

UMA APROXIMAÇÃO AO ENTENDIMENTO DA CONCEPÇÃO DE SAÚDE DO TRABALHADOR

*Lenir Aparecida Mainardes da Silva**

RESUMO

O assunto do presente artigo centra-se em elaborar uma aproximação ao entendimento da concepção de saúde do trabalhador na atualidade, a partir da revisão da literatura elaborada nas últimas três décadas sobre o assunto e, também, do estudo da legislação básica em torno da questão.

PALAVRAS-CHAVE

trabalho, saúde, doença

1. O processo saúde-doença: os diferentes modos de compreensão

Ao pensarmos e decidirmos quais as informações necessárias ao conhecimento, avaliação e intervenção sobre a situação de saúde de uma determinada população, precisamos abordar e definir qual é a nossa concepção de saúde.

Adoecer e morrer: esta é uma discussão muito importante, pois busca o entendimento de processos de vida, de doença e de morte das pessoas e, também, como elas organizam as percepções so-

*Doutoranda do Programa de Pós-Graduandos do Curso de Serviço Social PUC-SP

bre tais fenômenos e das práticas de saúde correspondentes.

Entendemos, ao compreender as relações entre as condições de vida, hábitos e adoecimentos, que diferentes explicações se vão desenvolvendo, no dia-a-dia, acerca do processo saúde-doença. Vale lembrar que o conhecimento sobre a saúde, formas de minorar males físicos, eliminar dores surgiram da própria necessidade de continuar existindo.

A literatura referente ao assunto entre os autores destacamos ROSEN (1994) ; BARATA [19—]; SCILAR(1987); destaca, basicamente, três modos de entender o referido processo: *o mágico*, quando a explicação apóia-se em elementos do sobrenatural, da magia do castigo divino; *o ingênuo*, quando a doença, ou a morte, é aceita e explicada como inerente a cada um, algo pronto e acabado, sem possibilidade de superação; *o crítico*, quando estabelece relações de causalidade entre saúde e doença, ligando-as em condições materiais de vida e de trabalho.

O conceito de saúde-doença varia no tempo e no espaço. Cada cultura estabelece critérios para distinguir o normal do patológico. Para MENDONÇA (1988), “no modelo capitalista, por exemplo, um dos critérios básicos para traçar o limite entre saúde e doença é a capacidade de produzir (...)o componente subjetivo de sentir-se doente não é definido apenas por uma questão de limite de tolerância individual, mas reflete o padrão social que aceita ou recusa aquela manifestação da doença” (p. 02).

Segundo BARATA [19—], após a Revolução Francesa, ocorrida em 1789, no contexto da crescente urbanização dos países europeus e da consolidação do sistema fabril é que aparece, com força crescente, a relação entre as condições de vida e trabalho das populações e o aparecimento das doenças. De acordo com este autor,

Ao lado de condições objetivas de existência, o desenvolvimento teórico das ciências sociais permitiu, no final do século XVII, a elaboração de uma teoria social da medicina. O ambiente, origem de todas as causas de doença deixa momentaneamente, de ser natural para revestir-se do social. É nas condições de vida e trabalho do homem que as causas das doenças deverão ser buscadas (BARATA, 19—, p. 19).

A medicina social sofre uma retardação no desenvolvimento, devido à derrota dos movimentos revolucionários. As descobertas bac-

teriológicas, porém, na metade do século XIX, deslocando as concepções sociais, restabelecem o primado das causas externas representadas por partículas que podem provocar o aparecimento de doenças. “Tal compreensão favoreceu a ciência dominante a liberar a medicina dos complexos determinantes econômico e sociais e políticos que impediam de desenvolver-se cientificamente (...) assim para cada doença, um agente etiológico deverá ser identificado e combatido, por meio de vacinas e produtos químicos” (id. *ibid.* p. 20).

Só no início do século XX é que se dará o retorno às concepções multicausais, porque o modelo mais acabado, segundo BARATA [19—],

(...) é o modelo ecológico, no qual as interpelações entre fatores são apresentados na forma de um sistema fechado com ‘um feed back regulador. A atividade e a sobrevivência dos agentes e hospedeiros dependem do ambiente em que se encontram’. (...) [Neste modelo há uma naturalização entre as relações que o homem estabelece com a natureza e com os outros homens e sua vida material.] (...) A produção social do homem se reduz a mais um dos fatores do meio ambiente [As determinações sociais naturalizadas perdem seu potencial crítico]... Ou seja, os fatores do meio ambiente também aparecem como naturais; reduzem os agentes etiológicos à sua condição biológica, negando a ela historicidade e atribuindo-lhe caráter ecológico (p. 23).

Segundo NUNES (1989), com a incorporação das ciências sociais pela medicina, no final da década de 60, intensificam-se na América Latina as críticas ao modelo ecológico, apontando para a necessidade de uma reformulação abrangente do processo saúde-doença, que oriente novas práticas de intervencionistas.

As razões para isso, segundo MENDONÇA (1988), devem se à crise econômica do capitalismo e a retomada das lutas sociais, tanto nos países desenvolvidos quanto na periferia, implicando em maiores exigências das massas trabalhadoras, ainda, quanto à questão da saúde. Outras razões justificam-se pela dificuldade interna de a medicina gerar um novo conhecimento que permita a compreensão dos principais problemas de saúde que afligem os países industrializados.

Neste bojo, constitui-se o movimento brasileiro da reforma sanitária, resultando na concepção de Saúde Coletiva, em contraposição à Saúde Pública convencional. CORDONI JÚNIOR (1989, p.07) co-

menta a respeito da saúde pública convencional que “(...) o golpe militar de 64, permitiu a consolidação de um modelo assistencial que valorizava o setor privado hospitalar, conduzido hegemonicamente se convencionou chamar de médico-hospitalar, (...) o qual comandava a política de saúde que atendia aos interesses da acumulação do capital investido na área da saúde.” A incorporação da perspectiva crítica na saúde leva-nos a entender o ato de adoecer como um fenômeno social.

Entender saúde-doença tal qual um processo, leva-nos a compreender o que ele tem de coletivo, de dinâmico e de material. “O modo como os homens vivem, adoecem e morrem, além das apontadas percepções culturais individuais, é fortemente condicionado pelo modo como a sociedade produz e distribui suas riquezas ao longo de sua história” (GESTÃO EM SAÚDE, p. 43).

Depende ele de fatores diversos: a produção de riquezas pela sociedade, as relações sociais, que se estabelecem dentro dela, e o modo por que a sociedade faz a regulação e o controle de tais relações.

É um entendimento que nos ajuda a compreender as raízes dos processos de saúde-doença. O que equivale lembrar que o modo de viver, adoecer e morrer dos homens constitui, inclusive, um processo socialmente determinado.

É, sim, uma explicação baseada no modelo da determinação social da doença, segundo o qual “... a saúde e a doença na coletividade não podem ser explicadas exclusivamente nas suas dimensões biológicas e ecológicas” (FLEURY, 1997, p.13), estando relacionadas a um processo que tem como elemento modelador a estrutura social. São abordagens surgidas na literatura, especialmente na América Latina, nos início dos anos setenta, decorrentes da emergência de novas proposições, tanto no campo educacional quanto no da saúde e, tornaram-se referência para a constituição de um novo campo científico, o da chamada Epidemiologia Social.

A partir daí, saúde-doença ganha objetividade concreta expressa em grupos sociais marcados por traços sócio-econômicos particulares, que lhe evidenciam as similaridades em termos de condições materiais de vida e condições materiais de trabalho, em que a idéia de determinação aparece através da hierarquia das condições,

unida à estrutura social, considerada na explicação da saúde-doença.

Trabalhar com tal idéia de determinação requer considerar as características comuns relativas às condições materiais de vida dos indivíduos (trabalho, alimentação, moradia, lazer, educação, transporte).

Podemos sintetizar, então, a idéia dizendo que o adoecer e o morrer de uma população se determinam pelo nível de desenvolvimento das forças produtivas e das relações de produção, analisadas em um determinado momento histórico. Não podemos, porém, desconsiderar, é claro, a posição de VAISTMAN (1992), ela

(...) admite que as relações de classe geradas no processo social de produção determinam desigualdades nas condições de vida e saúde, ressalta que existem outros fatores também relevantes como gênero, cor, idade, entre outros tais desigualdades lembrando a existência de um conjunto mais amplo de necessidades humanas de subsistência, proteção, afeto, compreensão, participação, lazer, criação e liberdade (...) [a autora complementa] (...) Pensar a saúde hoje passa então por pensar o indivíduo em sua organização da vida cotidiana, tal como esta se expressa não só através do trabalho (...) uma concepção ampliada da saúde passaria então por pensar a recreação da vida sobre novas bases (VAISTMAN apud FLEURY, 1997, p. 17).

2. A saúde coletiva e a saúde do trabalhador

É a partir do momento em que se enfatiza a necessidade de ser elaborada a problemática da saúde coletiva, como um processo social político e econômico, que podemos pensar em Saúde do Trabalhador, a qual se insere no interior da Saúde Pública como uma problemática da Saúde Coletiva, um processo social, político e econômico, todavia, permeado pelo cultural. Ou seja, busca-se problematizar Trabalho-Saúde a partir do caráter histórico do processo saúde-doença e da necessidade de entender-lhe a articulação com as relações sociais de produção presentes na sociedade. É um entendi-

mento que "... supera a falsa contradição entre risco profissional e risco social"¹ (MACHADO & GOMEZ, 1995, p.121) uma perspectiva de caráter jurídico institucional fundamentando o seguro de acidente de trabalho, bem como uma dimensão técnico-científica para o controle dos acidentes trabalhistas.

O sistema capitalista assume a hegemonia na evolução dos novos processos de trabalho em expansão, controlando os meios de produção e direcionando o seu desenvolvimento sob a égide da lucratividade e da valorização do capital (BRITO, 1991, p. 02).

No processo de trabalho encontram-se causas e transtornos à saúde dos homens e mulheres trabalhadores, resultantes da maneira por que os elementos se relacionam e da natureza de cada um deles. "A saúde do trabalhador, busca evidenciar a relação da saúde com o processo de trabalho." (MACHADO & GOMEZ, 1995, p. 121). BRITO (1991), a partir desse princípio, nos alerta da necessidade de compreendermos de que forma os problemas para a saúde materializam-se no interior do processo produtivo. Inicialmente, a questão nos traz a urgência imediata de definição do termo processo produtivo.

Segundo MARX (1985, p.121), todo o processo de trabalho é constituído de três elementos básicos e dele "... participam o homem e a natureza, processo em que o ser humano com sua própria ação, impulsiona, regula e controla seu intercâmbio material com a natureza"

. Assim, com base em MARX (1985), seus elementos podem ser entendidos:

- Objeto de Trabalho: principal elemento a ser transformado no processo a partir das matérias-primas, e que resulta no produto principal, assumindo um valor de troca que permite fazer parte das relações econômicas.
- Instrumento de trabalho: tudo que é usado para transformar

¹Teoria do risco profissional – nesta teoria uma primeira preocupação é encontrar o culpado pelo acidente – teoria da culpa, tendo em vista a imposição jurídica da responsabilidade civil. Desde a sua formulação, a 'teoria da culpa' direciona a análise dos acidentes no sentido de atribuir-lhes uma entre duas causas possíveis: uma ação dolosa do empregado (ato inseguro) ou uma ação dolosa do empresário (condição insegura), criada por imprudência, negligência ou falta de diligência. Teoria do risco social – o entendimento desta teoria é que cabe ao empregador indenizar o trabalhador acidentado, fundamenta-se no fato de que o acidente é visto como conseqüência do trabalho e um risco inerente ao negócio – fundamenta a operacionalização do seguro acidente do trabalho" (MACHADO & GOMEZ, 1992, p. 117).

o objeto em produto, inclui todas as ferramentas, máquinas, equipamentos e infra-estrutura material necessária à transformação do objeto. São meios de trabalho em sentido lato todas as condições materiais necessárias à realização do processo de trabalho.

- Atividade de trabalho: O trabalhador, ao lidar com objetos e instrumentos de trabalho, usa de suas capacidades físicas e mentais, cujo trabalho é dimensionado genericamente pela organização dele, que em cada local vai possuir características específicas embora elas tendam a seguir certos padrões históricos.

Em relação ao processo, “é necessário ir além das características físicas, químicas e mecânicas do objeto de trabalho”, como nos alertam MACHADO & GOMEZ (1995, p. 121) mas, vê-lo em sua vertente social, ou seja, como a materialização de uma determinada relação entre capital e trabalho.

Ao longo do tempo, as sociedades modificaram os modos de produzir e, simultaneamente, multiplicaram-se os riscos para a saúde do homem e do meio ambiente. Durante o século XVII na Inglaterra, com o crescimento da indústria, a produção se torna central na atividade econômica, o trabalho passa a ser essencial na geração de riqueza e qualquer perda de produtividade, decorrente de doenças ou morte, se faz um problema econômico.

Na Europa o impacto da Revolução Industrial no século passado foi espetacular, todavia, ao mesmo tempo, espoliador da vida operária. “As denúncias freqüentes e de modo inegável, de que as condições de vida e de trabalho estavam levando ao desgaste do proletariado comprometendo até mesmo sua reprodução serão absorvidas pelos governos. Entretanto, as respostas dadas não serão as de transformação organização social, mas as medidas sanitárias e a legislação trabalhista.” (BARATA, 19—, p. 20).

Segundo MIRANDA (1998), no Brasil a relação entre trabalho e saúde aparece de forma relativamente recente na relação jurídico institucional. Talvez se justifique a colocação devido ao processo tardio de industrialização do país, acrescentado ainda à instalação do modelo ditatorial, após o golpe militar de 1964, que propiciou um corte no processo organizativo dos trabalhadores brasileiros, pois “... em 1964, o Ministério do Trabalho interveio em 70% dos sindicatos com mais de 5.000 membros, de 38% daqueles com mais de 1.000 a 5.000 membros, e em 19% daqueles com menos de 1.000 membros; em termos

absolutos, 409 sindicatos e 43 federações” (ERICKSON apud ROCHA et al, 1993, p. 123).

No que se refere ao Ministério da Saúde, MACHADO & GOMEZ (1995), comentam que é histórica a omissão. Até a década de oitenta, a relação entre trabalho e saúde era inexistente. “Só a partir do movimento sanitário, são retomadas as questões já levantadas, no início do século, pela vigilância sanitária que seguia o rastro das inspeções sanitárias inglesas” (p. 121), ou seja, os passos dados por RAMAZZINI, em 1897, instituindo a inspeção sanitária em ambientes de trabalho; base da higiene industrial e segurança do trabalho.

Na década de 80, o país viveu um processo de abertura política, clima em que ocorreram mobilizações de diversos movimentos reivindicatórios por garantia de direitos sociais, dentre eles o direito à saúde, envolvendo a participação de trabalhadores do setor.

FELIPE (1989) comenta que, na década de 70, a estratégia de resistência à política-ideológica do regime militar referente à saúde pública, conformava-se em dois campos: aderência aos serviços buscando, na prática de intervenção estatal da saúde pública, o espaço para políticas reformistas; outra postura “crítica” localiza-se nos meios acadêmicos, espaço de elaboração e construção de um pensamento crítico, com vistas a superar a concepção funcionalista ainda, no momento, hegemônico.

O autor comenta que as duas tendências alcançam resultados: a de serviços, amplia espaços para uma política de saúde mais progressista; e a postura “crítica” introduz o enfoque histórico-social na área da saúde. “... as divergências táticas entre as duas correntes não vão romper a unidade estratégica: surge assim, mais precisamente na segunda metade da década de 70, o campo da Saúde Coletiva no Brasil” (FELIPE, 1989, p. 60).

No mesmo período, o país sofre as conseqüências do modelo econômico e o endividamento junto às instituições financeiras internacionais. O modelo previdenciário vivência a agudização da crise financeira. “Não podemos esquecer que as Políticas de Saúde no Brasil caracterizam-se pelo seu vínculo estreito com as Políticas de Previdência Social, sobretudo no que diz respeito a sua forma de financiamento” (COHN & ELIAS, 1996, p. 10).

Muitas foram as explicações para o momento de crise, o gru-

po de pesquisadores do Núcleo de Investigação em Serviços e Sistemas de Saúde do Instituto de Saúde – Secretaria de Estado de São Paulo, destacam as seguintes explicações para a crise:

- privilegiamento do setor privado e especializado na prestação de assistência médica, oneroso e de baixo impacto no incremento da qualidade de saúde da população;

- dificuldade de controle das contas e dos gastos já que os hospitais relacionavam-se diretamente com a instância federal num país com dimensões continentais;

- paralelismo de ações da Previdência Social e dos órgãos vinculados à saúde (*CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1998 p. 03*).

No campo da Saúde Coletiva, as contribuições advindas das Ciências Sociais possibilitaram a elaboração do “... conceito ampliado de saúde e de seus determinantes, assumidos pela VIII Conferência de Saúde e posteriormente incorporado pela constituição Federal da República (...) do mesmo modo, os princípios e diretrizes relativos aos direitos à saúde, à cidadania, à universalização, à equidade, à democracia e à descentralização” (FLEURY, 1997, p. 14).

Partindo deste pressuposto, a Reforma Sanitária, como um processo, passou pela Ações Integradas de Saúde, ou seja, pela transferência de atribuições e encargos diretamente entre a União, através do ex.: INAMPS, e os municípios através de convênio “... abrangendo a transferência de recursos financeiros e a estruturação de instâncias para iniciar a participação institucional da sociedade na elaboração das diretrizes dos serviços públicos de saúde” (COHN, 1996, p.109-110).

Na segunda metade da década de 80, as transferências financeiras e da rede física da União para os Estados federados, através do SUDS, fortalecem o poder político da esfera estadual, já que as atribuições dos antigos escritórios do INAMPS passam à competência das Secretarias de Estado da Saúde. Tais ações são recomendadas pelo CONASP, em 1982, a partir do plano de Reorientação da Assistência Médica e da Previdência Social.

Apesar de ter como objetivo inicial a integração interinstitucional, as AIS acabaram transformando-se em compra e venda de serviços públicos de estados e municípios à semelhança da relação entre o

INAMPS e os prestadores privados, estimulando no setor público a produção de assistência médica individual em detrimento das ações coletivas que já eram precárias na época (...). Já o SUDS representou a descentralização de recursos físicos, humanos e financeiros da previdência para os estados, com ganhos na racionalização da gestão e dos usos de recursos. Entretanto, não induziu objetivamente o processo de descentralização para os municípios, implementando ao sabor dos interesses político-clientelista dos gestores estaduais (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1998, p. 4-5).

E, segundo FLEURY (1997, p. 17), “ainda que não se confundisse [com AIS e SUDS] a Reforma Sanitária sofreu a implantação distorcida do SUS”, questão esta, explorada na obra *Saúde e Democracia a Luta do CEBES*.

A partir da promulgação da Lei orgânica da saúde, Lei 8.080/90, que vincula a descentralização à municipalização e da Lei 8.142/90, registram-se as experiências de descentralização da gestão, com ênfase na criação de instrumentos e de estruturas que dessem aos estados e municípios uma maior capacidade gerencial, tais como Conselhos, Fundos de saúde, Planos estaduais e Municipais, relatórios de gestão’ (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1998, p. 06).

A alteração se tornou fundamento no processo compreensivo da determinação social da doença e a organização social da prática de saúde. Na prática, através do movimento sanitário, pôde-se experimentar a busca de mecanismos de uma nova consciência, dando origem à Reforma Sanitária. Segundo CORDONI JÚNIOR (1989, p. 71), “... de forma mais explícita pode-se chamá-la de movimento de formulação do pensamento crítico na saúde pública.”

Assim, é neste contexto da Reforma Sanitária que as discussões ganham espaço em torno das ações de saúde voltadas ao trabalhador.

Mediante documento organizado pelo Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisa de Saúde e dos Ambientes de Trabalho, são pressupostos para a articulação relativa às ações voltadas à saúde do trabalhador:

A declaração de Alma-Ata, divulgada durante a realização da Conferência Internacional sobre atenção Primária de Saúde em

1978, que estabelecia a Saúde no Trabalho como um dos maiores objetivos da meta saúde para todos no Ano 2000. As propostas de universalização, descentralização e participação comunitária passam a ser debatidas e colocadas como condição para a criação de um novo sistema sanitário (1991,p.12).

Atualmente, intensifica-se a discussão em torno da Promoção da Saúde e a Construção de ambientes saudáveis. A exemplo, foi realizado no mês de outubro/99 o 1^o Fórum Nacional de Promoção da Saúde - *Caminhos para a construção da qualidade de vida*, no qual uma das mesas redondas abordou como tema: *Ambientes saudáveis: a construção da saúde no cotidiano das instituições*, onde o expositor Paulo GUTIERREZ, da Universidade de Londrina/PR, apresentou um trabalho sobre os ambientes saudáveis em uma usina de Cana-de-açúcar e Álcool.

Ressaltamos, conforme FERRAZ (1999), que a idéia de Promoção da Saúde preocupa-se mais freqüentemente com os múltiplos aspectos ligados a estilos de vida e os programas são baseados na educação que visa à mudança de hábitos individuais. Do ponto de vista operacional é bastante difícil separar as noções de promoção e prevenção, embora na de prevenção esteja presente a concepção de risco.

A Assembléia Mundial de Saúde, realizada em 1979, definia ser "...uma necessidade urgente, maior atenção à saúde dos trabalhadores, através do desenvolvimento de programas especiais para este grupo da comunidade" (LACAZ, 1988, p. 03).

Em 1986, com o debate introduzido, a partir da 8^a Conferência Nacional de Saúde (um marco na Reforma Sanitária), particularizada pela 1^a Conferência Nacional de Saúde dos Trabalhadores (1987), cujo lema "Saúde não se troca por dinheiro", pela primeira vez tentava-se reverter os ganhos ilusórios de adicionais de insalubridade nos salários, em melhores condições de trabalho e saúde. Iniciou-se, aí, um processo de discussão sistemático voltado à questão da Saúde do trabalhador. De acordo com LACAZ (1991, p. 06), "A incorporação das ações relativas à saúde do trabalhador na rede de serviços, a par da postura eminentemente pragmática definida pela OMS e OPAS, seguramente é conseqüência, também, da nova abordagem que traz a visão do trabalhador como um produtor – e o trabalho como centro em torno do qual giram todas as atividades humanas".

A Constituição de 1988

Em decorrência do movimento, no texto da Constituição Brasileira de 1988, em seu artigo 200, foi estabelecido que compete ao Sistema Único de Saúde (SUS), além de outras atribuições, cumprir as ações de Saúde do Trabalhador.

Posteriormente, em 1990, a Lei Orgânica de Saúde n.º 8.080 descreveu e detalhou tais ações, passando a colocar-se no interior da saúde pública. Mais especificamente, no artigo 6º confere à direção nacional do Sistema Nacional a responsabilidade de coordenar a Política de Saúde do Trabalhador.

E por assim dizer, a Saúde do Trabalhador passa a ser entendida como um "...conjunto de ações destinadas à promoção, à proteção, à recuperação e à reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho" (PROGRAMAS E PROJETOS DE SAÚDE DO TRABALHADOR, 1989, p.3), portanto objetiva desenvolver ações que promovam a melhoria dos processos e ambientes de trabalho, e a redução das doenças e acidentes de trabalhistas.

Considera-se trabalhador para efeito desta política, (...) todo o indivíduo que exerce atividades laborais para sustento próprio ou de seus familiares, qualquer que seja sua forma de inserção no mercado de trabalho, nos setores formais e informais da economia, incluindo-se aqueles que não encontram-se em atividade, por motivo de desemprego, aposentadoria ou incapacidade temporária" (POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR, 1999, 10).

A concepção de trabalhador acima exposta, altera de modo significativo o acesso aos serviços de saúde para todos aqueles que dela necessitam, e isto porque antes da aprovação da Lei n.º 8.080 de 1990, tinham acesso aos serviços de saúde apenas aqueles trabalhadores vinculados ao sistema previdenciário, ou seja, os trabalhadores formais.

Podemos dizer que, com esta posição há o reconhecimento, também, de que o trabalho informal e o desemprego são encarados como resultantes da conjuntura política e econômica e não, um problema individual. Evidencia-se aqui, o princípio da Universalidade defendido pelo SUS, ou seja, "Todos os Trabalhadores são objeto e sujeitos da

Vigilância em Saúde do trabalhador.” (PROGRAMAS E PROJETOS DE SAÚDE DO TRABALHADOR, 1999, p. 03).

Partindo desse princípio, DIAS (1993, p. 138).observa que “Coloca-se assim o desafio de buscar novas formas de articular trabalho, saúde e doença, no conjunto da vida dos indivíduos e da coletividade.”

3. A reestruturação produtiva e a saúde do trabalhador

De fato, DIAS (1993) tinha razão em suas considerações quanto ao desafio supracitados; pois, toda a discussão colocada em torno dos direitos assegurados na área da saúde, a partir da Constituição Federal de 88, vem em um momento em que no cenário mundial há uma pressão conservadora contra os direitos sociais; há uma intensificação do processo de internacionalização da economia, a flexibilização produtiva começa a se colocar como substituição do modelo fordista² de produção pelo modelo toyotista³ de produção com ênfase na “...adoção de formas alternativas de gestão com base tecnológica e estratégias desestruturantes da organização dos trabalhadores e de suas formas de resistência” (MENDES, 1999, p. 31).

²Conforme Ricardo ANTUNES (1995), o modelo fordista é entendido fundamentalmente como a forma pela qual a indústria e o processo de trabalho consolidaram-se ao longo deste século, cujos elementos constitutivos básicos eram dados pela produção em massa, através da linha de montagem e de produtos mais homogêneos; através do controle dos tempos e movimentos pelo cronômetro fordista e produção em série taylorista; pela existência do trabalho parcelar e pela fragmentação das funções; pela separação entre elaboração e execução no processo de trabalho; pela existência de unidades fabris concentradas e verticalizadas e pela constituição/consolidação do operário-massa, do trabalhador coletivo, entre outras dimensões...compreendemos o fordismo como um processo de trabalho que, junto com o taylorismo, predominou na grande indústria capitalista ao longo deste século.(p.17).

³No modelo toyotista seus traços constitutivos básicos podem assim ser resumidos: ao contrário do fordismo, a produção sob o toyotismo é voltada, diversificada e pronta para suprir o consumo. É este quem determina o que será produzido, e não ao contrário, como se procede na produção em massa do fordismo. Desse modo, a produção sustenta-se na existência do estoque mínimo. O melhor aproveitamento possível do tempo de produção(incluindo-se também o transporte, o controle de qualidade e o estoque),é garantido pelo just in time. Outro ponto essencial é que para efetiva flexibilização do aparato produtivo, é também imprescindível a flexibilização dos trabalhadores. Direitos flexíveis, de modo a dispor desta força de trabalho em função direta das necessidades do mercado consumidor...estrutura-se a partir de um número mínimo de trabalhadores. Ao invés do trabalhador desqualificado, o operário torna-se polivalente.(p.26-28).

IAMAMOTO (1997) afirma que o atual quadro sócio-histórico não se reduz a um pano de fundo, mas sim, ele atravessa e conforma as relações de trabalho, as condições de vida da população trabalhadora e usuários dos serviços prestados pelas políticas públicas.

A mesma autora refere-se ao tempo presente, evocando o poeta Carlos Drummond de ANDRADE “O tempo presente é tempo de divisas e de gente cortada.” A autora complementa dizendo “...tempo de gente cortada de suas possibilidades de trabalho e de obter meios de sobrevivência, ameaçada na própria vida tempos de crise e desemprego, subemprego e lutas por meio de sobreviver no campo e na cidade” (IAMAMOTO, 1997 p. 05). Ainda podemos acrescentar que o tempo presente é tempo de globalização da economia; tempo de restrição do Estado, subordinado às prerrogativas do mercado; tempo de oposição e crítica, mas, principalmente, quebra aos sistemas de proteção social. Neste contexto, FALEIROS (1999, p. 156) comenta: “Os indivíduos ficam, pois, sem escolha para sobreviver: ou o emprego sujo, precário, mal pago, desprotegido, ou o desemprego e a falta de condições de sobrevivência.”

Conseqüentemente, novos impasses sociais aparecem dado ao desemprego estrutural ocasionado pela reestruturação produtiva.

(...)as reformas sociais colocadas pelos países centrais redefiniu o papel do Estado em algumas áreas, tais como: educação, previdência e saúde (...) a crise sanitária estava ligada à crise de investimento público no setor devido a própria crise de Bem –Estar –social (...) Assim, a universalização do direito à saúde, conquista de cidadania, se fez num contexto de crise de financiamento do setor, dada a própria crise financeira do estado e pela crise econômica do país (COSTA, 1999, p.).

Cabe ressaltar que a reestruturação produtiva traz consigo novos problemas de saúde e novos desafios para a organização dos trabalhadores; ou os trabalhadores aceitam o novo ritmo de trabalho, novas e mais desgastantes condições de trabalho, ou aceitam o desemprego. Com a elevação do desemprego ocorre o aumento e a destruição das condições de reprodução da força de trabalho.

A problemática vai além, porquanto a reestruturação produtiva traz consigo alterações no mercado de trabalho, dentre elas podemos resumidamente citar a exigência da qualificação profissional criando, porém, uma nova cultura organizacional que inclui e exclui aque-

le que tem ou não qualificação e o saber, aqui, refere-se ao saber utilitarista voltado para o novo modo de produção, em que o que se quer é o profissional hábil para dar resposta às demandas imediatas; não há preocupação com uma formação cidadã, pois a conjuntura é de redução de direitos.

Para (ABRAMO, 1997, p.115) “Os temas da qualificação ,da escolaridade e das capacidades em geral da mão-de-obra são centrais na discussão dos novos paradigmas produtivos.” OLIVEIRA (1996), ao referir-se às transformações no sistema capitalista e seus impactos sobre o trabalho, comenta que a estruturação do mercado de trabalho aponta um novo quadro, formado por trabalhadores “menos numerosos o qual constitui a nova base social de produção, necessário para a produção flexível: polivalente, altamente qualificado com alto grau de responsabilidade e autonomia (...) goza de maior segurança no emprego, (...) elevada flexibilidade intelectual, forte capacidade de análise de dados e competência comunicativa diferenciada” (1996, p.168).

Já um segundo grupo, a periferia, a do quadro, abarca os trabalhadores, de habilidades facilmente disponíveis no mercado, grupo que se identifica pela rotatividade com poucas oportunidades de carreira.

Entrada precoce no mercado de trabalho, muito cedo, jovens saem em busca de uma oportunidade no mercado de trabalho, com isso deixam as escolas, porém “...a sociedade contemporânea exige como cartão de cidadania uma escolaridade básica e funcional cada vez mais avançada e de qualidade” (CARVALHO, 1997, p. 112). A autora ainda comenta que

A educação tem na vida das crianças e adolescentes uma centralidade insubstituível (...) [No que se refere] a correlação entre a educação e o trabalho: a oferta de ensino básico a crianças das camadas mais pauperizadas da população é absolutamente precária, e seus agentes se encontram tão secundarizados pelos gestores da política educacional quanto seus usuários. (...) O Trabalho precoce sugere baixa qualidade de vida de crianças e de seus familiares (id. ibid. p.111).

A precarização das condições de trabalho nos reporta ao aumento do trabalho mediante contrato temporário, com redução dos direitos trabalhistas amparados pela flexibilidade da legislação, o que tem gerado instabilidade e insegurança ao trabalhador, além de fazê-lo

aceitar a oferta de baixos salários. Na verdade, o que está se flexibilizando é a demissão e a contratação dos trabalhadores. Em igual linha, de discussão da precarização, podemos fazer referência ao aumento do trabalho informal, trabalho autônomo reduzindo o trabalho assalariado e aumentando o número de empregadores através das pequenas empresas. MACHADO & GOMEZ (1995) comentam que é nas pequenas empresas que ocorre o maior número de acidentes, e este fato relaciona-se à tecnologia empregada, que pressupõe maior jornada de trabalho e a desqualificação da força trabalhista.

O aumento da presença feminina no mercado de trabalho, nas últimas décadas, tem assistido a um aumento significativo da participação feminina na população economicamente ativa. É uma tendência, porém, que vem ocorrendo concomitante às transformações profundas na oferta e no conteúdo do trabalho; a atividade econômica continua sendo caracterizada pela segregação ocupacional, em setores de baixo status, com remuneração menor que a dos homens, ainda quando exercem a mesma carga horária e têm níveis equivalentes de escolaridade.

Estudos efetuados no Brasil e no exterior comprovam que o aumento de atividades como subcontratação de trabalhadores por tempo determinado, de trabalhadores part-time e de trabalhadores em domicílio são tendências que absorvem uma grande parte das mulheres que ingressam na atividade econômica, ocorrendo, muitas vezes, em condições precárias e inseguras, geralmente levando a intensificação da carga de trabalho à redução da remuneração e à perda da proteção oferecida pela legislação (POSTHUMA, 1997, p. 126).

OLIVEIRA (1999, p.48), militante feminista e estudiosa na área da mulher, saúde e trabalho, comenta: "... quando as empresas precisam reduzir o custo do trabalho mantendo a produção num bom nível tem sido mais eficaz selecionar mão-de-obra feminina considerada mais flexível e mais dócil que a masculina (...) aumentando o risco à saúde das mulheres." A autora ressalta que podem constituir-se risco à saúde das mulheres:

- Abortos espontâneos durante o primeiro trimestre da gestação, provocados por trauma, fadiga, sofrimento mental, seja na indústria, seja no campo, levantamento de pesos, trabalho em turno, jornadas prolongadas em pé.
- Emergência de Lesões por Esforços Repetitivos - LER .Entre

mulheres trabalhadoras, só na cidade de São Paulo, dos casos atendidos pelo SUS, no Centro de Referência do Trabalhador nos anos de 1992 a 1994, entre 6962 matriculados, 1503 (21%) foram diagnosticadas como LER. Destes, 1046 diagnosticados em 1994, 85,9% eram mulheres e 14%, homens.

- Sofrimento mental, como doença provocada pelas condições do trabalho, agravada pela hierarquia de gênero no âmbito da organização familiar e do trabalho, pelo assédio sexual que, no mundo do trabalho, também assume proporções preocupantes.

- Crescimento do setor terceirizado. O que se percebe é o enxugamento das grandes empresas, ficando uma empresa mãe, que reúne em torno de si pequenas e médias empresas que fornecem produtos e serviços estabelecendo-se a chamada terceirização. As terceirizadas tendem, cada vez mais a precarizar as relações de trabalho, reduzir ou eliminar direitos sociais, rebaixar salários, estabelecer contratos temporários, o que afeta profundamente as bases de defesa do trabalho conquistadas no pós-guerra (OLIVEIRA, 1999, p.48-50).

No que tange à reestruturação da produção, OLIVEIRA (1996) comenta "...que os trabalhadores externos a empresa, independentes e autônomos são responsáveis pelo grosso do produto e suas vidas são literalmente invadidas pelo trabalho, que é mais do que nunca, meio de existência" (p.171).

Com referência à reestruturação produtiva e seus impactos no mercado de trabalho, nossa intenção não é esgotar o assunto aqui, mas apenas explicitar que o entendimento dela, na atualidade, é fundamental para o avanço consciente da questão da saúde do trabalhador.

Cabe-nos, afinal, perguntar como estão estruturadas, neste momento, as ações de saúde do Trabalhador e qual o respaldo legal para executá-las?

As ações de saúde do trabalhador no Sistema Único de Saúde (SUS), encontram-se em processo de construção, assim também o próprio SUS. Segundo RAGGIO & GIACOMINI (1995, p. 07). "O Sistema Único de Saúde do Brasil projeta uma imagem- objetiva de inclusão e equidade num país de história excludente e iníqua. Esta é, ao mesmo tempo, sua força e sua fraqueza." Os autores complementam que sua força

(...) decorre da ousadia de sonhar. e também da existência de um projeto em franco desenvolvimento, que guarda potencial de concretizar um sonho (...) e sua fraqueza advém de sua escassa governabilidade necessária ao controle das variáveis (política, administrativa e técnica) imprescindíveis à sustentação do processo de concretização de um projeto de saúde ambicioso e transformador (RAGGIO & GIACOMINI, 1995, p. 07).

Assim, podemos dizer que as ações de saúde do trabalhador no Brasil, inscritas no âmbito do SUS, também, se encontram no terreno da contradição (força e fraqueza) e é justamente a ousadia dos intelectuais, trabalhadores da saúde, trabalhadores das diferentes categorias sindicais, em **sonhar e acreditar**, que podemos experienciar nos últimos anos alguns avanços em torno das ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador.

No processo de construção, podemos citar experiências importantes: a da Secretaria Estadual de São Paulo, através, principalmente, do Programa de Saúde do Trabalhador da Zona Norte de São Paulo; a do Centro de Estudos de Saúde do Trabalhador da Secretaria de Saúde da Bahia; a do Programa de Saúde do Trabalhador da Secretaria de Saúde do Rio de Janeiro e, atualmente, ainda, podemos citar a da Secretaria de Saúde do Estado do Paraná como uma das que, inclusive, contribui para o acúmulo técnico e metodológico na área.

Apesar das dificuldades decorrentes do processo de governabilidade da proposta do SUS e das ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador, percebe-se um aumento significativo de municípios com tais serviços em todo o país.

O avanço gradual, quantitativo e qualitativo da institucionalização das práticas de Saúde do Trabalhador, no setor saúde em todo o Brasil, reflete a consolidação da área como objeto indiscutível da saúde pública. E, por assim dizer, objeto também das políticas direcionadas, em todos os níveis do Sistema Único de Saúde, para a prevenção dos agravos à saúde da população trabalhadora (MINISTÉRIO DA SAÚDE, Portaria 3.120 de 01/07/1998).

Um fator significativo no processo de institucionalização das práticas de saúde do trabalhador é a própria legislação e as normas que vêm sendo editadas, representativas da expressão de ganho na luta cotidiana, desenvolvida pelos trabalhadores nas organizações sindicais, trabalhadores da saúde e universidades, porquanto, estabelecem subsídios básicos ao desenvolvimento do proceder de ações de

vigilantes da Saúde do Trabalhador. É importante, contudo, destacar que a legislação é uma expressão histórica, portanto expressa um momento, mas não exaure o processo, exige, sim, continuidade para sua consolidação. Sabemos que, se cumpridas as leis, elas diminuirão as possibilidades de agravos à saúde dos trabalhadores. Vale lembrar que o cumprimento delas tem se tornado cada vez mais difícil face ao desmonte das instituições competentes e às novas demandas do mundo do trabalho. A seguir, apresentamos um quadro sobre a legislação vigente, apresentado sinteticamente sobre o assunto:

APRESENTAÇÃO SINTÉTICA DA LEGISLAÇÃO VIGENTE

Artigo: 168 da Constituição Federal de 1988	Determina que as ações e serviços públicos de saúde integrem uma rede regionalizada e hierarquizada e constituam o um serviço de saúde organizando ações de promoção, assistência e vigilância à saúde dos trabalhadores.
Artigo: 200 da Constituição Federal de 1988	Declara ser competência do Sistema de saúde brasileiro desenvolver ações de Saúde do trabalhador.
Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990	Título II, Capítulo I- Dos Objetivos e atribuições- Artigo 6º: Está incluída no campo de atuação do SUS- a execução de ações de saúde do trabalhador.
Portaria n.º 3.120, de 1º de julho de 1998- Ministério da Saúde	Instrução Normativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador, com objetivo de instrumentalizar minimamente os setores responsáveis pela Vigilância e defesa da saúde nas Secretarias e Municípios, de forma a incorporarem nas práticas mecanismos de análise e intervenção sobre os processos e ambientes de trabalho.
Portaria 3.908/GM de 30 de outubro de 1998	Norma Operacional de saúde do Trabalhador. Tem por objetivo: definir atribuições e responsabilidades para orientar e instrumentalizar as ações de Saúde do Trabalhador urbano e rural, considerando homens e mulheres, a ser desenvolvida pelas Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito e dos Municípios.
Normas Regulamentadoras/Ministério do Trabalho – Nr	As disposições contidas nas Nrs, relativas à segurança e à medicina do trabalho, aplicam-se, no que couber, aos trabalhadores avulsos, às entidades ou empresas que lhes tomem o serviço e aos sindicatos representativos das respectivas categorias profissionais.

DEJOURS (1988, p. 13), afirma que "...a história da saúde dos trabalhadores (...) a evolução das condições de vida e de trabalho e, portanto, de saúde dos trabalhadores não pode ser dissociada do desenvolvimento das lutas e das reivindicações operárias em geral."

Conforme aponta o grupo de trabalho para formulação da proposta preliminar de uma POLÍTICA DE SAÚDE DO TRABALHADOR (1999, p.10), para o Sistema de Saúde, em termos práticos, a prestação de serviços de saúde aos trabalhadores além das "...questões ligadas aos modelos de atenção e de gestão, financiamento, recursos humanos, superposição e duplicação de outras ações no contexto do governo (...)" [é agravada] pela:

- falta de tradição e desconhecimento dessa atribuição e da pouca familiaridade dos profissionais com a temática da saúde e doença relacionada ao trabalho;

- carência e despreparo dos recursos humanos para a abordagem das questões, bem como ausência dos meios *propedêuticos* necessários;

- deficiência de recursos materiais para as ações de assistência e vigilância;

- indefinição e duplicidade de atribuições, tanto no âmbito do **SUS**, quanto entre outros setores do governo, reflexo da falta de articulação institucional (POLÍTICA DE SAÚDE DO TRABALHADOR, 1999, p.10).

Acrescentamos, ainda, às questões a fragilidade e/ou ausência de sistemas de informação necessários ao controle de agravos específicos, prejudicando os diagnósticos.

Iniciamos o artigo, questionando nossa concepção de saúde, para entender a problemática do trabalhador na atualidade. Eis que chegamos ao final dele, com o entendimento de que há uma relação muito expressiva entre o modo de vida, o adoecer e o morrer das pessoas, porquanto o modo produtivo da vida social determina a constituição da materialidade e da subjetividade das classes que vivem do trabalho. Ou seja, "...o processo central que influi na vida e na morte dos seres humanos é o trabalho" (BERLINGUER apud, FACHINNI, 1993, p. 46) logo, ele se faz atividade central e indispensável do ser humano. Partindo desse pressuposto, temos de pensar sobre ele, para refletir sobre a saúde daqueles que vivem do trabalho.

ABSTRACT

This paper tried to elaborate an approach to the understanding about the conception of worker's health in the present days, from the literature revision about the issue in last three decades, and also about the study of the basic legislation around the question.

KEY WORDS

work, health, illness

REFERÊNCIAS

ABRAMO, Laís. Imagens de gênero de políticas de recursos humanos na modernização produtiva. IN: **Revista Perspectiva**, n.º 1, volume 11. São Paulo: Fundação Seade, jan./mar./1997.

ANTUNES, Ricardo. **Adeus ao trabalho?** Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. 3 ed. São Paulo: Cortez/UNICAMP. 1995.

BARATA, Rita (Org.). **Condições de vida e situação de saúde**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1997.

_____. **A historicidade do conceito de causa**. Texto mimeo. s/d.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Centro Gráfico do Senado Federal, 1988.

_____. **Lei Orgânica n.º 8.080 de 19 de setembro de 1990**.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria n.º 3.120, de 01 de julho de 1998**.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria 3.908/GM, de 30 de outubro de 1998**.

BRITO, Jussara Cruz de; PORTO, Marcelo Fiepo de Souza. **Processo de trabalho e agentes de risco para a saúde**. Bloco II. Trabalho e Saúde. Curso de Especialização em Saúde do Trabalhador. Apostila. São Paulo: CESTE/ENSP/FIOCRUZ, set./1991.

CARVALHO, Maria do Carmo Brant. Trabalho precoce : qualidade de vida, lazer, educação e cultura. IN: **Revista Serviço Social e Sociedade**, n.º 55, Ano XVIII. São Paulo Cortez, nov./1997. p. 105-113.

COHN, Amélia; Elias Paulo E. **Saúde no Brasil** – políticas, organizações e serviços. São Paulo: Cortez (Cedec), 1997.

III CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR. **Construindo um modelo de saúde do trabalhador**. Texto (Pré-conferência): CIST-PR., 1999.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE. **A descentralização do sistema de saúde no Brasil**: uma proposta sobre o impacto de políticas – junho 1998. Disponível na internet: <http://www.datasus.gov.br/cn>, p. 4-5.

CORDONI JUNIOR, Luiz. A reforma sanitária no Paraná. IN: **Revista Espaço para a Saúde, n.º 0, Ano I**. Curitiba: NESCO (UEL/UEM/UEPG), Imprensa Universitária, mar./1989.

COSTA, Lúcia Cortes. **A reforma do estado e suas conseqüências para o mundo do trabalho**. Conferência Regional de Saúde do Trabalho. Palestra: Universidade Estadual de Ponta Grossa, 21/agosto/1999 a.

DEJOURS, Christophe. **A loucura do trabalho**. São Paulo: Cortez/Oboré, 1988.

DIAS, Elizabeth Costa. Aspectos atuais da saúde do trabalhador no Brasil. IN: **Isto é trabalho de gente – vida, doença e trabalho no Brasil**. Petrópolis, Vozes, 1993.

_____. IN: **Política Nacional de Saúde do Trabalhador**. Grupo de trabalho para formulação da proposta preliminar de uma política de saúde do trabalhador para o sistema de saúde. Documento em elaboração. Ministério da Saúde, versão 17/06/1999.

FALEIROS, Vicente de Paula. Desafios do serviço social na era da globalização. IN: **Revista Serviço Social e Sociedade, n.º 61, Ano XX**. São Paulo: Cortez, nov./1999. p. 152-186.

FELIPE, José Saraiva. Uma avaliação da produção teórico-científica da medicina social no Brasil. IN: **Revista Saúde em Debate n.º 27**. CEBES, dez./1989. p. 59-66.

FLEURY, Sônia (Org.). **Saúde e democracia a luta do CEBES**. São Paulo: Lemos Editorial, 1997.

NUNES, Everardo Duarte. **Pensamento social em saúde na América Latina**. São Paulo Cortez/ABRASCO, 1989.

GESTÃO EM SAÚDE. Curso de aperfeiçoamento para dirigentes municipais. Programa de educação à distância. **Módulo I – Processo saúde doença**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; Brasília, 1998. p. 33-57.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. **O serviço social na contemporaneidade** : dimensões históricas, teóricas e ético-políticas. Fortaleza: CRESS-CE, 1997.

LACAZ, Francisco Antonio de Castro. **Saúde (doença) e trabalho no Brasil** : algumas questões para reflexão. Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde e dos Ambientes de Trabalho. São Paulo: 1988.

MACHADO, Jorge Mesquita H.; GOMEZ, Carlos Minayo. Acidentes de trabalho concepções e danos. IN: MINAYO, Maria Cecília (Org.). **Os muitos brasis** : saúde e população na década de 80. São Paulo: HUCITEC/ABRASCO, 1995. p. 117-142.

MARX, Karl. **O Capital**. Crítica da economia política. Livro 1. O processo de produção do capital. Tradução de Reginaldo SANT'ANNA . Rio de Janeiro: 1998.

MENDES, Jussara Maria Rosa. **O verso e o averso de uma história** : o acidente e a morte no trabalho. Tese de mestrado. São Paulo: PUC, 1999.

MENDONÇA, Lúgia A. C. **Determinantes sociais do processo saúde-doença**. Curitiba: FCMR/SESA, 1988. Texto mimeo.

MIRANDA, Carlos Roberto. **Introdução à saúde no trabalho**. São Paulo: Atheneu, 1998.

Silva, Lenir A. M. *Uma aproximação ao entendimento da concepção de saúde do trabalhador*

OLIVEIRA, Eleonora Minicucci. **A mulher, a sexualidade e o trabalho**. São Paulo: HUCITEC/CUT, 1999.

OLIVEIRA, Manfredo Araújo de. A nova problemática do trabalho e a ética. IN: **Neoliberalismo e reestruturação produtiva as novas determinações do mundo do trabalho**. São Paulo: Cortez/UECE, 1996.

POSTHUMA, Anne Caroline; LOMBARDI, Maria Rosa. Mercado de trabalho e exclusão social da força de trabalho feminina. IN: **Revista Perspectiva, n.º 1, volume II**. São Paulo: Fundação Seade, jan./mar./1997.

PROGRAMAS E PROJETOS DE SAÚDE DO TRABALHADOR. Ministério da Saúde. Disponível na internet: <http://www.saúde.gov.com.br>. p. 1-5.

RAGGIO, Armando, GIACOMINI. O Sistema Único de Saúde : propósitos e processos social de construção. IN: **Revista Espaço para a Saúde, n.º 4, volume 4**. Curitiba: NESCO (UEL/UEM/UEPG), jan./1995.

ROSEN, George. **Uma História da saúde Pública**. São Paulo: Hucitec/Abrasco, 1994.

SCLIAR, **D mágico ao social**. Porto Alegre: L&PM Editores.1987.