



Entre a saúde ocupacional e a saúde do trabalhador: as coisas nos seus lugares

Luiz Carlos Fadel de Vasconcellos

Introdução

Saúde ocupacional e saúde do trabalhador são expressões que se referem às relações entre saúde e trabalho e que, geralmente, são utilizadas indistintamente, como se seus significados fossem idênticos. Não são.

Tanto uma expressão quanto a outra retratam campos de ação sobre as relações saúde-trabalho, na perspectiva de prevenção e reparação dos danos à saúde no trabalho, que implicam a construção de conhecimentos e de intervenção sobre os problemas gerados nessas relações. Contudo, embora ambas se assentem em raízes históricas comuns, os campos de ação de cada uma são profundamente marcados por diferenças conceituais, ideológicas, institucionais, normativas, culturais, sociopolíticas e econômicas que acabam por estabelecer

políticas públicas distintas em suas diretrizes de ação e de comportamento dos agentes públicos por elas responsáveis.

Em linhas gerais, demarcados por essas profundas diferenças, os campos da saúde ocupacional e da saúde do trabalhador, com suas distintas características, estão estruturados em discursos e métodos refletidos em ações que, por sua vez, geram contradições na condução das formulações políticas e das práticas institucionais. Muitas das contradições geradas por suas diferenças acarretam conflitos de várias ordens cujo resultado é uma crônica dificuldade em nosso país de se levarem adiante abordagens integralizadoras capazes de melhor equacionarem as relações saúde-trabalho e seus impactos sobre a saúde pública. Perdem, com isso, os trabalhadores, que sofrem as consequências do mundo do trabalho sobre sua saúde e sua vida.

Neste capítulo, vamos tratar de demarcar essas diferenças e apontar os pontos vulneráveis dos discursos e métodos de cada um desses campos de ação, de modo a refletir sobre suas consequências no cotidiano das práticas em saúde.

Saúde ocupacional

A saúde ocupacional, enquanto campo de ação preventiva e reparadora dos danos à saúde no trabalho, tem sua origem mais remota na medicina do trabalho clássica, nascida no decurso da Revolução Industrial, e vai se consolidar nos anos subsequentes como uma das vertentes mais primitivas do direito trabalhista.

Nascido na Inglaterra, o direito trabalhista passou a ser assumido pelos Estados do século XIX, com a criação de regras para o controle das condições de saúde no trabalho, garantidas pelo contrato entre as partes patrão e empregado. Em seu percurso, o direito trabalhista foi-se expandindo em matéria de agregação de direitos de garantia das

condições de saúde dos trabalhadores, refletindo, em cada contexto histórico, as lutas políticas provocadas pelos trabalhadores, que, pouco a pouco, foram se organizando e exigindo melhores condições de saúde e de vida no trabalho. Um resultado relevante desse processo foi a consolidação da medicina do trabalho, que passou a responder tecnicamente às exigências do controle das condições de saúde, sob o mandamento da regra estabelecida (Mendes e Dias, 1991).

A medicina do trabalho tornou-se a variável técnica para solucionar os danos à saúde provocados pelos processos produtivos, sem possibilidade de interferir além dos preceitos normativos estabelecidos no contrato de trabalho firmado entre patrões e empregados. Inaugurava-se um campo médico subserviente ao contrato e ao interesse do capital produtivo (Vasconcellos e Pignatti, 2006).

As regras do direito trabalhista direcionadas à saúde buscaram, desde sua concepção, preservar o corpo trabalhador, de modo a manter a força de trabalho e a sua capacidade de reprodução. Com a evolução das lutas dos trabalhadores, sempre no sentido de expandir os seus direitos, surgiu o direito previdenciário, como resposta às necessidades de reparação ao dano à saúde provocado pelo trabalho, especialmente pelo fato de que as regras de preservação da saúde não eram capazes de impedir os danos. Consolidou-se, desse modo, um conjunto de preceitos normativos protetores (direito trabalhista) e um outro conjunto com um sentido reparador da força de trabalho (direito previdenciário), que pouco a pouco foram se legitimando no contexto político e jurídico da maioria dos países.

Com a criação da Organização Internacional do Trabalho (OIT), em 1919, as regras trabalhistas e previdenciárias se legitimaram internacionalmente e se expandiram para os países signatários das suas resoluções (Vasconcellos e Oliveira, 2008).

Durante o século XX, lutas intensas por mais direitos em todo o mundo protagonizadas pelos trabalhadores organizados forçaram

negociações com os patrões, possibilitando muitas vezes a expansão das regras de proteção à saúde. Com o surgimento dos Estados de bem-estar social, na primeira metade do século, até o advento das políticas neoliberais, especialmente após os anos 1980, havia uma tendência de maior expansão das regras do que sua retração, favorecida pelo contexto da Guerra Fria, em resposta aos movimentos de trabalhadores identificados com ideologias de esquerda. As regras protetoras da saúde no trabalho, seguindo a tendência das políticas de bem-estar social, foram aprimoradas e ampliadas, especialmente sob a chancela da OIT.

Contudo, em conjunturas desfavoráveis aos trabalhadores, as regras do direito se mantiveram estáveis ou mesmo se retraíram, refletindo a correlação geopolítica de forças entre as partes do permanente conflito entre patrões e empregados. A dinâmica da luta capital-trabalho focada na questão da saúde demonstrou com bastante nitidez a vulnerabilidade da regra do direito, permanentemente questionada na sua capacidade de garantir plenamente a vida e a saúde no trabalho, embora fosse tida, em geral, como suficiente pelos patrões.

No percurso histórico, a evolução gradativa dos processos e ambientes de trabalho, com a incorporação de novas tecnologias e métodos, passou a exigir regras mais complexas, inclusive para a preservação da saúde no trabalho. Abordagens técnicas que superassem o enfoque restrito da medicina do trabalho clássica propiciaram o surgimento da saúde ocupacional, em meados do século XX, visando suprir insuficiências técnicas, disciplinares e metodológicas de preservação da saúde no trabalho (Mendes e Dias, 1991). A participação de outras disciplinas no mundo do trabalho, como as engenharias, a ergonomia e a psicopatologia, passou a ser cada vez mais frequente na formulação da regra protetora da força de trabalho. A incorpora-

ção de novos elementos técnicos e o aporte de novos conhecimentos trazidos por outras disciplinas passaram a compor o campo da saúde ocupacional, buscando o aprimoramento de respostas condizentes com as exigências técnicas de normativas contratuais ampliadas sobre as relações trabalho-saúde que as mudanças no mundo do trabalho exigiam.

Sempre sob a influência internacional da OIT, os Estados modernos instituíram um agir político, normativo e institucional sobre a saúde no trabalho alicerçado nos campos trabalhista (proteção) e previdenciário (reparação), cujas políticas públicas eram vinculadas às instituições estatais responsáveis pela regulação do trabalho e da previdência social de caráter contributivo. Em decorrência, na maioria dos países capitalistas, as relações saúde-trabalho e os problemas nelas originados ficaram à margem das políticas de saúde pública, ao longo de grande parte do século XX (Vasconcellos, 2007). Nasce aí uma profunda contradição com o próprio conceito de saúde, em que as situações de dano decorrentes do trabalho deixaram de ser alvo da saúde pública, em seus aspectos normativos, epidemiológicos, institucionais e políticos.

Consolidou-se, desse modo, uma saúde preventiva direcionada a grandes contingentes populacionais de trabalhadores, cuja responsabilidade legal e política recaiu sobre setores dos aparelhos de Estado vinculados às áreas trabalhista e previdenciária da maioria dos países, desconsiderando de modo absoluto os setores responsáveis pelas políticas de saúde preventiva dos demais segmentos da população, consolidados no aparelho estatal da saúde pública.

Desse modo, a formulação das políticas das relações saúde-trabalho e sua execução ficaram ao encargo, na maioria dos países, inclusive no Brasil, dos Ministérios do Trabalho e da Previdência Social, ou seus similares. Sobre os Ministérios da Saúde dos países, ou seus similares, por seu turno, não recaíram responsabilidades formuladoras ou executivas dessas questões.

A manutenção de políticas públicas sobre as relações saúde-trabalho, de caráter contributivo no mundo capitalista, forjou regras interventoras do Estado moderno subordinadas a questões essencialmente econômicas, no tocante à adoção de medidas transformadoras dos processos e ambientes de trabalho.

É nesse cenário que situamos a saúde ocupacional como um campo multidisciplinar complexo, mas restrito, por sua vinculação a relações econômicas regidas pelo contrato entre as partes – capital e trabalho. Ou seja, a saúde ocupacional, mediada pelo segmento do aparelho de Estado que promove políticas públicas de caráter contributivo, e não distributivo, portanto, não universalista, tem seu espectro de ação submetido ao interesse econômico particularizado, cuja dimensão não espelha a necessidade social de ampliação de direitos e de maior justiça.

Saúde do trabalhador

A saúde do trabalhador surgiu como fruto de uma crítica ao modelo trabalhista-previdenciário histórico, cuja identidade está fortemente vinculada aos campos técnicos da medicina do trabalho e da saúde ocupacional. Nessa linha crítica e contra-hegemônica, as principais iniciativas de luta por ampliação dos direitos à saúde no trabalho ocorreram na Itália, a partir dos anos 1960, com o surgimento do movimento operário italiano, apoiado pelo Partido Comunista Italiano. A configuração de um novo modelo de abordagem das relações saúde-trabalho foi sendo estruturada pela organização operária com a concorrência de intelectuais acadêmicos e atores políticos, resultando no denominado “Modelo Operário Italiano” (MOI), que chegou até nossos dias.

Suas características reportavam-se a princípios dos quais se destacam: a estruturação de grupos homogêneos de risco para conhecer as

condições de trabalho; a criação de instrumentos de avaliação, como o mapa de riscos; a incorporação dos trabalhadores como sujeitos da transformação dos processos e ambientes de trabalho; e a validação consensual entre o saber técnico e o saber dos trabalhadores – o saber operário (Alonso, 2007).

O movimento, do mesmo modo, trouxe para a cena da saúde pública essas questões, introduzindo-as na reforma sanitária italiana daqueles anos. As relações saúde-trabalho passavam a ser, de modo explícito, problemas de saúde pública, cuja responsabilidade recaía sobre o aparelho de Estado no âmbito da saúde e não somente nos âmbitos do trabalho e da previdência. Além disso, afrouxavam-se os vínculos técnicos bastante estritos com a saúde ocupacional, ampliando o campo de atuação para outras disciplinas do conhecimento e outras instâncias do Estado e da sociedade.

O conjunto de características advindas desse movimento e de seus princípios moldou o conceito de saúde do trabalhador, que se difundiu e passou a frequentar as reflexões sobre a construção de conhecimentos e políticas na dimensão das relações saúde-trabalho, em vários países do mundo, inclusive no Brasil.

O movimento da reforma sanitária brasileira consolidou a compreensão de que as relações saúde-trabalho estão contidas no campo de ação da saúde pública e introduziu no seu ideário essa perspectiva, na concepção ampliada de mudança do modelo sanitário do país. Nos moldes do conceito italiano original, surgiu o conceito técnico-normativo de saúde do trabalhador, inscrito na Constituição brasileira de 1988 e consolidado na Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990), que dá organicidade ao Sistema Único de Saúde (SUS).

O nascente ideário constitucional da saúde do trabalhador implicava superar as limitações dos direitos tradicionais, com a garantia de uma saúde irrestrita (enquanto direito de todos e dever do Estado),

ou seja, além daqueles que a regra contratual trabalhista mantinha sob limitações estritas e insuficientes para garantir a plena saúde. Em suma, o movimento sanitário brasileiro buscou incluir as relações saúde-trabalho no rol dos direitos ampliados de saúde e cidadania, sob a influência do movimento operário italiano, também protagonista da reforma sanitária italiana, que influenciou a brasileira. Dentre os aspectos marcantes para a inclusão da área de saúde do trabalhador no campo da saúde pública, destaca-se o envolvimento do trabalhador no planejamento, no desenvolvimento e na execução das ações, como elemento atuante e central em todas as etapas do processo de intervenção do Estado sobre as condições, o ambiente e o processo de trabalho.

Na linha da reforma brasileira, a perspectiva da democratização das decisões e do controle social sobre a saúde do trabalhador propõe a transformação das bases técnicas e organizacionais do trabalho calcada na abordagem interdisciplinar das diversas questões e na ruptura com a hegemonia tecnocorporativa clássica da saúde ocupacional. E, ainda, considera uma atuação técnica dos profissionais a favor dos trabalhadores quando a proposição de soluções dos problemas das relações saúde-trabalho parte do conhecimento empírico do trabalhador e de sua subjetividade (Oliveira e Vasconcellos, 2000).

Saúde ocupacional e saúde do trabalhador: as diferenças

Confrontando-se mais diretamente os campos da saúde ocupacional e da saúde do trabalhador, podemos sintetizar alguns pontos.

Mendes e Dias (1991) consideram a existência de uma *passagem* da medicina do trabalho e da saúde ocupacional para um outro lado: o da saúde do trabalhador, entendendo que o fato se deve à relativa impotência daquelas para intervir sobre os problemas de saúde causados

pelos processos de produção, cujo modelo não conseguiu atingir os objetivos propostos.

As diferenças do comportamento científico entre a saúde do trabalhador e a medicina do trabalho e da saúde ocupacional seriam marcadas pela incapacidade destas últimas de resolverem os problemas de saúde decorrentes dos processos produtivos, ao centrar seu comportamento na legitimação dos riscos e ao atuar como braço de perpetuação da hegemonia dos processos de sustentação dos determinantes dos danos na relação saúde-trabalho, na medida de sua atuação como elemento filtrante da aferição da intensidade dos danos à saúde (Vasconcellos e Pignati, 2006).

A saúde ocupacional (incluindo a medicina do trabalho e a engenharia de segurança), por dizer respeito à regulação técnica e normativa do contrato de trabalho estabelecido entre patrões e empregados, está sujeita ao disposto na norma e em negociações entre as partes. Assim, a saúde ocupacional não transcende o direito trabalhista, porquanto a este é subordinado e por ser limitado ao contrato.

A saúde do trabalhador, por seu turno, transcende os direitos trabalhista, previdenciário e demais direitos limitantes por efeitos específicos de contratos. Ela invoca o direito à saúde no seu espectro irrestrito da cidadania plena, típica dos direitos civis, econômicos, sociais e humanos fundamentais, a que os demais *direitos* estão subordinados. A saúde do trabalhador arvora a si, desse modo, a égide sobre as relações saúde-trabalho no estado democrático de direito. Para essa missão, ela é unguida pela Constituição Federal de 1988 ao insinuá-la no SUS, a que o aparelho de Estado brasileiro destina a atribuição de garantir o dever do Estado ao direito à saúde.

Nesse contexto, a saúde ocupacional é subalterna da saúde do trabalhador, no sentido da política pública que intervém sobre as infrações ao *status* de saúde plena nas relações de trabalho.

Daí, com a inclusão da saúde do trabalhador no sistema de saúde brasileiro, passou-se a ter o convívio de uma saúde do trabalha-

dor – ampliada e alicerçada na saúde pública e no marco regulatório do direito amplificado à saúde – com uma saúde ocupacional mais restrita e alicerçada nos estatutos regulatórios limitativos do contrato entre as partes – patrão e empregado – compradora e vendedora da força de trabalho no mercado ao encargo das áreas estatais do trabalho e previdência. Uma distinção bastante nítida entre dois campos de conhecimento – o da saúde do trabalhador e o da saúde ocupacional – passou a conviver quanto à aplicação de regras sobre a saúde no trabalho.

Na saúde do trabalhador, fundou-se a relação do Estado como provedor de uma política pública indistinta para o conjunto dos trabalhadores brasileiros, mantendo-se a saúde ocupacional como o campo técnico-normativo aplicado à relação privativa entre as partes, subordinada ao contrato.

Um dualismo entre saúde ocupacional e saúde do trabalhador cristalizou-se no Brasil, com reflexos no campo da produção de conhecimentos sobre a relação saúde-trabalho:

Em síntese, apesar dos avanços significativos no campo conceitual que apontam um novo enfoque e novas práticas para lidar com a relação trabalho-saúde, consubstanciados sob a denominação de Saúde do Trabalhador, depara-se, no cotidiano, com a hegemonia da Medicina do Trabalho e da Saúde Ocupacional. Tal fato coloca em questão a já identificada distância entre a produção do conhecimento e sua aplicação, sobretudo num campo potencialmente ameaçador, onde a busca de soluções quase sempre se confronta com interesses econômicos arraigados e imediatistas, que não contemplam os investimentos indispensáveis à garantia da dignidade e da vida no trabalho. (Minayo-Gomez e Thedim-Costa, 1997, p. 23.)

Tambellini, a propósito dessas questões, já na década de 1980 assinalava a demarcação de um conceito para uma política de saúde do trabalhador: “[...] é a expressão do poder dos trabalhadores de ter saúde e tomar em suas mãos o controle de suas próprias vidas, saúde e trabalho” (1988, p. 12). Com o objetivo de melhor ressaltar as dife-

renças entre os campos, a mesma autora observava seus enfoques no Quadro 1 (adaptado).

Quadro 1
Relações saúde-trabalho: diferenças de enfoque

Campo	Medicina do trabalho	Saúde ocupacional	Saúde do trabalhador
Agente	Médico	Especialista	Equipes multiprofissionais + Trabalhadores
Objetos	Trabalhadores	Grupos de risco	Classes sociais Trabalhadores organizados
Instrumentos e meios	Técnica a serviço dos setores dominantes	Técnica “neutra”*	Técnica a serviço dos trabalhadores
Resultados	Informação deformada da realidade	Conhecimento ideologizado da realidade	Determinantes sob controle dos trabalhadores Conhecimento integrado da realidade

Fonte: Tambellini, 1988.

* Com aspas no original.

Tambellini bem delimita o corpo de profissionais, permitindo distinguir as práticas de um ou de outro campo. A constituição das práticas de uma área naturalmente reflete o quadro profissional que a sustenta e alimenta. Assim, a diferenciação entre os campos também demanda uma nova configuração profissional e de instrumentos. O fato de se contar com um profissional da área de saúde do trabalhador que coloque sua “técnica a serviço dos trabalhadores” imprime à ação uma externalidade “não neutra” que gera reações igualmente “não neutras” dos setores sujeitos à ação (1988, p. 10).

É evidente que os dois campos trazem marcas distintas e bem marcadas do ponto de vista ideológico, seja por conta de suas origens, seja, ainda, pela condução histórica de suas formulações e seus formuladores. A distinção ideológica é bem observada por Ramos Jr.:

[...] o corte de classe é muito evidente entre as diversas formas de abordagem teóricas e práticas da saúde dos trabalhadores. Conceitos como

Saúde Ocupacional, Medicina do Trabalho, Higiene do Trabalho, Engenharia de Segurança e Saúde do Trabalhador se confundem na prática de muitos profissionais que atuam no campo, mas, longe de ter diferença apenas semântica, representam interesses divergentes, nem sempre explicitados, na forma de tratar a saúde e a segurança da força produtiva. Estes muitos conceitos podem ser sistematizados em dois grandes campos de conhecimento: a Saúde Ocupacional e a Saúde do Trabalhador; a primeira embasada numa teoria positivista e a serviço do capital; a segunda com base no materialismo histórico e dialético e a serviço da classe trabalhadora. (Ramos Jr., 2007, p. 67-8.)

Com a consolidação da saúde do trabalhador no SUS, nos anos subsequentes observou-se a utilização indistinta da expressão “saúde do trabalhador” sem uma demarcação conceitual com a saúde ocupacional, confundindo papéis, perfis, competências e o direcionamento das políticas públicas, em que muitas vezes se torna necessário evidenciar suas diferenças.

O convívio entre os campos da saúde do trabalhador e da saúde ocupacional, considerados ora como similares, ora como bastante distintos, não se deu de forma pacífica. Por situarem responsabilidades objetivas do Estado brasileiro sobre um e outro campo, em setores diversos do seu aparelho institucional, não fica nítido no campo formulador da política do que tratam as políticas públicas em cada um dos campos.

A rigor, a inclusão da saúde do trabalhador no âmbito do SUS inaugurou uma crise de paradigmas, por tratar de um campo político de ação que expande o direito à saúde sobre um campo de ação que restringe esse direito, em função da regra contratual (saúde ocupacional):

A hierarquia proposta pelo SUS, em sua formulação de Saúde do Trabalhador, estabelece uma organização interdisciplinar a partir da epidemiologia, constituindo um saber dogmático característico da área de saúde. Por sua vez, no campo do Ministério do Trabalho e Emprego, o arcabouço interdisciplinar da saúde do trabalhador é fundamentado

e hierarquizado através da submissão das outras disciplinas ao estudo das relações de trabalho. Essa disputa teórica é muitas vezes intuitiva e, sobretudo, condicionada pelos próprios micropoderes existentes dentro das instituições de referência. Isso inclui de forma perversa os corporativismos que se auto-reproduzem como fim de sua ação institucional, constituindo-se num campo fechado de negócios e saberes. (Machado, 2005, p. 8.)

Um passo em direção à superação da crise implica considerar o campo da saúde do trabalhador como estrutura política e institucional na dimensão formuladora macro do Estado brasileiro, subordinando as microdimensões que tratam das relações saúde-trabalho, aqui incluída a saúde ocupacional (relação entre partes), às suas bases doutrinárias e diretrizes de ação.

Em outras palavras, a saúde do trabalhador abrange a totalidade política da dimensão da saúde enquanto direito de todos e dever do Estado de garanti-la e de vigiar para que seja garantida. Assim, a saúde do trabalhador tem como aparato político-ideológico e institucional a dimensão holística da saúde pública sobre os determinantes sociais, incluindo o trabalho, tendo a vigilância da saúde como sua dimensão técnica interventora. O campo da saúde do trabalhador e sua vigilância da saúde é instrumento da política de intervenção do Estado, e o campo da saúde ocupacional é um dos objetos dessa intervenção.

A melhor compreensão da identidade de cada campo, pela via da institucionalidade, do discurso político, da base legal e dos recursos destinados para as ações, passou a ser exigida para o cumprimento das responsabilidades objetivas do Estado. A delimitação dos distintos enfoques entre saúde do trabalhador e saúde ocupacional ganha destaque, inclusive, porque o Estado brasileiro se situa ora como provedor da política, ora como aplicador da política, enquanto padrão, como no caso das relações saúde-trabalho no serviço público.

No Quadro 2, observam-se algumas diferenças entre a saúde ocupacional e a saúde do trabalhador.

Quadro 2
Saúde ocupacional e saúde do trabalhador: diferenças de enfoque

Diferenças	Saúde ocupacional	Saúde do trabalhador
Políticas / Jurídicas	Privativas e limitadas	Públicas e ampliadas
	Tutelares	Compartilhadas com o trabalhador
	Subordinadoras do trabalhador	Empoderadoras do trabalhador
	Reguladoras segundo a norma trabalhista	Interventoras segundo o direito à saúde
	Mantenedoras da ordem normativa	Transgressoras da norma estrita
Econômicas	Restritas segundo disponibilidades	Irrestritas
	Contratuais	Universalistas
	Contributivas	Distributivas
	Compensatórias monetaristas	Não monetaristas
Éticas	Relações autoritárias	Relações democráticas
	Trabalhador como objeto	Trabalhador como sujeito
	Relações desumanizadas	Direitos humanos
Técnicas	Multiprofissionais	Interdisciplinares
	Saber operário não considerado	Saber operário como fonte de conhecimento
	Controle sobre o corpo individual	Intervenção com e sobre o sujeito coletivo
	Agentes de risco como determinantes	Organização do trabalho como determinante
	Exposição controlada	Pesquisa-intervenção

Fonte: Adaptado de Vasconcellos, 2008.

No tocante às diferenças políticas e jurídicas, a saúde ocupacional, ao tratar de relações privativas entre as partes – patrão e empregado –, limita-se aos termos estabelecidos pela relação contratual. Ainda que haja negociação de conteúdos contratuais, invariavelmente haverá uma limitação no alcance do direito estabelecido, cuja dimensão estará sempre sujeita à capacidade de negociar no limite da regra.

A saúde do trabalhador, na medida de sua vinculação ao conceito irrestrito de saúde, tende a se ampliar na mesma direção da base conceitual da saúde em si mesma. A perspectiva de uma política pública calcada na saúde ampliada desvincula-se de qualquer ideia de limitação contratual sobre determinados aspectos do processo saúde-doença, eleitos ao sabor de acordos negociais.

Outro aspecto político diz respeito ao direito trabalhista como condição de tutela da força de trabalho, como aliás é observado no direito trabalhista brasileiro, assim consignado na Consolidação das Leis do Trabalho (CLT). Já a base conceitual da saúde do trabalhador enfatiza a participação do trabalhador como protagonista da política, pressupondo sua participação como coformulador da política. Enquanto a tutela subordina o trabalhador à regra, o protagonismo do sujeito trabalhador na formulação política o empodera como agente de transformação da realidade que o cerca e lhe causa dano.

Além disso, a saúde ocupacional atua no limite da regulação estabelecido pela norma contratual, que acaba por manter a ordem estabelecida, com mínima margem de transformação da realidade, enquanto a saúde do trabalhador, pela capacidade interventora do Estado em bases não restritas do direito à saúde, tende a transpor a regra vigente, antecipando novos ordenamentos que os pactos usuais não permitiriam no tempo adequado de defesa da saúde.

No aspecto econômico, a saúde ocupacional exibe soluções técnicas de transformação dos processos de trabalho que ficam à mercê de disponibilidades financeiras, em geral restritas e sujeitas a eventuais cláusulas contratuais com baixa interveniência do Estado.

No caso da saúde do trabalhador, com sua característica de política interventora, especialmente pelo braço institucional da vigilância em saúde, as soluções técnicas exigidas não se subordinam às gestões econômicas empresariais a que a saúde ocupacional está submetida.

O nível de negociação para a viabilização de soluções técnicas, em sua dimensão econômica, por exemplo, por intermédio de termos de

ajustamento de conduta, extrapola a gestão econômica intraempresarial. Outro aspecto econômico diferencial é o conhecido foco da saúde ocupacional no trabalho formal, deixando à saúde do trabalhador a possibilidade de propiciar políticas à grande maioria dos trabalhadores brasileiros não cobertos pelo contrato da CLT tradicional. A saúde ocupacional atua no campo estatal de políticas contributivas, enquanto a saúde do trabalhador tem sua ação no campo das políticas públicas distributivas, típicas dos modelos welfaristas.

Quanto às políticas monetaristas compensatórias pela exposição a agentes insalubres e perigosos, clássicas na regra da saúde ocupacional, na origem do Modelo Operário Italiano foram suplantadas pelo clássico lema “a saúde não se vende, nem se delega, se defende” (Alonso, 2007).

A questão ética permeou o nascimento do campo da saúde do trabalhador, em sua essência, a partir do princípio da não delegação. A hegemonia do saber técnico, considerando o trabalhador como mero objeto das relações sociais de produção, a despeito de que é mais diretamente sobre a saúde do trabalhador que incidem as consequências dos arranjos sociotécnicos dos processos produtivos, evidencia relações autoritárias impermeáveis a uma crítica sobre relações desiguais entre pessoas.

A emergência de um sentido revolucionário de fazer valer o saber empírico dos trabalhadores no Modelo Operário Italiano, colocando-o como sujeito proativo da transformação, demonstra uma rebeldia contra-hegemônica a uma ética médica e empresarial de caráter duvidoso no que diz respeito à saúde e à vida dos trabalhadores.

As relações sociais desumanizadas no cotidiano dos processos produtivos, implicadas nas abordagens técnicas da saúde ocupacional, tendem, com a democratização das relações sociais de produção propostas pela saúde do trabalhador, a dar lugar à observância dos direitos humanos implicados na organização do trabalho.

Do ponto de vista da abordagem técnica, um aspecto central na distinção entre os campos é o protagonismo dos trabalhadores na condução dos processos de mudança. A saúde do trabalhador parte da premissa de que o saber empírico do trabalhador é base de conhecimento essencial para a transformação dos processos e ambientes de trabalho e compõe o conjunto de saberes interdisciplinares na construção de novos objetos de conhecimento.

Ainda que a passagem da medicina do trabalho para o enfoque da saúde ocupacional tenha trazido um aporte multidisciplinar, com a concorrência de outras áreas do conhecimento, manteve-se a hegemonia do saber técnico formal sem considerar o saber dos trabalhadores.

Os serviços de saúde ocupacional demonstram o predomínio de práticas multiprofissionais isoladas, com baixa interlocução entre as disciplinas. Na saúde ocupacional predominam abordagens sobre os riscos – físicos, químicos, biológicos –, com forte influência da higiene industrial clássica, mantendo-se o controle sobre o corpo individualizado do trabalhador, de acordo com protocolos contratuais clássicos. A capacidade de intervenção da saúde ocupacional sobre os processos organizacionais é muito restrita, especialmente pela inserção intraempresarial dos serviços de saúde ocupacional.

Decorre do fato o controle da exposição aos agentes de risco com baixa, ou mesmo ausente, capacidade de mudança das organizações, pois o agente de risco acaba por se tornar uma externalidade ao processo gerador, desgarrado da lógica produtiva do evento. A atenuação ou mesmo a eliminação do risco acaba por ser uma solução paliativa e temporária, possibilitando o ressurgimento do risco em situações de simples rearranjos organizacionais. Sem mudança na cultura organizacional, não há mudança na intervenção sobre os riscos.

Assim, enquanto a saúde ocupacional atua como campo técnico de controle sobre o corpo individual, tendo como determinantes os agentes de risco e a exposição controlada do indivíduo como horizon-

te maior, a saúde do trabalhador atua sobre e com o sujeito coletivo, tendo a organização do trabalho no micro e macrocontexto sociopolítico como centro das observações e estabelecendo mecanismos de pesquisa-intervenção ao longo do tempo (Brasil, 1998).

As coisas nos seus lugares e a dimensão da política

Seguindo o objetivo deste capítulo de demarcar as diferenças conceituais entre saúde ocupacional e saúde do trabalhador, cabe reiterar algumas questões que considero mais relevantes.

A saúde ocupacional não é um campo em extinção que dará lugar ao novo campo da saúde do trabalhador. A dinâmica, bastante recente, em especial no Brasil, de incorporação do ideário da saúde do trabalhador às políticas públicas de saúde aponta para um redimensionamento das práticas de saúde ocupacional, humanizando-as, ampliando-as e subordinando-as a normativas menos restritivas, a que estão sujeitas com base no contrato limitado entre as partes.

A saúde do trabalhador, como política de Estado com forte componente interventor, poderá redefinir o papel dos sujeitos trabalhadores, considerando-os como sujeitos coletivos e não mais como coletivos de sujeitos. Além disso, com a introdução de princípios da saúde do trabalhador no campo da saúde ocupacional, a expressão “sujeito” também é redefinida como ruptura com a ideia de objeto e colocando o trabalhador no centro da política enquanto agente da transformação.

Além disso, é somente no campo ideológico e programático da saúde do trabalhador que se consegue evoluir conceitualmente para a ampliação de seu alcance, como assinalava Giovanni Berlinguer em seus primeiros escritos sobre a relevância utopista e revolucionária da questão da saúde do trabalhador e sua relação com os processos produtivos, o meio ambiente e o desenvolvimento (1978, p. 20 e 72).

Aproximações entre saúde, trabalho, produção, consumo, meio ambiente e desenvolvimento têm sido objeto de análise de vários pes-

quisadores (Berlinguer, 1978; Laurell e Noriega, 1989; Galvão, 1989; Conti, 1991; Lacaz, 1997; Tambellini e Câmara, 1998; Foladori, 2001; Porto e Almeida, 2002; Giraldo, 2003; Rigotto, 2004, Vasconcellos, 2007), na qual a inter-relação entre essas variáveis é bem nítida.

Finalmente, a desfocalização da relação saúde-trabalho na essência das teorias do desenvolvimento sustentável (Vasconcellos, 2007) dificulta o entendimento mais totalizante de desenvolvimento dos sistemas produtivos na sua relação com a saúde humana, deixando de colocar o campo da saúde do trabalhador como paradigma a ser considerado nos rumos que a produção de conhecimentos sobre a sustentabilidade vem tomando.

Podemos sintetizar as coisas em seus devidos lugares na figura a seguir, na qual se incluem as dimensões subordinadoras de cada um desses campos e na perspectiva de abrangência da política.



Referências bibliográficas

- ALONSO, Ángel Cárcoba (org.) (2007). El modelo obrero. *In: La salud no se vende ni se delega, se defiende*. Madrid, Ediciones GPS.
- BERLINGUER, Giovanni (1978). *Medicina e política*. São Paulo, Cebes-Hucitec.
- BRASIL – Ministério da Saúde (1998). Portaria nº 3.120, de 1-7-1998. *Aprova a Instrução Normativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS*. Brasília, Ministério da Saúde.
- CONTI, Laura (1991). *Ecologia: capital, trabalho e ambiente*. São Paulo, Hucitec.
- FOLADORI, Guillermo (2001). *Limites do desenvolvimento sustentável*. Campinas (SP), Ed. Unicamp.
- GALVÃO, Luiz Augusto Cassanha (1989). Onde vivemos, onde trabalhamos e o que consumimos faz mal à saúde? Uma contribuição à discussão sobre o trabalho epidemiológico na área de produção e saúde: ambiente, trabalho, consumo. Dissertação de mestrado. Rio de Janeiro, ENSP-Fiocruz.
- GIRALDO, Lia (2003). Saúde e vigilância ambiental: um tema em construção. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 12, n. 4, p. 177-87. Brasília, Secretaria de Vigilância em Saúde-Ministério da Saúde.
- LACAZ, Francisco Antonio de Castro (1997). Saúde dos trabalhadores: cenário e desafios. *Cadernos de Saúde Pública*. v. 13, supl. 2, p. 7-19.
- LAURELL, Asa Cristina e NORIEGA, Mariano (1989). *Processo de produção e saúde – Trabalho e desgaste operário*. São Paulo, Hucitec.
- MACHADO, Jorge Mesquita Huet (2005). Ação transversal inter-setorial – Entre o racional e o conjuntural. São Paulo, texto-contribuição da Abrasco para o encontro preparatório da 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador.
- MENDES, René e DIAS, Elisabeth Costa (1991). Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. *Revista de Saúde Pública*, v. 25, n. 5, p. 341-9.

- MINAYO-GOMEZ, Carlos e THEDIM-COSTA, Sonia Maria da Fonseca (1997). A construção do campo da saúde do trabalhador: percursos e dilemas. *Cadernos de Saúde Pública*. v. 13, supl. 2, p. 21-32.
- OLIVEIRA, Maria Helena Barros de e VASCONCELLOS, Luiz Carlos Fadel de (2000). As políticas públicas brasileiras de saúde do trabalhador: tempos de avaliação. *Saúde em Debate*. v. 24, n. 55, p. 92-103.
- PORTO, Marcelo Firpo de S. e ALMEIDA, Gláucia E. S. (2002). Significados e limites das estratégias de integração disciplinar: uma reflexão sobre as contribuições da saúde do trabalhador. *Ciência & Saúde Coletiva*. v. 7, n. 2, p. 335-47.
- RAMOS JR., Armenes de Jesus (2007). A formação de um intelectual coletivo: um estudo sobre o percurso dos militantes na construção da saúde do trabalhador no Paraná. Tese de doutorado. Curitiba, Universidade Federal do Paraná.
- RIGOTTO, Raquel Maria (2004). O “progresso” chegou. E agora? As tramas da (in)sustentabilidade e a sustentação simbólica do desenvolvimento. Tese de doutorado. Fortaleza, Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais, Universidade Federal do Ceará.
- TAMBELLINI, Anamaria Testa (1988). Avanços na formulação de uma política nacional de saúde no Brasil: as atividades subordinadas à área das relações produção e saúde. Texto originalmente apresentado à I Conferência Nacional de Saúde dos Trabalhadores (Brasília, 1986). Rio de Janeiro, Cesteh-ENSP-Fiocruz (mimeografado).
- TAMBELLINI, Anamaria Testa e CÂMARA, Volney de Magalhães (1998). A temática saúde e ambiente no processo de desenvolvimento do campo da saúde coletiva: aspectos históricos, conceituais e metodológicos. *Ciência & Saúde Coletiva*. v. 3, n. 2, p. 47-59.

- VASCONCELLOS, Luiz Carlos Fadel de (2007). *Saúde, trabalho e desenvolvimento sustentável: apontamentos para uma política de Estado*. Tese de doutorado. Rio de Janeiro, ENSP-Fiocruz.
- (2008). Entre a saúde ocupacional e a saúde do trabalhador. Apontamentos de aula proferida em 1-10-2008. Disciplina Saúde e Trabalho – Trajetória Política a Partir de Marcos Históricos, Legais e Conceituais. Rio de Janeiro, pós-graduação *stricto sensu* da ENSP-Fiocruz.
- VASCONCELLOS, Luiz Carlos Fadel de e OLIVEIRA, Maria Helena Barros de (2008). Direitos humanos e saúde no trabalho. *Saúde e Direitos Humanos*. v. 4, n. 4, p. 113-34.
- VASCONCELLOS, Luiz Carlos Fadel de e PIGNATI, Wanderley Antonio (2006). Medicina do trabalho: subciência ou subserviência? Uma abordagem epistemológica. *Ciência & Saúde Coletiva*. v. 11, n. 4, p. 1105-15.