. **Anais...** Porto Alegre: ABRASCO, 1992a.

LACAZ, F. A. C. **Saúde do trabalhador**: um estudo sobre as formações discursivas da Academia, dos Serviços e do Movimento Sindical. 1996. Tese (Doutorado em Medicina) - Departamento de Medicina Preventiva e Social. Faculdade de Ciências Médicas. Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 1996.

LAURELL, A. C. Ciencia y consciência obrera. La lucha por la salud en Italia. **Cuadernos Políticos**, v. 41, p. 63-83, 1984.

LEFEVRE, F.; LEFEVRE, A. M. C. Promoção de Saúde: a negação da negação. Rio de Janeiro: Vieira e Vent, 2004.

MATTOS, R. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado em saúde**. 4. ed. Rio de Janeiro: CEPESC, 2005.

MENDES, R.; DIAS, E. C. Da medicina ocupacional à saúde do trabalhador. **Revista de Saúde Pública**, v. 25, n. 5, p. 341-349, 1991.

MINAYO-GOMEZ, C.; LACAZ, F. A. C. Saúde do trabalhador: novas e velhas questões. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 4, p. 797-807, 2005.

ODDONE, I. et al. **Ambiente de trabalho**: a luta dos trabalhadores pela saúde. São Paulo: Hucitec, 1986.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Constituição da Organização Mundial da Saúde**. New York: OMS, 1946. Disponível em: <<http://www.direitos humanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3oMundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-daorganizacao-mundial-da-saudeomswho.html>>. Acesso em: 25 ago. 2017.

PAIM, J. et al. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **Lancet**, v. 377, p. 1778-1797, 2011.

THIOLLENT, M. **Metodologia da pesquisa-ação**. 4. ed. São Paulo: Cortez: 1988.

WALDMAN, E. A. **A vigilância em saúde pública**. São Paulo: USP, 1991.

VIANNA, L. A. C. **Processo saúde-doença**. São Paulo: UNIFESP, [2013?].

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

ALVES, R. B. Vigilância em saúde do trabalhador e promoção da saúde: aproximações possíveis e desafio. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 19, n. 1, p. 319-322, 2003.

ANTUNES, R. **O caracol e sua concha**: ensaios sobre a morfologia do trabalho. São Paulo: Boitempo, 2005.

ANTUNES, R. **Os sentidos do trabalho**: ensaios sobre a afirmação e a negação do trabalho. São Paulo: Boitempo, 1999.

AYRES, J. R. C. M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 6, n. 1, p. 63-72, 2001.

AYRES, J. R. C. M. **Do processo de trabalho em saúde à dialógica do cuidado**: repensando conceitos e práticas em saúde coletiva, 2002. Tese (Livre Docência) - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2002.

BACKES, M. T. S. et al; Conceitos de saúde e doença ao longo da história sob o olhar epidemiológico e antropológico. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 17, n. 1, p. 111-117, 2009.

BERLINGUER, G. **A saúde nas fábricas**. São Paulo: Hucitec, 1978.

BRASIL. [Consolidação das Leis do Trabalho (1943)]. **Consolidação das leis do trabalho**. São Paulo: LTR, 2014.

BRASIL. Decreto nº 19.402, de 14 de Novembro de 1930. Cria uma Secretária de Estado com a denominação de Ministério dos Negócios da Educação e Saúde Pública. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, 18 nov. 1930. Seção 1, p. 20883. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1930-1939/decreto-19402-14-novembro-1930-515729-publicacaooriginal-1-pe.html>>. Acesso em: 25 ago. 2017.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. Portaria nº 3.214, de 8 de junho de 1978. Aprova as Normas Regulamentadoras - NR - do Capítulo V, Título II, da Consolidação das Leis do Trabalho, relativas a Segurança e Medicina do Trabalho. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, 06 jul. 1978. Disponível em: <<http://www.camara.gov.br/sileg/integras/839945.pdf>>. Acesso em: 16 mar 2017

DIAS, E. C.; SILVA, T. L. **Saúde do trabalhador na atenção primária à saúde**: possibilidades, desafios e perspectivas. Belo Horizonte: Coopmed, 2013.

FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 2,

n. 15, p. 345-353, 1999.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.). **Agir em saúde**: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado em saúde**. 4. ed. Rio de Janeiro: CEPESC, 2005a.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. **Cuidado**: as fronteiras da integralidade. 3. ed. Rio de Janeiro: CEPESC, 2005b.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. **Construção social da demanda**: direito à saúde, trabalho em equipe e participação em espaços públicos. Rio de Janeiro: CEPESC, 2005c.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. **Construção da integralidade**: cotidiano, saberes, práticas em saúde. 2. ed. Rio de Janeiro: CEPESC, 2003.

PINTO, Geraldo Augusto. **A organização do trabalho no século 20**: taylorismo, fordismo e toyotismo. São Paulo: Expressão Popular, 2007.

RIGOTTO, R. M. **A saúde do trabalhador como campo de luta**. Belo Horizonte, 1990. [Mimeografado].