

FUNDAMENTOS E CONSTRUÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DO/A TRABALHADOR/A NO BOJO DAS RELAÇÕES SOCIAIS CAPITALISTAS

FUNDAMENTOS Y CONSTRUCCIÓN DE LA POLÍTICA NACIONAL DE SALUD DE LOS TRABAJADORES EN EL NÚCLEO DE LAS RELACIONES SOCIALES CAPITALISTAS

Tuane Vieira Devit **1**
Dolores Sanches Wünsch **2**

Resumo: Este artigo objetiva contextualizar a relação nexa causal entre trabalho, saúde e doença no bojo das relações sociais capitalistas. O texto suscita o debate acerca da centralidade do trabalho enquanto fio condutor e fundante da sociabilidade humana, e sua relação no processo saúde-doença enquanto processo social. Aprofunda-se também a discussão sobre as concepções do processo saúde-doença, a partir da historicidade entre os modelos da Medicina do Trabalho à Saúde dos/as Trabalhadores/as, passando pelo modelo biomédico do cuidado ao modelo de Determinação Social da Saúde. Alvitra-se ainda discutir a construção, os entraves e os avanços da Política Nacional de Saúde do/a Trabalhador/a, a partir da evolução da concepção de saúde do trabalhador no contexto brasileiro.

Palavras-chave: Centralidade do Trabalho. Saúde do/a Trabalhador/a. Processo Saúde-Doença. Determinação Social da Saúde.

Resumen: Este artículo objetiva contextualizar la relación nexa causal entre trabajo, salud y enfermedad en el seno de las relaciones sociales capitalistas. El texto suscita el debate acerca de la centralidad del trabajo como hilo conductor y fundante de la sociabilidad humana, y su relación en el proceso salud-enfermedad como proceso social. Se profundiza también la discusión sobre las concepciones del proceso salud-enfermedad, a partir de la historicidad entre los modelos de la Medicina del Trabajo a la Salud de los/as Trabajadores/as, pasando por el modelo biomédico del cuidado al modelo de Determinación Social de la Salud. Aún discutir la construcción, los obstáculos y los avances de la Política Nacional de Salud del Trabajador/a, a partir de la evolución de la concepción de salud del trabajador en el contexto brasileño.

Palabras-clave: Centralidad del Trabajo. Salud del Trabajador/a. Proceso Salud-Enfermedad. Determinación Social de la Salud.

Graduada em Serviço Social pelo Centro Universitário Metodista do Sul - IPA. Especialista em Adulto Crítico pelo Programa de Residência Integrada Multidisciplinar em Saúde do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (RIMS/HCPA) e Mestre em Política Social e Serviço Social pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Pesquisadora do Núcleo de Estudos e Pesquisa em Saúde e Trabalho - NEST/UFRGS. E-mail: tuane.devit@gmail.com **1**

Docente do Departamento de Serviço Social e do Programa de Pós Graduação em Política Social e Serviço Social da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Graduada em Serviço Social pela Universidade de Caxias do Sul (UCS). Mestre em Serviço Social e Doutora em Serviço Social pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS). É pesquisadora do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Saúde e Trabalho - NEST/UFRGS. Membro do corpo clínico docente do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) e tutora do Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde-(RIMS/HCPA). E-mail: doloresw@terra.com.br **2**

Introdução

O presente artigo objetiva, a partir de uma pesquisa documental, debater a relação nexo causal entre trabalho, saúde e doença no bojo das relações sociais capitalistas, partindo do processo de construção da perspectiva da Saúde do/a Trabalhador/a, até a construção da Política Nacional da Saúde do/a Trabalhador/a. Nessa retomada histórica, serão analisados os fundamentos teóricos, metodológicos e históricos que transpassam este processo.

As abordagens relacionadas a relações entre saúde e trabalho são realizadas a partir de múltiplas perspectivas, alinhadas de acordo com o momento histórico e muitas vezes, a partir de interesses e vieses incapazes de responder a problemática contida nesse processo. Entretanto, é inegável o impacto do trabalho, e como ele se configura no modo capitalista de produção, nas relações sociais. Para além do aspecto econômico enquanto atividade laboral, a categoria trabalho constituiu um papel importante no cotidiano dos indivíduos e do seu modo de viver, caracterizando um impacto fundamental na forma como os seres humanos se organizam enquanto ser coletivo, enquanto sociedade.

Nesse sentido, inicia-se o artigo debatendo acerca da centralidade do trabalho enquanto fio condutor e fundante da sociabilidade humana, e sua relação no processo saúde-doença enquanto processo social. Além disso, também serão explanadas as concepções do processo saúde-doença, a partir da historicidade entre os modelos da Medicina do Trabalho à Saúde dos/as Trabalhadores/as, perpassando pelo modelo biomédico do cuidado ao modelo de Determinação Social da Saúde. De posse desse resgate histórico e conceitual, serão postos em pauta os entraves e avanços da Política de Saúde do Trabalhador e Trabalhadora em território nacional, a partir da evolução da política de saúde brasileira.

A Centralidade do Trabalho e sua Relação no Processo Saúde-Doença

Apesar do reconhecimento de sua importância na organização da sociedade, não há consenso teórico na interpretação e análise do papel atribuído ao trabalho, bem como em sua centralidade no desenvolvimento humano. Os conceitos acerca da categoria trabalho historicamente estão pautados a partir de construções teóricas de diversas áreas, sendo que a questão do trabalho e suas transformações, bem como sua centralidade para o desenvolvimento humano, suscitam distintas interpretações, resultantes de diferentes perspectivas teóricas e ideológicas. Cabe aqui ressaltar que se utiliza neste artigo a concepção de trabalho a partir de uma perspectiva marxiana, tornando-se oportuno retomar tal perspectiva acerca do significado do trabalho, enquanto categoria viabilizadora do desenvolvimento da sociabilidade humana.

Para Marx e Engels, os seres humanos só passam a se distinguir dos animais ao produzirem seus meios de existência e sua vida material por meio do trabalho (MARX e ENGELS, 1998), sendo o trabalho um processo em que o ser humano impulsiona, regula e controla seu intercâmbio material com a natureza, modificando-a e, ao mesmo tempo, modificando a si próprio (MARX, 2016). Portanto, “o ato de produção e reprodução da vida humana realiza-se pelo trabalho. É a partir do trabalho, com sua cotidianidade, que o homem torna-se ser social, distinguindo-se de todas as formas não humanas” (ANTUNES, 2000, p. 123). Nesse sentido, analisar o trabalho pelo seu lado objetivo significa a existência de um domínio da consciência humana, sobre o elemento instintivo puramente biológico (LUKÁCS, 2013).

Na gênese da sociabilidade humana, é o trabalho que possibilitou ao ser humano se tornasse um ser social, capaz de identificar suas necessidades e planejar formas de saciá-las, bem como de criar novas necessidades pelo desenvolvimento de novas forças produtivas. É a partir do trabalho, e da capacidade teleológica contida nele, que se transformam as relações materiais de produção e reprodução humana, concedendo ao ser humano uma consciência acerca de sua condição e dos meios para se desenvolver enquanto ser social e coletivo.

Para melhor compreender a distinção do que difere o ser humano dos animais, o tornando em ser social, é necessário aprofundar os conceitos de ontologia e teleologia. Um dos teóricos marxistas que mais se aprofundou neste debate foi György Lukács, o qual se debruçou em analisar a ontologia do ser social. Para tal análise, autor reforça a necessidade de articular a experiência

cotidiana prática com a conquista científica da realidade, para que de fato haja essa legítima aproximação da verdadeira constituição do ser (LUKÁCS, 2010). Ou seja, não bastam análises puramente teóricas ou tendenciosas a ideologias, sejam elas burguesas ou religiosas, mas sim análises fundamentadas na historicidade e totalidade de tal realidade, guiadas por um método científico que não desconsidere a experiência cotidiana, mas que se complementem mutuamente na leitura desta realidade.

Seguindo este pensamento, o autor ainda refere que, para uma fundamentação ontológica correta para a imagem de mundo, é preciso ter em mente o conhecimento da propriedade específica e cada modo de ser a partir de suas interações/inter-relações com os outros (LUKÁCS, 2010). Sopesar tal propriedade em um recorte estático e isolado seria, portanto, insuficiente para atingir sua totalidade, sendo necessário realizar a análise a partir de suas interações e reações, seu caráter dinâmico a partir das relações que se desenvolvem. Nesse sentido, para alcançar uma análise ampla e verdadeira da ontologia do ser social, não basta analisá-lo isoladamente como ser biológico, orgânico ou inorgânico, mas sim em sua totalidade de relações.

Partindo dessas premissas, Lukács compreende que o ponto de partida central para a sociabilidade humana, ou ainda seu fenômeno originário, é o trabalho. Para o autor “somente o trabalho tem, como sua essência ontológica, um claro caráter de transição: ele é, essencialmente, uma inter-relação entre homem (sociedade) e natureza” (LUKÁCS, 2013, p. 35).

Ao analisar as inter-relações entre homem e natureza, originadas pelo trabalho, e nesse processo de transição do homem que trabalha, entre ser meramente biológico ao ser social, é possível identificar o pôr teleológico contido na ontologia do trabalho, o que diferencia o trabalho do ser social, da casualidade da natureza. Essa diferenciação se dá, pois, todo processo teleológico implica o pôr de um fim e, portanto, em uma consciência que põe fins, capaz de visualizar e projetar uma finalidade (LUKÁCS, 2013). Este processo é ilustrado pela famosa fala de Marx, a respeito da diferenciação entre as operações de uma aranha para um tecelão, ou da abelha para o arquiteto:

Pressupomos o trabalho sob forma exclusivamente humana. Uma aranha executa operações semelhantes às do tecelão, e a abelha supera mais de um arquiteto ao construir sua colmeia. Mas o que distingue o pior arquiteto da melhor abelha é que ele figura na mente sua construção antes de transformá-la em realidade. No fim do processo do trabalho aparece um resultado que já existia antes idealmente na imaginação do trabalhador (MARX, 2016, p. 211).

O pôr teleológico, portanto, é o processo de projetar e planejar o objetivo do trabalho, de forma consciente, para então executá-lo. Sob este aspecto, conceber teleologicamente a natureza e a história implica não somente que ambas possuem um caráter de finalidade, mas também, que sua existência, seu movimento, no conjunto e nos detalhes, devem ter um autor consciente (LUKÁCS, 2013). Para melhor exemplificar tal relação, retorna-se ao exemplo de Marx, sobre a aranha e a abelha. Existe um fim implícito na construção das teias e colmeias, seja para capturar presas ou para servir de abrigo para sua progenitura, porém, inexiste o autor consciente por trás de tais operações, capaz de raciocinar acerca da existência, do movimento, do conjunto e dos detalhes, em totalidade. Contudo, ainda há uma consciência animal por trás de suas operações, uma consciência que difere da consciência do ser social, por sua determinação meramente biológica.

Obviamente que o impulso inicial para o pôr teleológico se origina da vontade de satisfazer uma necessidade, sendo este um aspecto comum entre a vida humana e a animal. Porém, essa semelhança inicial se diverge quando há a inserção da mediação do trabalho, do pôr teleológico, entre necessidade e satisfação. Tal divergência fica ainda mais explícita quando essa mediação apresenta uma cadeia de alternativas. O trabalhador deseja necessariamente o sucesso da sua atividade para saciar suas necessidades, no entanto, ele só pode alcançá-lo quando, tanto na sua finalidade (pôr do fim), quanto na escolha dos seus meios, está fundamentalmente voltado para capturar o objetivo de tudo aquilo que se relaciona com o trabalho, e para agir em relação aos fins e aos seus meios de maneira adequada ao seu objetivo. Essa é a forma pela qual se diverge a consciência humana para a animal, pois a consciência torna-se dominante sobre o instinto, o

conhecimento sobre o emocional. (LUKÁCS, 2013).

Nessa perspectiva, é justamente o trabalho que constitui a atividade do ser humano em que, pela primeira vez, introduz na realidade algo fundamentalmente novo, com uma finalidade idealizada, que contribui para a efetiva transformação da realidade (LUKÁCS, 2012). A partir do pôr teleológico conscientemente realizado, o ser humano pôde partir de fatos reconhecidos no sentido prático e os avaliar corretamente, sendo capaz de realizar processos casuais, podendo modificar processos, objetos, etc., que anteriormente só funcionariam de forma espontânea, de forma casual na natureza. Pôde inclusive transformar a realidade em objetividades que não existiam antes do trabalho, introduzindo no ser uma inter-relação entre teleologia e casualidade. Nessa lógica, o modelo do pôr teleológico modificador da realidade torna-se fundamento ontológico de toda práxis social, isto é, humana (LUKÁCS, 2010).

Portanto, a capacidade do trabalho em idealizar e transformar a realidade a partir de um pôr teleológico, construindo uma nova objetividade, impactou essencialmente o processo de conscientização do ser humano, o transformando em ser social, capaz de transportar tal capacidade para suas relações. É nesse aspecto que a centralidade do trabalho se compõe, enquanto ontológica do ser social e processo fundamental para o desenvolvimento da sociedade, enquanto processo originário da práxis social, onde a realidade é transformada pelo trabalho, que, em um processo dinâmico, também modifica o ser social:

O momento da criação autônoma não apenas modifica o próprio ambiente, nos aspectos materiais imediatos, mas também nos efeitos materiais retroativos sobre o ser humano; assim, por exemplo, o trabalho fez com que o mar, que era um limite para o movimento do ser humano, se tornasse um meio de contatos cada vez mais intensos (LUKÁCS, 2013, p. 60-61).

Partindo dessa análise, é importante ressaltar que até agora discorreu-se aqui sobre a práxis social enquanto forma originária, que compreende em seu pôr teleológico a transformação da natureza, de objetos naturais, para valores de uso, ou seja, enquanto úteis ao ser humano. A práxis social, em suas formas mais desenvolvidas, ou ulteriores, ainda que fundamentada em pôres teleológicos, compreende outras formas de organização e dimensão das relações econômicas na sociedade, com novas objetificações. Ainda que o trabalho seja o elemento constitutivo primordial dos modelos de produção, desde o mais primitivo e perpassando entre escravismo, feudalismo e capitalismo, há dimensões diferentes na concepção do trabalho em cada modelo específico. Para dar segmento ao debate proposto, cabe a análise do trabalho modo de produção capitalista.

Para Marx e Engels, o trabalho no capitalismo possui um duplo caráter, reproduzindo uma contradição. Apesar de ser o processo que viabiliza a relação de modificação do homem para com a natureza, ao mesmo tempo, ao se subordinar ao capital, o trabalho passa a ser um trabalho de sacrifício e mortificação, estranhado/alienado, o qual produz a si mesmo e a força de trabalho na forma de mercadorias. O produto final do trabalho não é mais a modificação do indivíduo, mas sim o mundo das coisas, e quanto mais expropriado do produto de seu trabalho, menos o trabalhador pertence a si próprio (MARX, 2014).

O produto final do trabalho, no caso a mercadoria, não é mais apenas detentor do valor de uso, mas também do valor de troca, ou apenas valor, que é determinado pelo tempo de trabalho socialmente necessário para a produção de um valor de uso. Nesse sentido, a mercadoria comporta qualitativamente o trabalho concreto, enquanto valor de uso, e quantitativamente o trabalho abstrato, enquanto valor de troca. Daí o duplo caráter do trabalho. Enquanto o valor de uso, o trabalho concreto contido na mercadoria é realizado para saciar determinadas necessidades “do estômago ou da fantasia”, enquanto valor de troca, o trabalho abstrato é despido de suas especificidades, considerado apenas como simples despesa de energias humanas, intelectuais e físicas (MARX, 2016). Por isso, “o desenvolvimento do processo de produção do capital é o movimento de explicitação sucessiva da interligação entre vida e produção de valor” (ALVES, 2013, p. 20).

Nessa perspectiva, o ser humano não trabalha para sua realização ou para se efetivar como ser livre e criativo, mas para satisfazer os interesses do capital e as suas necessidades imediatas de

sobrevivência, ou suas funções primárias, como comer, beber e procriar, abstraídas das relações humanas. Nesse sistema, o trabalhador, caracterizado por sua força de trabalho, se torna uma mercadoria tão mais barata quanto mais mercadorias cria. Mercadorias estas, criadas para outrem, já que o trabalho e os meios de produção não mais lhe pertencem, pois lhe foram expropriados historicamente, de forma violenta (MARX, 2014).

Considera-se, portanto, que o trabalho e o modelo de produção em que este se insere são a essência das relações humanas. Em um contexto de acumulação de capital constante, onde objetiva-se o produto do trabalho, a saúde dos/as trabalhadores/as também é alienada na lógica do capital, além de sofrer constantes consequências por conta do processo de trabalho e as condições em que este é realizado. Ao vender sua força de trabalho, o trabalhador não a separa de sua saúde, a qual é afetada pelo processo de trabalho. Ao mesmo tempo, sujeitos adoecidos e sem capacidade de trabalho são improdutivos para a lógica do capital. Saúde e trabalho são, portanto, processos indissociáveis.

A partir da indissociabilidade entre trabalho e saúde, torna-se essencial questionar e aprofundar sobre a configuração deste trabalho que se apropria da saúde dos sujeitos e provoca o adoecimento. Nesse sentido, ressalta-se que, no capitalismo contemporâneo, as transformações no mundo do trabalho trazem sérias consequências para a saúde dos trabalhadores, além de contribuir para o aumento do desgaste da força de trabalho, desemprego, flexibilização das relações de trabalho, informalidade, precarização do trabalho e regressão dos direitos sociais, reorganizando todas as esferas da vida social (FERREIRA e AMARAL, 2014).

Apesar desta orientação de análise do trabalho enquanto categoria central e indissociável da saúde, a conceituação do processo saúde-doença esteve historicamente vinculada a aspectos puramente biológicos e individuais. Como exemplo, no discurso sanitário tradicional os problemas da saúde eram resguardados a uma população segmentada por idade, sexo, zona geográfica, etc. Assim, os sujeitos eram descaracterizados enquanto trabalhadores/as, tornando a saúde uma construção dos problemas do consumo e das condutas, e não do trabalho (LAURELL e NORIEGA, 1989).

Entretanto, considerando que o processo de produção organiza e perpassa toda a vida social, ignorar a categoria trabalho no processo saúde-doença é também ignorar a categoria analítica central deste processo, a qual permite estudar sob uma realidade concreta como se desenvolve a saúde da população em um contexto de reprodução/acumulação de capital e exploração do trabalho. Contexto este que contribui para que o viver, adoecer e morrer dos/as trabalhadores/as sejam específicos, considerando sua inserção em um processo de trabalho, bem como condições socioeconômicas e hábitos de vida, que dependem da venda da capacidade de trabalho e do processo de trabalho que produz desgaste social, físico e psíquico, além de exposição às matérias-primas insalubres e tóxicas (WÜNSCH e MENDES, 2015).

Nesse sentido, se reafirma a centralidade do trabalho no desenvolvimento da sociabilidade humana e fio condutor das relações sociais estabelecidas, o que causa impacto direto nas condições de vida e saúde da população. Compreende-se então a necessidade de aprofundar as concepções historicamente construídas acerca do processo saúde-doença e sua relação com o trabalho, bem como o conceito de Determinação Social da Saúde e a evolução entre Medicina do Trabalho à Saúde dos/as Trabalhadores/as, o que se propõe abranger e desenvolver no item a seguir.

Concepções Acerca do Processo Saúde-Doença: O Processo Histórico entre Medicina do Trabalho à Saúde dos/as Trabalhadores/as

Ao analisar o eixo histórico do vínculo entre trabalho e saúde, cabe ressaltar que não se trata de um debate recente. Seu enfoque ocorre desde Hipócrates (400 a.C.) até Ramazzini (1633-1714), precursores da medicina e da medicina do trabalho, sabendo-se que a atividade laboral, quando executada sob determinadas condições, pode causar doenças, encurtar a vida, ou mesmo causar o óbito de trabalhadores/as (AGOSTINI, 2002). Esse vínculo tem seu auge na Revolução Industrial, quando o/a trabalhador/a tornou-se presa da máquina e da jornada extenuante, insalubre e desumana de trabalho.

Segundo Laurell e Noriega (1989), o impacto da Revolução Industrial na Europa foi tão

espetacular e espoliador da vida operária, que conseqüentemente tornou-se tema de estudo e de ação. Não por casualidade que é no bojo dessa conjuntura que Marx e Engels dedicaram parte de sua obra para analisar este problema, enquanto uma das expressões concretas da exploração capitalista. Também, nesse período, havia a existência de correntes médicas importantes e identificadas com a causa operária, que se dedicaram a estudos sobre os efeitos devastadores da industrialização na saúde e na vida dos/as operários/as, considerando a seriedade da situação, que colocava em risco a reprodução da força de trabalho, com taxas de mortalidade superando as de natalidade (LAURELL e NORIEGA, 1989).

A proliferação de doenças infectocontagiosas, mutilações e mortes causadas pelo processo de trabalho ocasionou no desenvolvimento de legislações que incluíam a medicina de fábrica. A presença do médico nos locais de trabalho representava o esforço em detectar os processos danosos à saúde para recuperação do/a trabalhador/a, visando ao seu retorno a linha de produção, já que a força de trabalho era fundamental à industrialização emergente (MINAYO-GOMEZ e THEDIM-COSTA, 1997).

A Medicina do Trabalho tornou-se parte das medidas hegemônicas da burguesia para conter as condições criadas pela industrialização, seguindo a tendência de parcializar a problemática da saúde do/a operário/a e limitando-se a duas vertentes: a da atenção médica e dos “riscos do trabalho”. Estas vertentes encontram seu embasamento científico no “Modelo Médico” de processo saúde-doença, o qual coloca a doença como resultado da ação de agentes específicos – os riscos – tendo sua solução em uma ação meramente curativa. O resultado desta visão acaba por ofuscar o complexo entendimento da relação entre processo de trabalho e saúde, considerando o adoecimento enquanto “doença geral ou natural”, excluída do contexto do trabalho, que nessa lógica, se restringe aos riscos físicos, químicos, biológicos e mecânicos e que são abordados como prevenção e, na ausência dela, como indenização se for o caso (LAURELL e NORIEGA, 1989).

O Modelo Médico, também conhecido como modelo biomédico de saúde, ou ainda, modelo unicausal, se centraliza em intervir na relação causa-efeito imediata: identifica-se o agente etiológico (os riscos físicos, químicos, biológicos e mecânicos) e tenta-se combatê-lo. Esse biotecnicismo tem como base o mecanicismo cartesiano, considerando o corpo humano como uma máquina complexa que, para ser entendida, precisa ser fracionada em partes, não sendo contemplada perfeitamente. Por isso, admite-se neste modelo que a doença tem origem natural, ou seja, inevitavelmente a máquina apresentará problemas, os quais serão resolvidos apenas a partir de técnicas curativistas.

Quando transplantada para o âmbito do trabalho, a concepção de saúde sob um viés biomédico reflete-se “na tendência a isolar riscos específicos e, dessa forma, atuar sobre suas conseqüências, medicalizando em função de sintomas e sinais ou, quando muito, associando-os a uma doença legalmente reconhecida” (MINAYO-GOMEZ e THEDIM-COSTA, 1997, p. 23). Contudo, o afastamento do processo saúde-doença da centralidade do trabalho nessa concepção, e na conjuntura da consolidação do capitalismo em plena Revolução Industrial, não se trata de mera coincidência, mas sim uma escolha cientificamente oportuna à ideologia burguesa. O elo existente entre saúde, trabalho e os interesses da classe dominante ficou resguardado à produtividade da classe operária. Havia uma expectativa do capital para com a finalidade dos serviços de medicina nas fábricas, o que se reforça quando se analisa seu *modus operandi*.

Assim, os serviços de medicina nas fábricas deveriam ser dirigidos por pessoas de inteira confiança do empresário e que se dispusessem a defendê-lo, assim como ter sua centralidade na figura do médico, cuja presença no interior das fábricas representava tanto o esforço em detectar os processos danosos à saúde, quanto a influência do empresário para a recuperação do/a trabalhador/a, visando seu retorno a linha de produção (MINAYO-GOMEZ e THEDIM-COSTA, 1997).

Este modelo de medicina do trabalho perduraria até o período da 2ª Guerra Mundial. A tecnologia industrial evoluía aceleradamente com o desenvolvimento de novas tecnologias, o que engloba equipamentos, processos industriais e produtos químicos, ocorrendo assim uma nova divisão internacional do trabalho. Por conta do contexto político econômico da época, foi no período pós-guerra que tanto empregadores, quanto as seguradoras, sentiram o custo provocado pelas mortes ocorridas no trabalho, por conta das altas indenizações por incapacidade, ocorridas no ambiente de trabalho. Nesse cenário, a medicina do trabalho passou a demonstrar-se insuficiente para dar respostas às demandas das doenças relacionadas ao trabalho. Isso ocasionou na ampliação

da atuação médica direcionada ao/à trabalhador/a, para uma intervenção sobre o ambiente, incorporando instrumentais oferecidos por outras disciplinas e profissões (MENDES e DIAS, 1991). O enfoque sobre a medicina do trabalho se ofusca, para dar espaço a Saúde Ocupacional.

O modelo de Saúde Ocupacional surge no bojo das grandes empresas, incorporando elementos de uma composição multiprofissional numa perspectiva, ainda que incipiente, da interdisciplinaridade, atentando para o ambiente de trabalho. Sobre isso:

A Saúde Ocupacional avança numa proposta interdisciplinar, com base na Higiene Industrial, relacionando ambiente de trabalho-corpo do trabalhador. Incorpora a teoria da multicausalidade, na qual um conjunto de fatores de risco é considerado na produção da doença, avaliada através da clínica médica e de indicadores ambientais e biológicos de exposição e efeito (MINAYO-GOMEZ e THEDIM-COSTA, 1997, p. 23).

Portanto, a Saúde Ocupacional se embasava no modelo de processo saúde-doença da multicausalidade, ultrapassando o modelo biomédico, ou unicausal, o qual abrangia a medicina do trabalho. A multicausalidade concebia a existência de um conjunto de múltiplos fatores para as doenças, e que sua correção seria possível a partir de medidas coletivas de intervenção, porém sem aprofundar a questão da trama de processos presentes na origem dessa problemática (IDE e CHAVES, 1990).

Essa concepção se fundamenta no modelo da tríade ecológica, de Leavell e Clark, onde o equilíbrio da saúde dependeria da interação entre o meio ambiente (físico, social, econômico e biológico), diferentes agentes (biológicos, nutrientes, químicos e mecânicos) e o hospedeiro humano (considerado a partir de características etárias, raciais, sexuais, de hábitos, costumes, fatores genéticos, personalidade e mecanismos de defesa) (IDE e CHAVES, 1990). O conceito de saúde apropriado por essa concepção vai ao encontro com o adotado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), onde saúde seria o estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença (BASTOS, 2013).

Apesar de possuir um caráter de avanço significativo na concepção do processo saúde-doença, por incorporar ações de prevenção e promoção de saúde, e principalmente ao considerar que a saúde se resultava também de questões sociais, e não meramente efeito de agentes etiológicos, esse modelo ainda carecia de aprofundamento. Segundo Laurell (1989), ao centrar sua concepção na casualidade, para o modelo de Saúde Ocupacional, o social e o biológico não se colocam como instâncias distintas, pois ambos são reduzidos a “fatores de risco”, que atuam de maneira igual. Nesse sentido, a autora ressalta as limitações relacionadas a incapacidade de conhecer a essência das relações e na redução da realidade complexa a uma série de fatores que não se distinguem em qualidade.

Na prática da Saúde Ocupacional, isso contribuiu para a repetição de algumas limitações da medicina do trabalho, ao assumir os riscos/agentes como peculiaridades naturalizadas dos objetos e meios de trabalho, descontextualizando as razões originárias e históricas contidas no processo de trabalho. A intervenção, que deveria garantir a saúde dos/as trabalhadores/as em um sentido amplo, retornava a focar em práticas pontuais acerca de riscos mais evidentes, enfatizando o uso dos equipamentos de proteção individual, em detrimento de processos mais coletivos, e imputando aos/às trabalhadores/as o ônus por acidentes e doenças, concebidos como consequência da ignorância e negligência, penalizando duplamente as vítimas do trabalho (MACHADO e MINAYO-GOMEZ, 1995 apud MINAYO-GOMEZ e THEDIM-COSTA, 1997).

Deste modo, o modelo da Saúde Ocupacional ainda não respondia às questões do adoecimento relacionado ao trabalho e do processo saúde-doença de forma ampla, em sua totalidade. O modelo ainda mantinha o referencial da medicina do trabalho fundamentado no mecanicismo, não concretizando a interdisciplinaridade a que se propunha, com atividades justapostas de forma desarticulada e dificultadas pelas lutas corporativas (MENDES e DIAS, 1991).

A superação do modelo de Saúde Ocupacional, entretanto, não se deu em um fato ou período isolado. O cenário em que começa a se demonstrar o esgotamento do modelo se deu ao final dos

anos sessenta, durante uma crescente crise política e social, acompanhando e se entrelaçando à crise econômica. A partir desse contexto, as lutas sociais se renovaram e se consolidaram, e, apesar de assumirem formas particulares e diferentes em cada país, se caracterizaram por questionar o modo dominante de resolver a satisfação das necessidades da classe trabalhadora (LAURELL, 1983), colocando em pauta “o sentido da vida, o valor da liberdade, o significado do trabalho na vida, o uso do corpo, e a denúncia do obsoletismo de valores já sem significado para a nova geração” (MENDES e DIAS, 1991, p. 344).

Portanto, há um questionamento global da organização capitalista do trabalho, recuperando o processo de trabalho como espaço concreto de exploração, o que contribuiu para conceber a saúde do/a trabalhador/a como expressão, igualmente concreta, desta exploração. Simultaneamente, o próprio campo médico questionava suas práticas dominantes, surgindo a crise da medicina como crise de um paradigma científico e de uma prática, em especial na América Latina (LAURELL, 1983; LAURELL e NORIEGA, 1989). Esse contexto levou, em alguns países, à exigência da participação de trabalhadores/as em questões de saúde e segurança, as quais tipificavam situações concretas do cotidiano dos trabalhadores, expressas em sofrimento, doença e morte (MENDES e DIAS, 1991).

Em resposta aos tensionamentos dos movimentos sociais e dos/as trabalhadores/as presentes nesse contexto, novas políticas sociais tomaram o caráter de lei, modificando consideravelmente a legislação do trabalho, em especial acerca da saúde e segurança dos/as trabalhadores/as em diversos países. Contudo, na década de 70, o mundo do trabalho perpassa por consideráveis transformações, de caráter micro e macro, em nível internacional. Em caráter macro abrangente, nos países desenvolvidos há o início do declínio do setor secundário (industrial) e a ascensão do setor terciário (serviços), solidificando uma mudança importante no processo de trabalho e no perfil da força de trabalho empregada. Em consequência, há a transferência de indústrias para os países em desenvolvimento, ocorrendo a transnacionalização da economia ¹ (MENDES e DIAS, 1991).

Já em nível micro, há a implantação do uso de novas tecnologias, como a automação e a informatização que, ao invés de renovarem o processo de trabalho e evitarem o desgaste da força de trabalho humana por meio da ciência, acabaram por provocar sérias mudanças na organização do trabalho. As novas tecnologias permitiram ao capital diminuir sua dependência dos trabalhadores, ao mesmo tempo em que aumentaram a possibilidade de controle, com o ressurgimento do taylorismo² em dois princípios básicos: o da primazia da gerência (via apropriação do conhecimento dos/as trabalhadores/as e pela interferência direta nos métodos e processos), e o da importância do planejamento e controle do trabalho (MENDES e DIAS, 1991).

Aprofundando o debate acerca dessa mudança crucial no processo de trabalho pelo avanço tecnológico, é importante lembrar que o processo de acumulação capitalista se efetiva historicamente sob um movimento duplo, utilizando-se da mais-valia relativa, ao estender a jornada de trabalho sob o mesmo salário e da mais-valia absoluta, ao intensificar o ritmo deste trabalho. De forma prática, quanto mais se reduz o emprego de força viva de trabalho, por conta do uso de meios de produção mais eficientes e do avanço tecnológico na produção, mais se impulsiona o aumento da produtividade do trabalho. Produz-se mais em menos tempo, reduzindo-se o dispêndio de trabalho socialmente necessário e ampliando simultaneamente o tempo de trabalho excedente/mais-valia. O avanço tecnológico dos meios de produção, ao invés de facilitar o trabalho vivo, torna-se apenas mais uma ferramenta de acumulação de capital.

Já no campo da saúde e na prática médica, em seguimento da crítica ao modelo hegemônico dominante visto anteriormente, começam a surgir programas alternativos de autocuidado de saúde, de assistência primária, de extensão de cobertura, de revitalização da medicina tradicional, uso

1 Importante destacar que é nesse período e durante este processo que ocorre a transferência de indústrias que provocam poluição ambiental e riscos para a saúde, como, por exemplo, as que utilizam chumbo, agrotóxicos e o amianto, para países em desenvolvimento, que pressionados pela recessão e pela elevação dos preços do petróleo, aceitam tais indústrias em busca do desenvolvimento econômico e amenizar o desemprego (MENDES e DIAS, 1991).

2 As transformações no mundo do trabalho, no final dos anos 60 e início dos 70, levaram à crise do padrão de acumulação fordista/taylorista, trazendo mutações consideráveis no processo produtivo. A partir desse processo, há elementos de continuidade e descontinuidade do processo anterior, porém retendo o caráter essencialmente capitalista do modo de produção vigente e de seus pilares fundamentais (ANTUNES, 2002).

de tecnologia simplificada, e ênfase na participação comunitária. Essas alternativas revitalizaram a discussão teórica sobre a articulação da saúde na sociedade, e é nesse processo social de discussões teóricas e práticas alternativas que emerge a teoria da Determinação Social do processo saúde-doença (MENDES e DIAS, 1991).

A Determinação Social da Saúde concebe que a caracterização do processo saúde-doença deve considerar as expressões do modo de vida dos sujeitos, a partir da sua sociabilidade coletiva e do acesso aos meios materiais e espirituais, via a centralidade do trabalho e da sua inserção nas classes sociais. Essa concepção é reflexo da retomada da contribuição do pensamento marxista, enquanto fundamentação para a leitura de realidade de expressões peculiares ao modo de trabalho e de vida da sociedade contemporânea. Como afirmado anteriormente: o viver, adoecer e morrer dos/as trabalhadores/as são específicos, possuem peculiaridades de acordo com a sua determinação social e sua inserção em uma sociedade organizada por classes.

Relacionado a essa concepção, Granda e Breilh (1989) consideram as classes sociais como uma das categorias básicas para estabelecer a classificação epidemiológica. Segundo os autores, cada classe social, num determinado momento de seu desenvolvimento e de acordo com a sua forma específica de inserção no aparelho produtivo, participa de processos de trabalho e consumo definidos, sendo essencial considerar, do ponto de vista epidemiológico, as formas de trabalho que os membros de cada classe realizam. Logo, para pensar o processo saúde-doença é necessário considerar a desigualdade social presente e latente na sociedade e as importantes disparidades nas condições de vida e de trabalho, expressas no acesso diferenciado a serviços assistenciais, na distribuição desigual de recursos de saúde e nas suas repercussões sobre a morbidade e mortalidade entre as classes sociais.

No entanto, a Determinação Social da Saúde não se limita apenas aos fatores societários para conceber o processo saúde-doença. Não se trata de reduzir o desencadeamento da saúde e da doença enquanto resultado direto e único da determinação social dos sujeitos, mas sim o considerar como parte de diversos componentes, juntamente aos fatores biológicos. Trata-se de um pensamento ampliado sobre o que é saúde na sociedade contemporânea, centralizada no trabalho. O processo saúde-doença, portanto, é tanto biológico, quanto social, e ambos aspectos são complementares, não contraditórios. É a partir desta concepção, bem como do intenso processo social de transformação da sociedade entre o final dos anos 60 e na década de 70, que a fundamentação e conceituação da Saúde do/a Trabalhador/a encontra suas bases.

A concepção da Saúde do/a Trabalhador/a trouxe a reconceituação do vínculo indissociável entre saúde e trabalho, se constituindo como um campo renovado, com novas práticas teóricas e métodos científicos, interferindo em novas formas de leitura de realidade e intervenção. Avançando historicamente sobre a concepção da Medicina do Trabalho e da Saúde Ocupacional, em um contexto sócio-político, científico, a Saúde do/a Trabalhador/a apresentou uma nova perspectiva acerca do modo de analisar e compreender o processo saúde-doença e seu nexos com o trabalho, compreendido enquanto categoria central das relações humanas. Das características básicas desse novo campo, destaca-se sua construção no eixo da saúde pública (MENDES e DIAS, 1991), abrangendo a sociedade como um todo e não apenas um problema fracionado e encarcerado pelos muros da indústria, sob um viés econômico.

Destaca-se que a configuração do campo Saúde do/a Trabalhador/a constitui-se por outros dois eixos: a produção acadêmica e o movimento dos trabalhadores, particularmente a partir de 1980 (LACAZ, 2007). Nesse contexto, é importante destacar a contribuição da corrente latino-americana de medicina social, ou saúde coletiva, para a configuração deste campo a partir de sua produção acadêmica, a qual surgiu como uma contestação crítica aos pensamentos sanitaristas dominantes e no cerne da contestação ao Modelo Médico. Utilizando-se do método marxista do materialismo histórico, a corrente delineou-se pela necessidade de abordar a problemática da saúde coletiva como um processo social e político (LAURELL e NORIEGA, 1989).

Partindo da concepção de análise da saúde dos/as trabalhadores/as enquanto seres coletivos, assim como de seus processos de trabalho, a contribuição latino-americana para a concepção da Saúde do/a Trabalhador/a assumiu a ideia inicial trazida nesse artigo: a centralidade do trabalho para analisar o processo saúde-doença da classe trabalhadora. Considera-se que concepção atual desta perspectiva compreende o social como determinante das condições de

saúde e que as múltiplas causas dos acidentes e das doenças do trabalho têm uma hierarquia entre si, não sendo equivalentes e tão pouco neutras, havendo algumas causas que determinam outras (MENDES e OLIVEIRA, 1995). Assim, o campo da Saúde do/a Trabalhador/a opera para além do binômio saúde-doença, sendo permeado por fatores multifacetados que provocam adoecimento e impactam diretamente no contexto societário. A própria apropriação do conceito de processo de trabalho enquanto instrumento possibilitou a reformulação de concepções hegemônicas, como a uni e a multicausalidade.

Entretanto, cabe ressaltar que no âmbito das relações saúde-trabalho, o processo de buscar o controle sobre as condições e ambientes de trabalho, na tentativa de torná-los mais saudáveis, é um processo lento, contraditório e desigual no conjunto da classe trabalhadora, dependendo de sua inserção no processo produtivo e do contexto sócio-político de uma determinada sociedade. Por isso, a saúde do/a trabalhador/a apresentou, e ainda apresenta, diferentes expressões, segundo a época e o país em que se localiza (MENDES e DIAS, 1991). Nesse sentido, no próximo item, se propõe o debate acerca da experiência brasileira na Saúde do/a Trabalhador/a, sua articulação com a Política de Saúde e os avanços e entraves da Política Nacional da Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora.

Logo, a partir deste cenário de profundas contrarreformas e violação de direitos, o que ampliam a desproteção social e contribui para o agravamento e processo de invisibilidade social do adoecimento relacionado ao trabalho, se propõe neste artigo discorrer sobre a temática acerca da centralidade do trabalho nas relações sociais e sua importância na saúde dos/as trabalhadores/as. Considera-se tal temática de profunda importância na conjuntura atual, em especial, no sentido de compreender qual a relação entre o modo de produção capitalista e a saúde da classe trabalhadora.

A Saúde do/a Trabalhador/a no Cenário Brasileiro: Da Concepção à Política, da Política ao Retrocesso

No Brasil, a história da Saúde do/a Trabalhador/a se entrelaça diretamente com o processo de democratização do país, na efervescência da Reforma Sanitária e na construção do Sistema Único de Saúde (SUS), representando uma política de saúde universal e pública. Nessa conjuntura, o termo nasce a partir da luta dos movimentos sociais, sindical e dos/as trabalhadores/as da saúde, originando-se da necessidade de transformações de práticas sociais para uma abordagem ampliada da saúde, frente aos crescentes índices de morbimortalidade da população e na tentativa de superar a histórica fragmentação em três áreas: saúde, trabalho e previdência (MENDES e WÜNSCH D., 2011).

Entretanto, é oportuno retomar a história da política de saúde do país, como forma de perpassar uma linha socio histórica da construção do vínculo e da concepção entre saúde e trabalho. Esse vínculo já é percebido desde os primórdios do contexto brasileiro até a construção do SUS, tendo suas nuances no modelo de atenção do Sanitarismo Campanhista; nas reivindicações do movimento operário por melhores condições de saúde; na criação das Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs) e dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs); no modelo de Saúde Previdenciária e, finalmente, na Reforma Sanitária.

Nesse contexto, é na 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), em 1986, que a Reforma Sanitária é fortalecida e levada em pauta, objetivando mais que um novo sistema de saúde, mas sim, um novo projeto societário. Em dezembro desse mesmo ano, ocorre a 1ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador (CNST), onde foram divulgadas as experiências de implantação da Rede de Serviços de Saúde do Trabalhador, a qual estava em andamento. Tal rede é anterior a promulgação do SUS, porém já apresentava princípios e diretrizes que seriam incorporados pela Constituição de 1988, como a universalidade, a integralidade e o controle social. Uma das premissas metodológicas era a interlocução e a participação dos/as próprios/as trabalhadores/as, embasada no “Modelo Operário Italiano”, em busca de uma ação transformadora a partir do saber emanado de suas experiências, a mudança e o controle das condições de trabalho nas unidades produtivas (MINAYO-GOMEZ, VASCONCELLOS e MACHADO, 2018).

Como parte dessa construção, surge Lei nº 8.080/90, a lei de regulamentação do SUS, onde em seu art.6, §3.º, entende a saúde do/a trabalhador/a como um conjunto de atividades que se

destina, por meio de ações de vigilância epidemiológica e de vigilância sanitária, à promoção e à proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa a recuperação e a reabilitação da saúde dos/as trabalhadores/as submetidos aos riscos e aos agravos advindos das condições de trabalho (BRASIL, 1990). A lei estabelece ainda ser competência da instância federal do SUS participar da definição de normas, critérios e padrões para o controle das condições e dos ambientes de trabalho e coordenar a política de Saúde do/a Trabalhador/a de forma hierarquizada e descentralizada para estados e municípios, regulando também a necessidade de o Conselho de Saúde estruturar a Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador (CIST). Nesse viés, a saúde do/a trabalhador/a sai do eixo previdenciário-trabalhista, passando a ser uma questão de saúde pública, na perspectiva de saúde como um direito universal (MINAYO-GOMEZ, VASCONCELLOS e MACHADO, 2018).

Todavia, apesar do amplo destaque das políticas sociais na Constituição Federal, em contrapartida existe uma grande crítica do movimento sanitário, ao decorrer dessas três décadas, relacionada às tensões entre público e o privado e a mercantilização da saúde, que impactam diretamente na sociedade brasileira e na política de saúde até hoje. Parte desses fatores é oriundo do modelo neoliberal implantado no Brasil na década de 90, preconizando que o Estado deve contribuir minimamente em políticas sociais como a saúde. Portanto, apesar de ser um marco na construção da sociedade atual e no crescimento do país, as políticas sociais são alvo de questionamentos a respeito de sua efetividade, seja por conta do sucateamento da aparelhagem estatal, que acaba não dando subsídios para universalidade proposta, seja por conta das polêmicas envolvendo o desfinanciamento e seu real impacto na sociedade.

Apesar de responder, em partes, o caráter teórico do que foi proposto pela Reforma Sanitária, a operacionalização do SUS não impactou de forma efetiva na melhoria das condições de saúde da população na época. Além dos limites estruturais, o retrocesso político do governo, ainda em transição para a democracia, repercutiu na saúde, tanto no aspecto econômico, quanto no político. Observa-se, a partir desse contexto, a maior contradição do SUS, com impacto que se perdura até os dias atuais: o embate entre o projeto de reforma sanitária, construído na década de 1980 e inscrito na Constituição Brasileira de 1988, e o projeto de saúde articulada ao mercado ou privatista, operacionalizado pelo Estado, na década de 90. Nesse viés, a implantação e institucionalização da Saúde do/a Trabalhador/a no Brasil esteve atravessada pelas mesmas lógicas presentes na construção do SUS, se agravando pelas contradições presentes na relação capital e trabalho.

Retomando a construção da Saúde do/a Trabalhador/a no país, no início nos anos 80 surgem alguns serviços de atenção à saúde do trabalhador, como os Programas de Saúde do Trabalhador (PST), e Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CRST), em vários municípios e estados do país, localizados em universidades e sindicatos, realizando ações de assistência, de vigilância e de formação/capacitação de pessoal (SANTANA e SILVA, 2008). Com o advento do SUS, nos anos 90, foram criados vários PST no país, já sob a nova perspectiva proposta na CNST e na CNS, porém nem todos se consolidaram. Nos primeiros anos, os desafios eram muitos, ainda enraizados na lógica da Medicina Previdenciária, do Modelo Médico e da Saúde Ocupacional, sendo que alguns perduram até hoje.

Apesar dos desafios históricos, um passo importante na primeira metade dos anos 90 foi a instituição da CIST, vinculada ao Conselho Nacional de Saúde, de acordo com os artigos 12 e 13 da Lei Orgânica de Saúde (LOS). Se consolidando na segunda metade dos anos 90, a CIST participou de forma proativa no delineamento de uma política de Saúde do/a Trabalhador/a (MINAYO-GOMEZ, VASCONCELLOS e MACHADO, 2018).

Já na década de 2000, há a criação da área técnica de Saúde do/a Trabalhador/a do Ministério da Saúde, formulando a proposta de criação de uma rede que, em 2002 seria oficialmente normalizada como Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST), que em sua formatação institucional, prevista pela Portaria nº 2.728/09, deveria integrar a rede de serviços do SUS via Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), destacando a importância de se manter uma identidade comum aos serviços. Significando um avanço para a Saúde do/a Trabalhador/a no país, a RENASt possibilitou a renovação permanente de profissionais, caracterizada pela procura constante de cursos de pós-graduação e também pelos cursos básicos de formação para a VISAT, junto aos CEREST das mais distintas regiões do Brasil, bem como a articulação intersetorial entre as

instituições de ensino, como a Fundacentro e a Fiocruz, e o Ministério Público do Trabalho (MPT), por meio dos Termos de Ajuste de Conduta (TAC) (MINAYO-GOMEZ, VASCONCELLOS e MACHADO, 2018).

Outro marco regulatório importante dos anos 2000 é a Portaria nº 777/04, a qual dispõe sobre os procedimentos técnicos para a notificação compulsória de agravos à saúde do/a trabalhador/a em rede de serviços sentinela específica, no SUS. Ainda em 2004, a partir de ampla participação de vários atores sociais, com a realização de seminários, oficinas e consulta pública via internet, é elaborada, e divulgada para discussão, uma proposta de Política Nacional de Segurança e Saúde do/a Trabalhador/a (PNSST), fruto de um trabalho conjunto dos Ministérios da Saúde, Previdência Social e Trabalho e Emprego (SANTANA e SILVA, 2008).

Porém, é só em 2012 que ocorre a homologação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT), o que constituiu um passo importante para orientar as ações e a produção científica na área. A PNSTT segue como principal referência normativa de princípios e diretrizes da área de Saúde do/a Trabalhador/a, contribuindo efetivamente para superar o distanciamento entre a produção de conhecimentos de setores da academia e as necessidades de fundamentação na prática dos serviços. Nesse sentido, o desenvolvimento de um processo de formação que se baseie em resultados objetivos, em uma ação concretizada no mundo real e construída junto aos/às trabalhadores/as, apresenta-se como um desafio a ser superado (MINAYO-GOMEZ, VASCONCELLOS e MACHADO, 2018).

No contexto dessas três décadas do SUS e da Saúde do/a Trabalhador/a, é constante a ofensiva de desmonte dos direitos dos/as trabalhadores/as, representada pela pauta neoliberal do capital global, das reformas trabalhista e previdenciária (a primeira já efetivada, e a segunda em constante tensão para sua aprovação) e do contexto sociopolítico brasileiro, atualmente marcado pelo avanço do conservadorismo, do fundamentalismo religioso e do preconceito racial, de gênero e de classe. A atual conjuntura representa um retrocesso social, visando à ampla precarização do trabalho e dos direitos da classe trabalhadora, degradando as relações de trabalho e flexibilizando direitos já garantidos.

Apesar da existência de políticas voltadas para a garantia de direitos dos/as trabalhadores/as, como exemplo a PNSST, a proteção social do país nunca esteve consolidada, correndo sério risco de desmonte. Este cenário se agrava, em especial, a partir do governo ilegítimo³ de Michel Temer, com a proposta nítida de desmonte da Seguridade Social; a qual reproduz um papel base de políticas para a proteção social da classe trabalhadora, abrangendo Saúde, Assistência Social e Previdência Social.

Relacionado a isso, um ponto a ser destacado é a promulgação da EC 95/2016, a qual propõe um Novo Regime Fiscal com limite para os gastos públicos, promovendo o desmonte dos serviços públicos e estabelecendo perda de recursos para a saúde de cerca de R\$ 415 bilhões, até o ano de 2036. Não por acaso que já se vivencia em alguns territórios do Estado e do País o sucateamento e a constante tensão de extinção de alguns CEREST, sob a alegação de não haver condições de financiamento aos serviços.

Em conjunto, pautado em ideais neoliberais, o governo de Temer realizou outras mudanças, como o desmonte da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), por meio da contrarreforma⁴ trabalhista com livre negociação, incluindo a prevalência do negociado sobre o legislado nas relações de trabalho, a terceirização irrestrita e a pejotização, bem como a proposta de contrarreforma da Previdência, já proposta por Temer e solidificada pelo atual presidente, impondo vários ajustes dentre eles aumento da idade mínima e um regime de capitalização previdenciária. Em síntese,

3 O termo "ilegítimo" se refere à instauração do Governo Temer a partir de um golpe parlamentar-jurídico-midiático, caracterizado no processo de impeachment da presidenta Dilma e a postura neoliberal assumida, priorizando privatizações, o desmonte de políticas públicas e a perda de direitos da classe trabalhadora.

4 Adota-se no presente estudo o termo contrarreforma para denominar as reformas neoliberais brasileiras, que implicam em profundo retrocesso social, partindo das reflexões de Behring (2008), vinculadas à "recusa de caracterizar como reforma processos regressivos". Para a autora, o reformismo é um patrimônio da esquerda, um termo que ganha sentido no debate do movimento operário socialista e de suas estratégias, tendo em vista a equidade, e que difere substancialmente da perspectiva regressiva das "reformas" neoliberais. Como exemplo destes significados do termo, temos a reforma do Estado brasileiro materializada na Constituição de 1988, progressivamente destruída pela contrarreforma a partir da década de 1990.

o desmonte do Estado brasileiro se apresentou de forma trágica, por meio da imposição e da priorização de uma agenda neoliberal radical, que pretendia alterar substancialmente as conquistas sociais (as quais foram consideradas como “privilégios”) presentes na Constituição Federal de 1988 (CASTILHOS, LEMOS e GOMES, 2017).

Destarte, a contrarreforma trabalhista, realizada em 2016, também traz questões sérias a serem avaliadas, que se refletem em pontos como o contrato de trabalho, a jornada de trabalho, a remuneração da jornada, as condições de trabalho, especialmente as que afetam a saúde e segurança no trabalho, alterações na regulamentação da representação dos interesses coletivos dos trabalhadores e da negociação coletiva, as limitações de acesso à Justiça do Trabalho e o engessamento de sistema de fiscalização de fraude (KREIN, 2018). Aqui é importante destacar que nenhuma dessas alterações relacionadas significaram o fortalecimento da proteção social dos/as trabalhadores/as, muito pelo contrário. São medidas que reforçam e, de certa forma, regulam a precarização e a vulnerabilidade no espaço de trabalho, que propiciam a invisibilidade social por meio da lei

Como já explicitado, a conjuntura da política de “assalto” se agravou após as eleições de 2018, onde foi eleito o presidente Jair Messias Bolsonaro, pela influência de um discurso conservador, alinhado ao bloco hegemônico internacional e banalizando sérias expressões como o racismo, a misoginia, a LGBTfobia, o machismo e o ódio de classe. Em menos de um ano de governo, o atual presidente sancionou o aumento do salário mínimo com o valor abaixo da estimativa que constava do orçamento da União; extinguiu Ministérios, em especial o Ministério do Trabalho, o incorporando ao Ministério da Economia (Medida Provisória 870/19); realizou importantes mudanças na Política de Saúde, principalmente as relacionadas a saúde mental e atenção básica; e, dentre outras medidas tão funestas quanto, assumiu novamente a pauta da contrarreforma da previdência.

Nesse cenário de incertezas, perda de direitos e desproteção social, destaca-se que é necessário fortalecer não só a discussão no campo teórico acerca da Saúde do/a Trabalhador/a, mas também retomar e articular movimentos de resistência junto a classe trabalhadora, compreendendo a importância do debate e a constante defesa da PNSTT no cotidiano do trabalho

Considerações Finais

Em uma visão geral, os 30 anos de implantação e consolidação do SUS e da Saúde do/a Trabalhador/a apresentaram um progresso considerável na concepção de saúde, doença e adoecimento relacionado ao trabalho. Ainda que tais políticas sejam permeadas por desafios e obstáculos, sejam eles de origem organizativa, econômica ou de vícios e confrontos de concepções, é necessário reconhecer o avanço realizado ao longo do tempo, que se materializa na oferta de serviços de assistência, vigilância e promoção à saúde aos/as trabalhadores/a, bem como no campo teórico das instituições de ensino e de educação permanente.

Todavia, a proteção e garantia de direitos aos trabalhadores/as no Brasil ainda são processos muito fragilizados, apesar das lutas sociais existentes para sua efetivação. Destaca-se que, frente a conjuntura contemporânea brasileira, a qual agrega ideais neoliberais e ultraconservadores, concentrando ataques significativos à classe trabalhadora, se torna de fundamental importância debater a temática do adoecimento relacionado ao trabalho, principalmente pela conjuntura de desmonte da proteção social da classe trabalhadora. Assim, retomar a concepção do modelo de Saúde do/a Trabalhador/a e o movimento histórico de sua construção é de extrema necessidade, visando o fortalecimento não apenas no campo político, mas também na lógica metodológica e teórica.

Nesse sentido, é preciso retomar o processo histórico de resistência constantemente, bem como fortalecer estratégias de enfrentamento a questões relacionadas ao modo de viver, adoecer e morrer dos/as trabalhadores/as, em especial, quando se intensifica o contexto do retrocesso social e da perda de direitos duramente conquistados. E para que esse enfrentamento seja realizado, é preciso reconhecer a realidade para além de sua aparência, considerando o trabalho em sua centralidade nas relações sociais e no processo saúde doença e identificando o impacto causado pelo modo de produção na saúde da sociedade.

Referências

- AGOSTINI, M.; **Saúde do Trabalhador** in ANDRADE, A, PINTO, SC e OLIVEIRA, RS, orgs. *Animais de Laboratório: criação e experimentação* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002. Disponível em <http://books.scielo.org/id/sfwjtj> Acesso em 25/03/2019.
- ALVES, G. **Dimensões da Precarização do Trabalho - Ensaios de Sociologia do Trabalho**. Bauru, SP - 2013. Projeto Editorial Praxis.
- ANTUNES, R. **Adeus ao trabalho? Ensaios sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo trabalho**. São Paulo: Cortez, 2000.
- BASTOS, J. **Determinação social do processo saúde-doença: conceito para uma nova prática em saúde**. Revista da Coordenação de Educação em Saúde – DENEM – COES, nº 1. 2013.
- CASTILHO, D. R.; LEMOS, E. L. S.; GOMES, V. L. B. **Crise do capital e desmonte da Seguridade Social: desafios (im)postos ao Serviço Social**. Serv. soc. soc, n. 130, p. 447-466, 2017.
- FERREIRA, A. M. de A.; AMARAL, A. S. do. **A saúde do trabalhador e a (des)proteção social no capitalismo contemporâneo**. Revista Katálysis, Florianópolis, v. 17, n. 2, p. 176-184, dez. 2014. Disponível em: <http://migre.me/vfde3> Acesso em 25/03/2019.
- FLEURY-TEIXEIRA, P., BRONZO, C. **Determinação social da saúde e política**. Em: NOGUEIRA, R. P. (Org.). *Determinação Social da Saúde e Reforma Sanitária*. Rio de Janeiro: CEBES, 2010. (Coleção Pensar em Saúde).
- GRANDA, E.; BREILH, J. **Saúde na sociedade**. São Paulo, CORTEZ; ABRASCO, 1989.
- IDE, C. A. C.; CHAVES, E. C. **A questão da determinação do processo saúde-doença**. Rev. Esc. Enf. USP, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 163-167, abr. 1990.
- KREIN, J. D. **O desmonte dos direitos, as novas configurações do trabalho e o esvaziamento da ação coletiva: Consequências da reforma trabalhista**. *Revista Tempo Social*, São Paulo, v. 30, n. 1, p. 77-104, abr. 2018. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0103-20702018000100077&lng=pt&nrm=iso Acesso em 25/03/2019.
- LACAZ, F. A. C. **O campo Saúde do Trabalhador: resgatando conhecimentos e práticas sobre as relações trabalho-saúde**. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2007, vol.23, n.4, pp.757-766. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n4/02.pdf> Acesso em 25/03/2019.
- LAURELL, A. C. **A saúde-doença como processo social**. In: NUNES, E. D. (Org.). *Medicina social: aspectos históricos e teóricos*. São Paulo: Global, 1983, p. 133-158.
- LAURELL, A.C., NORIEGA, M. **Processo de produção e saúde: trabalho e desgaste operário**. São Paulo. Hucitec, 1989.
- LUKÁCS, G. **Para uma ontologia do ser social I**. São Paulo: Boitempo Editora, 2012.
- LUKÁCS, G. **Para uma ontologia do ser social II**. São Paulo: Boitempo Editora, 2013.
- LUKÁCS, G. **Prolegômenos para uma ontologia do ser social**. São Paulo: Boitempo Editora, 2010.
- MARX, K. **O capital: crítica da economia política: livro 1**. Tradução: Reginaldo Sant’anna – 34ª ed. – Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2016.

MARX, K. **Manuscritos Econômicos-Filosóficos**. Tradução: Jesus Ranieri – São Paulo: Boitempo, 2014.

MARX, K.; ENGELS F. **A ideologia Alemã**. Tradução: Luis Claudio de Castro e Costa – São Paulo: Martins Fontes. 1998 – (Clássicos).

MENDES, J. M. R.; OLIVEIRA, P. A. B. **Medicina do trabalho: o desafio da integralidade na atenção à saúde**. Em: VIEIRA, S. I. V. (Coord.). Medicina básica do trabalho. Curitiba: Gênese, 1995. v. 4.

MENDES, J. M. R.; WÜNSCH, D. S. **Serviço Social e a saúde do trabalhador: uma dispersa demanda**. Serv. Soc. Soc., São Paulo, n. 107, p. 461-481, 2011. Disponível em <http://migre.me/vfdeE> Acesso em 06/10/ 2016.

MENDES, R.; DIAS, E.C. **Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador**. Rev Saúde públ., S.Paulo, 25: 341-9, 1991.

MINAYO-GOMEZ, C.; VASCONCELLOS, L. C. F.; MACHADO, J. M. H. **Saúde do trabalhador: aspectos históricos, avanços e desafios no Sistema Único de Saúde**. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2018, vol. 23, no. 6, pp. 1963-1970. Disponível em <http://ref.scielo.org/ygszjh> Acesso em 25/03/2019.

MINAYO-GOMEZ, C; THEDIM-COSTA, S M F. **A construção do campo da saúde do trabalhador: percurso e dilemas**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 13, supl. 2, 1997. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csp/v13s2/1361.pdf> Acesso em 25/03/2019.

SANTANA, V. S.; SILVA, J. M. **Os 20 anos da saúde do trabalhador no Sistema Único de Saúde no Brasil: limites, avanços e desafios**. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde Brasil 2008: 20 anos de Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em <http://www.saudeetrabalho.com.br/download/sus-20anos.pdf> Acesso em 25/03/2018.

WÜNSCH, P R; MENDES J M R. **Os acidentes, doenças e mortes relacionadas ao trabalho**. Revista Estudos do Trabalho, Ano VIII, n. 16, 2015. Disponível em http://www.estudosdotrabalho.org/2_RRET16.pdf Acesso em 25/03/2019.

Recebido em 30 de junho de 2019.
Aceito em 11 de novembro de 2019.