

Integralidade nas relações saúde-trabalho

- a doutrina desprezada -

Camilla Farias Amorim Curvello¹

Luiz Carlos Fadel de Vasconcellos²

Texto elaborado a partir da Monografia de Curvello, CFA, sob orientação de Vasconcellos, LCF, para obtenção de título de Especialização em Saúde do Trabalhador do Centro de Estudos de Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana / Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca / Fundação Oswaldo Cruz, 2008.

Capítulo do livro inédito

"Olhares ausentes do Sistema Único de Saúde sobre as Doenças Relacionadas ao Trabalho"

**(em fase de elaboração e organização por Vasconcellos, LCF e
Gaze, R, com a participação de outros autores)**

Resumo

A integralidade, enquanto princípio doutrinário do Sistema Único de Saúde - SUS, encerra uma gama de significados totalizadores sobre coisas da vida que se tornam objeto das políticas públicas de saúde, sobretudo aquelas em que o Estado pode exercer sua capacidade interventora para transformá-las. O campo inovador da saúde do trabalhador no SUS tem na integralidade uma base doutrinária coerente com a abordagem ampliada desse campo sobre as relações saúde-trabalho e, por extensão, sobre as relações dos processos produtivos com o meio ambiente e o desenvolvimento. Nessa perspectiva, o artigo aproxima a doutrina do campo de práticas da saúde do trabalhador ampliada, encorpando sua base conceitual e vinculando-a à idéia de continuidade da Reforma Sanitária em movimento.

Palavras-chave: Integralidade, Saúde do Trabalhador, Política de saúde.

¹Enfermeira, Especialista em Saúde do Trabalhador pelo CESTEHE-ENSP/Fiocruz.

²Doutor em Saúde Pública pela ENSP/Fiocruz.

Introdução

Os princípios da integralidade, universalidade e equidade se constituem no pilar doutrinário do Sistema Único de Saúde - SUS. São princípios que se interpenetram numa arquitetura do desejo de fazer do SUS a utopia reformadora de uma política social fragmentada, desarticulada, excludente, desigual e discriminatória. Opor-se à política fragmentada e desarticulada, pela via da integralidade, à política excludente, pela via da universalidade e à política desigual e discriminatória, pela via da equidade, constituiu-se no eixo balizador de uma utopia que viveu seu momento de passagem à realidade, refluíu circunstancialmente, mas segue obstinado naqueles que acreditam numa reforma sanitária em movimento.

Considerando a interdependência entre os princípios doutrinários e salvaguardando a importância dos demais, tomamos a integralidade como tema da presente discussão, dada a sua enorme relevância para a institucionalidade das práticas em saúde e, especialmente, daquelas que envolvem as relações saúde-trabalho de forma ampliada, que implicam nas questões do ambiente, da produção e do desenvolvimento.

Com essa intenção, discutimos a inserção desse princípio doutrinário, explorando seus significados, possibilidades e limites de aplicabilidade sobre a gama complexa de intervenções do Estado nas questões que vão da assistência à saúde dos trabalhadores até a capacidade de intervir sobre os processos produtivos, influenciar a dinâmica dos processos de trabalho e estabelecer parâmetros de sustentabilidade ao desenvolvimento.

Integralidade (do latim *integralitate*) é totalidade, qualidade de inteiro, completo, total (Holanda, 2007). Na saúde, pois, será compreendê-la, atendê-la, promovê-la, protegê-la, recuperá-la, em sua totalidade. A Constituição Federal de 1988 que, todo o tempo, trata do sistema de saúde como um conjunto de ações e serviços (art. 196, 197, 198), explicita que a integralidade (totalidade) deverá reger a estruturação e organização (institucionalidade) dessas ações e serviços. Ou seja, quando a Lei 8.080/90 define que a saúde é determinada e condicionada por questões como alimentação, moradia, meio ambiente, trabalho, renda e outras, a integralidade deverá ser considerada como princípio doutrinário de institucionalidade desses fatores, no âmbito do sistema de saúde.

Utilizamos como categoria analítica de partida a saúde do trabalhador, por ser um campo legitimado na Constituição Federal como o conjunto de ações e serviços sobre as relações saúde-trabalho capaz de estabelecer, no âmbito do SUS, interfaces orgânicas numa perspectiva ampliada com o mundo da produção e do desenvolvimento e suas implicações no meio ambiente.

Ao partirmos da premissa de que não há efetiva integralidade na saúde do trabalhador, a principal hipótese deste trabalho é a de que existe a possibilidade de se estabelecer práticas de

atuação mais condizentes com a integralidade, no seu sentido totalizador. Com ações para além do assistencialismo, que englobem a promoção da saúde, a prevenção, a vigilância das relações saúde-trabalho e, entre outras, a integração entre setores do governo, que regulam e fiscalizam as relações de trabalho e a sociedade do trabalho, é possível atuar na saúde do trabalhador na perspectiva da integralidade.

A relevância do estudo está em poder evidenciar a capacidade de criação de sinergias, complementaridade, intra e intersetorialidade entre os diferentes atores que atuam objetivando o bem estar e a qualidade de vida do trabalhador brasileiro.

A pertinência do tema se reforça pelo fato de que as duas décadas da Constituição Federal que cria o SUS e estabelece a saúde do trabalhador como uma de suas atribuições, determinando ações como parte de seu campo de atuação, seguindo o princípio da integralidade, não foram suficientes para interromper o alheamento do SUS sobre as relações saúde-trabalho ampliadas.

São vários os autores que discutem as dificuldades de implementação das ações de saúde do trabalhador no SUS e como essas ações têm sido fracionadas. Dentre eles, Dias e Hoefel afirmam que

Na atualidade, as políticas públicas setoriais que enfocam a produção e distribuição de bens oriundos da transformação da natureza e prestação de serviços, na agricultura, comércio, indústria, desenvolvimento, ciência e tecnologia não têm, via de regra, levado em consideração as conseqüências sobre as condições de vida e os perfis de adoecimento relacionados ao trabalho. A mesma fragmentação se reproduz nas políticas setoriais na esfera da Previdência Social, Meio Ambiente e Trabalho (Dias; Hoefel, 2005, p. 820).

Várias categorias de análise compõem o conceito de integralidade nas relações saúde-trabalho em sua perspectiva ampliada. Por considerá-las essenciais na mudança do modelo, em que o conceito de integralidade as rege e direciona, destacamos no texto o ideário preventivista e da atenção primária, da promoção da saúde, da participação e controle social e a questão da intersetorialidade. Além disso, "o resgate da categoria trabalho e sua centralidade no mundo econômico-produtivo (e, portanto, do desenvolvimento), buscou refletir a percepção do movimento sanitário ao inscrevê-la como ponto relevante no âmbito do SUS e, portanto, da saúde pública" (Vasconcellos, 2007, p. 382).

O levantamento bibliográfico centrou-se nas origens do conceito de integralidade, no percurso do conceito, ganhando importância, penetrando nos ideais da reforma sanitária brasileira e vindo a se tornar um dos princípios doutrinários do sistema de saúde atual, definido constitucionalmente. Do mesmo modo, observamos a revisão bibliográfica sobre o surgimento do campo da saúde do trabalhador e de sua estruturação dentro das políticas públicas de saúde brasileiras.

Daí, foram assinaladas as relações da integralidade com a saúde do trabalhador para, ao final, tratar-se das categorias antes citadas, como forma de expressão da unidade dessas relações, buscando a demarcação do princípio doutrinário como variável desprezada da política.

Sobre a integralidade

A integralidade é a expressão integralizadora e totalizadora de um conjunto de significados que foi sendo modelado, ao longo do tempo, com um sentido de se opor a um status estabelecido de fragmentação do discurso e das práticas de saúde. Numa perspectiva ampliada do termo, a integralidade se contrapõe à fragmentação: da percepção objetiva e subjetiva da saúde, por parte da população cuidada e dos cuidadores; da formulação das políticas; do enunciado normativo; da forma de organização dos serviços; e da concepção fundada no complexo saúde-doença, em que a idéia de saúde é subjugada pela idéia de não doença.

Do ponto de vista etimológico

a palavra **integralidade**: está inscrita no conjunto de termos que derivam do verbo integrar que, etimologicamente, provém do latim "integer". A palavra inglesa integer (inteiro, em português) tem sua origem lingüística alicerçada no latim/hindu: in (não) + tag (tocar). Integralidade vem de Inteiro que significa aquilo que não foi tocado, que não foi quebrado. Uma das traduções em que podemos juntar o sentido de inteiro e integralidade é aquela que refere à ação através da qual as partes se formam de um todo e que de alguma forma desaparecem nesse conjunto (Christófaró, 2008, p. 3).

Segundo Paim (2006), a integralidade pode ser considerada como um processo que se identifica a partir de uma *idéia*, que origina a organização de uma *proposta* que, em *movimento*, traduz um *projeto* de mudança onde alcança "as dimensões de *política e prática*" (p.12). Essa sequência, de certo modo, traduz o percurso da integralidade, desde a Medicina Integral (*idéia*), chegando à Reforma Sanitária (*proposta*), cujo *movimento* consolidou o *projeto* de mudança e culminou com o desenho da *política* e suas práticas decorrentes.

Mattos (2006) considera a integralidade como uma "bandeira de luta" do Movimento Sanitário. Nessa trilha, entendendo que a reforma sanitária é um processo em movimento (Vasconcellos, 2007), a busca pela integralidade se perpetua como bandeira de luta da permanente construção do SUS.

Antes da utilização mais corriqueira da expressão, sua significação implícita começa a se esboçar já na famosa definição da Organização Mundial de Saúde, em que a idéia de "estado de mais completo bem-estar físico, mental e social" denota a totalização integralizadora dos vários sentidos de saúde, já, aí, rompendo com a histórica fragmentação observada no senso comum de que saúde é não ter doença, corroborada pela idéia de "não apenas a ausência de enfermidade", expressão explícita no conceito clássico.

De acordo com Scliar (2007), este conceito de saúde refletia, de um lado, uma aspiração nascida dos movimentos sociais do pós-guerra: o fim do colonialismo e a ascensão do socialismo. Saúde deveria expressar o direito a uma vida plena, sem privações. Essa expressão da saúde já traduzia a essência da integralidade, quando falava em vida plena, completa, trazendo a conotação de integral.

Em 1974, Marc Lalonde, então titular do Ministério da Saúde e do Bem-estar do Canadá - país que aplicava o modelo médico inglês -, desenvolve o conceito de Campo da Saúde, que abrange quatro amplos elementos: *a biologia humana, o meio ambiente, o estilo de vida e a organização da assistência à saúde*. A assistência médica, os serviços ambulatoriais e hospitalares e os medicamentos são as primeiras coisas em que muitas pessoas pensam quando se fala em saúde. No entanto, de acordo com Lalonde (1974), eles compõem apenas um dos elementos do conceito de campo da saúde, sendo os outros elementos tão importantes quanto este.

No conceito dado por Lalonde (1974), a noção de integralidade também já está expressa, embora o termo ainda não fosse utilizado.

Essa idéia foi amplamente difundida, a partir de 1978, com a Declaração da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma-Ata, URSS. Na ocasião foi estabelecida a meta *Saúde para todos no ano 2000*, que tinha como princípio o investimento na atenção primária. Aqui também a palavra integralidade não aparece ainda, mas sua idéia se explicita em diversos momentos, especialmente quando se fala que os cuidados primários de saúde:

[...] 2- Têm em vista os principais problemas de saúde da comunidade, proporcionando serviços de proteção, cura e reabilitação, conforme as necessidades.

3- Incluem pelo menos: educação, no tocante a problemas prevalentes de saúde e aos métodos para sua prevenção e controle, promoção da distribuição de alimentos e da nutrição apropriada, previsão adequada de água de boa qualidade e saneamento básico, cuidados de saúde materno-infantil, inclusive planejamento familiar, imunização contra as principais doenças infecciosas, prevenção e controle de doenças localmente endêmicas, tratamento apropriado de doenças e lesões comuns e fornecimento de medicamentos essenciais.

4- Envolvem, além do setor saúde, todos os setores e aspectos correlatos do desenvolvimento nacional e comunitário, mormente a agricultura, a pecuária, a produção de alimentos, a indústria, a educação, a habitação, as obras públicas, as comunicações e outros setores. [...] (OMS/Unicef, 1978, p. 2).

Em novembro de 1986, ocorreu a Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, em Ottawa, Canadá, onde foi redigida e assinada por representantes de diversos países a Carta de Ottawa, visando contribuir para o alcance da meta *Saúde para todos no ano 2000*. A Carta de Ottawa enfatiza que os pré-requisitos fundamentais para a saúde são "*Paz – Habitação – Educação – Alimentação – Renda - ecossistema estável – recursos sustentáveis - justiça social e equidade*". Diz ainda que

Os pré-requisitos e perspectivas para a saúde não são assegurados somente pelo setor saúde. Mais importante, a promoção da saúde demanda uma ação coordenada entre todas

as partes envolvidas: governo, setor saúde e outros setores sociais e econômicos, organizações voluntárias e não-governamentais, autoridades locais, indústria e mídia. As pessoas, em todas as esferas da vida, devem envolver-se neste processo como indivíduos, famílias e comunidades. Os profissionais e grupos sociais, assim como o pessoal de saúde, têm a responsabilidade maior na mediação entre os diferentes, em relação à saúde, existentes na sociedade (1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, 1986, *on line*).

O modelo teórico-conceitual que fundamentava as práticas de saúde, até então fragmentador, reduzia a experiência humana à biologia e ao cuidado segmentado - obstáculos para a implementação da integralidade (Camargo Júnior, 2003). Um setor de saúde limitado, com enfoque sobre a doença, seguindo o modelo assistencial hospitalocêntrico, com políticas de assistência voltadas para o atendimento de demandas, constituía-se no modelo a ser mudado.

A noção de integralidade manifestava de certa forma uma indignação com esse modo de pensar. Ao defender que ações preventivas e assistenciais estejam articuladas, advoga-se que os formuladores das diversas políticas de saúde devem levar em conta ambas as dimensões. [...] Nesse sentido, o princípio da integralidade tem repercussões sobre o arranjo das instituições governamentais voltadas para formular e implementar as políticas de saúde (Mattos, 2003, p. 38).

A rigor, toda a discussão que colocava a integralidade, explícita ou implicitamente, no debate sobre um sistema de saúde em transição o fazia com a imagem futura de mudança do modelo. Ainda no período autoritário brasileiro, com a rearticulação dos movimentos sociais, tornaram-se mais freqüentes as denúncias sobre a situação caótica da saúde pública e dos serviços de atenção médica, e amplificaram-se as reivindicações de solução para os problemas criados pelo modelo de saúde existente (Edler *et al*, 2005).

A idéia de integralidade na atenção à saúde no Brasil começa a ser defendida nos Departamentos de Medicina Preventiva de algumas Faculdades de Medicina (DMP), um dos eixos de organização do movimento sanitário brasileiro, ainda na década de 1970, em pleno regime autoritário. Esses departamentos conciliavam a produção de conhecimento e a prática política, e ampliavam seu campo de ação, articulando-se com organizações da sociedade civil nas suas demandas pela democratização do país (Edler *et al*, 2005). Um de seus focos de crítica ao modelo recaía na teoria flexneriana (Mattos, 2006). O Relatório de Abraham Flexner, escrito em 1910 nos Estados Unidos, defendia o hospital como espaço da cura e eixo estruturante dos serviços e da formação, privilegiava a abordagem clínica individual e a ênfase na pesquisa biológica, entre outras práticas dogmáticas. A concepção de Flexner, adotada pelas instituições norte-americanas de ensino médico, difundiu-se para a América Latina e foi utilizada como base, inclusive, para a estruturação de sistemas de saúde (Christófaró, 2008).

Os projetos de medicina comunitária dos DMP, contrários à concepção flexneriana, pretendiam propiciar ao estudante uma visão extra-hospitalar, mais integral (Escorel, 1999), conciliando a produção de conhecimentos e a prática política.

A luta pela saúde, enquanto direito, e pela democracia e cidadania ganhava contornos mais definidos e, com os movimentos sociais de periferias urbanas reivindicando o acesso aos serviços de saúde, concretizava-se o princípio da participação popular (Brasil, 2006), consolidado mais adiante no SUS.

Com a idéia de integralidade como bandeira de luta do movimento sanitário, a sua incorporação como um eixo doutrinário vai se expressar nas diretrizes organizacionais que a Constituição Federal/88 destina ao SUS.

Quando, em março de 1986 (mesmo ano da Conferência de Ottawa) realizou-se no Brasil a 8ª Conferência Nacional de Saúde, ressaltando a saúde como direito, e a definindo como condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação de saúde, em todos os seus níveis, a todos os habitantes do território nacional, levando ao desenvolvimento pleno do ser humano em sua individualidade, a idéia da integralidade começa a ganhar um contorno definidor da política a ser instituída e garantida pelo Estado (8ª Conferência Nacional de Saúde, 1986).

Nesse contexto, a integralidade surgiu da necessidade de plasmar no setor um conceito que superasse as dicotomias históricas entre o preventivo e o curativo, o individual e o coletivo, expressas pelo conflito saúde pública *versus* assistência médico-hospitalar (Pinheiro, 2006). Existe, entretanto, uma grande defasagem em relação à instituição dessa diretriz na prática. O paradigma da integralidade não foi efetivamente incorporado e, tampouco, a prioridade para as práticas preventivas estabelecida pela Constituição Federal (Vasconcellos, 2007).

Em síntese, a integralidade não é apenas uma diretriz definida constitucionalmente, ela é uma bandeira de luta, um enunciado de valores do sistema de saúde, de suas instituições e práticas consideradas desejáveis, enfim, "um conjunto de valores pelos quais vale lutar, pois se relacionam a um ideal de uma sociedade mais justa e mais solidária" (Mattos, 2006, p. 43).

Sobre a saúde do trabalhador ampliada

A saúde do trabalhador (ST), enquanto campo de conhecimentos, emergiu no Brasil no fim da década de 1970, sendo abarcada pela saúde coletiva nos debates da reforma sanitária brasileira, no contexto de luta pela redemocratização do país.

As relações saúde-trabalho, até então abordadas apenas pela Medicina do Trabalho (MT) e pela Saúde Ocupacional (SO), fundamentavam-se em políticas e práticas trabalhistas e previdenciárias conferindo à sua abordagem "um status não sanitário" (Vasconcellos, 2007). "O

principal indício para a compreensão da cristalização, no Brasil, de uma cultura público-institucional de que a saúde no trabalho não é, de fato, um problema sanitário, foi, ao que parece, essa trajetória contratual-trabalhista-previdenciária da questão" (Vasconcellos, 2007, p. 149).

A ST, ao nascer, destacou-se como categoria revolucionária, com enfoques amplos e pontos de vista contrários às categorias existentes anteriormente (Lacaz, 2005).

Conceitualmente, a ST é, em sua origem,

... um corpo de práticas teóricas interdisciplinares – técnicas, sociais, humanas – e interinstitucionais, desenvolvidas por diversos atores situados em lugares sociais distintos e informados por uma perspectiva comum. Essa perspectiva é resultante de todo um patrimônio acumulado no âmbito da Saúde Coletiva, com raízes no movimento da Medicina Social Latino-americana e influenciado [...] pela experiência italiana (Minayo-Gomez C; Thedim-Costa, 1997, p. 25).

Ela se diferencia por entender a saúde além dos limites contratuais e sujeitar os determinantes presentes nas relações saúde-trabalho à intervenção da saúde pública (Vasconcellos, 2007); por incorporar o trabalhador como agente de mudanças, com saberes e vivências acumuladas sobre seu trabalho (Lacaz, 2005), e por ampliar o objeto de intervenção, não abrangendo apenas a produção, mas incorporando outras variáveis econômicas, sociais, ambientais e outras relacionadas ao modelo de desenvolvimento centrado nos processos produtivos do país. É o que podemos chamar de saúde do trabalhador ampliada, ou mais, relações saúde-trabalho ampliadas na direção de um eixo integralizador saúde-trabalho/produção/consumo-meio ambiente-desenvolvimento.

Concomitantes ao movimento pela reforma sanitária, na década de 1980 começam a surgir no Brasil análises mais sistematizadas sobre o campo da ST enquanto conjunto de práticas no âmbito da saúde pública e alvo de políticas públicas na esfera das instituições de saúde (Vasconcellos, 2007). Os Programas de Saúde do Trabalhador passaram a fazer parte dos serviços de saúde, tornando-se práticas instituintes e contribuindo para a transformação da realidade de saúde, a partir da compreensão do trabalho de forma articulada com o consumo e o conjunto de valores, crenças, idéias e representações sociais (Mendes; Dias, 1991).

Discutida amplamente na 8ª Conferência Nacional de Saúde, no mesmo ano de 1986 foi realizada a 1ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, com o objetivo de formular uma Política Nacional de Saúde dos Trabalhadores (1ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, 1986). Seguindo o percurso da reforma sanitária, a ST foi incluída na Constituição Federal/88, enquanto atribuição do SUS.

Na Lei Orgânica da Saúde foi aludida como campo de atuação do SUS, com ações nas três esferas de governo. O conceito de integralidade emerge na definição e no rol de atribuições da lei, quando ela estabelece que a ST implica em atividades de vigilância (epidemiológica e sanitária), de promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos a riscos e

agravos do trabalho. O conjunto de atividades integralizadoras, ainda segundo a lei, abrange tanto a assistência quanto estudos, pesquisas, avaliação e controle dos riscos presentes nos processos de trabalho (Brasil, 1990). Observamos o quanto se extremou o conceito de integralidade quando a lei ainda observa como campo da ST a normatização, fiscalização e controle da produção, avaliação de impactos tecnológicos sobre a saúde, e a revisão da lista oficial de doenças do trabalho. No aspecto do controle social e do processo participativo, a lei garante a divulgação das informações, a participação dos trabalhadores nas atividades e, ainda, cria uma comissão intersetorial específica, reconhecendo as diversas faces das relações Estado-Sociedade sobre a área.

O percurso da ST, a partir de então, enfrentou enormes dificuldades para a sua institucionalização no SUS. Destacamos, entre elas, a própria dificuldade do campo da saúde pública incorporar a categoria trabalho em suas políticas e ações, a resistência tecno-corporativa de setores do aparelho de Estado fora do setor saúde propriamente dito em aceitar o SUS como aparelho de intervenção sobre as relações saúde-trabalho, e as relações conflituosas entre o aparato interventor da saúde pública e o setor produtivo (Vasconcellos, 2007; Nobre, 2001).

De qualquer modo, algumas iniciativas no sentido de institucionalização da área foram implementadas: as 2ª e 3ª Conferência Nacional de Saúde dos Trabalhadores (1994 e 2005), a promulgação da Nost/SUS (Norma Operacional de Saúde do Trabalhador) e da Instrução Normativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador, ambas em 1998, e, mais recentemente, a implementação da Renast - Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador no SUS (2002).

Ocorre que uma Saúde do Trabalhador efetivamente integralizadora e totalizadora, ou seja, um campo ampliado de compreensão das relações saúde-trabalho, não frequentou a institucionalização das suas políticas, embora isso já fosse observado nas primeiras formulações do campo:

[...] a relação Capital/Trabalho condiciona um perfil de morbi-mortalidade, segundo as diferentes classes sociais e suas frações, que se modifica e evolui de acordo com a dinâmica das relações sociais. [...] Assim,... definem-se três campos de preocupações e práticas na área da saúde que requerem competência técnica específica e métodos e técnicas apropriadas para seu desenvolvimento: Saúde dos Trabalhadores, Saúde Ambiental e Saúde do Consumidor que, entretanto, como partes integrantes do processo Produção-Saúde, devem ser tomadas como elementos indissociáveis desta relação (Tambellini, 1988, p. 11-12).

Confinando-se ao espaço restrito de práticas focais sobre o trabalho e suas decorrências na causação de doenças, a institucionalidade da área, especialmente vinculada hoje à Renast, perpetuou o modelo não integralizador e vem contribuindo para a manutenção do modelo hegemônico da atenção à doença.

Perdeu-se o conceito de saúde do trabalhador quando se deixou de tê-lo como referencial não só da luta de classes, mas, principalmente como referencial da reforma sanitária, conforme a proposta original italiana. Nesse contexto, perdeu-se o referencial conceitual contra o modelo médico, centrado na hegemonia do saber técnico e no assistencialismo e,

principalmente, perdeu-se o referencial da saúde do trabalhador como ponto de partida para, discutindo a mudança dos processos e ambientes de trabalho, discutir os processos produtivos, suas conseqüências ambientais e o próprio modelo de desenvolvimento (Vasconcellos, 2007, p. 168).

Considerando-se a perda do ideário de uma saúde do trabalhador ampliada, acabou-se por se perder o conjunto de ações e serviços desse campo na direção da integralidade almejada.

A Saúde do Trabalhador e a doutrina desprezada da Integralidade

Ainda não se oferecem artigos ou outros produtos da reflexão acadêmica que atribuam à discussão metodológica, ética e política das abordagens integradoras, um estatuto senão periférico. Este fato não impede que, talvez existam latentes, valiosas contribuições à espera de sistematização, oriundas da história do campo e da materialização cotidiana da intenção integradora (Almeida, 2000, p. 92).

A integralidade no campo das relações saúde-trabalho é desprezada se as "intervenções da saúde pública no mundo da produção dão-se de forma pontual e periférica pela via da vigilância sanitária sobre alguns serviços e alguns produtos de consumo humano" (Vasconcellos, 2007, p. 169).

Abordagens holísticas dos novos conceitos de saúde, tão bem defendidos e consolidados em bases teóricas, reduzem-se na implementação das políticas, ainda que as bases legais tenham andado depressa, no Brasil, tentando dar concretude à realização dos desejos da reforma sanitária. A idéia da integralidade chegou ao movimento e não chegou às práticas.

Uma integralidade da saúde do trabalhador ampliada "deveria ser compreendida enquanto política de Estado, trespassando os limites estritos da ação de saúde, propriamente dita" (Vasconcellos, 2007, p. 169).

O claro contraponto à abordagem integralizadora da saúde do trabalhador ampliada se observa nos campos da Medicina do Trabalho e da Saúde Ocupacional, que sobrevivem sujeitas às regras do mercado e aos contratos de regulação da força de trabalho, ou seja, como campos de intervenção limitada e capacidade transformadora mínima das políticas públicas.

A idéia da integralidade e sua força contra-hegemônica ao modelo vigente são desprezadas se existe uma incapacidade de se ter o trabalhador como sujeito do agir, intervir, transformar.

Pensar a integralidade como eixo doutrinário de uma nova concepção política de saúde pública passa pela reedição da ST em sua relação com o desenvolvimento sustentável. Nesse contexto, integralidade é a estratégia de considerar a ST "como ponto básico de fundamento e primeira instância de abordagem, [...] ao afunilar o olhar técnico para a relação produção/saúde, [estabelecendo] um entendimento mais totalizante de desenvolvimento dos sistemas produtivos na sua relação com a saúde humana" (Vasconcellos, 2007, p. 170).

Trabalhando com as variáveis das políticas públicas de saúde em curso, mais próximas do ideário da integralidade, observamos questões tangíveis com a saúde do trabalhador ampliada, ainda inexploradas, cuja capacidade de emergir de suas práticas correntes pode ser levada em conta na estruturação dos serviços e nas suas disposições normativas.

As políticas de promoção da saúde, cuja abordagem integralizadora é invocada ao colocar o indivíduo (objeto das políticas) como sujeito pró-ativo para alcançar o objetivo das políticas, guardam uma sintonia fina com a saúde do trabalhador, vez que esta define, em sua concepção original, o trabalhador enquanto sujeito de sua saúde e agente de mudanças do processo de trabalho. Promoção da saúde, sob esse prisma, significa empoderar o sujeito trabalhador e possibilitar-lhe a voz transformadora do mundo do trabalho, resgatando a própria origem operária da saúde do trabalhador. A ressalva, em relação às políticas mais tradicionais de promoção da saúde, diz respeito a uma certa incriminação do sujeito, quando este não assume a sua co-responsabilidade nas atividades preventivas. No caso da saúde do trabalhador, a transformação dos processos, ambientes e condições de trabalho não ocorre sem a responsabilização de outras instâncias, a que o trabalhador não tem acesso. Desse modo, a aplicação de políticas de promoção ao campo da ST passa a ter sentido somente se ao trabalhador forem conferidas capacidades de conhecer, avaliar, fiscalizar e decidir, como parte de políticas de Estado que as garantam.

As políticas preventivas, especialmente no espectro da atenção primária, têm no planejamento a partir de bases de dados e informações no nível local uma capacidade inexplorada de intervenção pela associação dos procedimentos de atenção primária à vigilância. Assim, "as características sociais dentro das quais a vida transcorre" (Tarlov, 1996, p. 79), tendo o primado do trabalho como eixo diretriz das ações poderiam atender às "condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham" (Buss; Filho, 2007, *on line*). As políticas de saúde devem uma maior consideração ao trabalho, devem-lhe a oportunidade de ser priorizado, seja porque o trabalhador nele passa grande parte de sua vida e, mesmo fisicamente fora do ambiente de trabalho, muitas vezes está nele pensando ou agindo em sua função. A vida das pessoas se organiza em torno do trabalho. Na intervenção sobre o trabalho se encontra um grande potencial para reduzir o peso da morte e das doenças no conjunto de indicadores de morbi-mortalidade da população brasileira.

A Portaria 3.120/98, que define a Vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS, há muito considera estas questões, quando recomenda a

intervenção por varredura, em pequena área geográfica previamente delimitada (setor censitário, distrito de saúde, bairro, distrito industrial etc.), de todos os processos produtivos capazes de gerar danos à saúde. O investimento da ação, neste caso, visa abranger todos os trabalhadores, ao longo do tempo, a despeito de sua forma de inserção no mercado de trabalho e seu vínculo de emprego, a partir da elaboração de mapas dos processos produtivos, de modo a estabelecer um perfil de risco à saúde dos trabalhadores (Brasil, 1998, p. 7).

Desprezada nas práticas, mas não no desejo de mudanças, a integralidade esteve presente na 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, realizada em novembro de 2005, em que um de seus 3 (três) eixos temáticos foi "Como garantir a integralidade e a transversalidade da ação do Estado na Saúde do Trabalhador" (Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, 2005) e está presente na própria denominação da Renast (Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador).

Desse modo, observamos que o princípio doutrinário da integralidade confere ao SUS, enquanto a política pública de saúde do Estado brasileiro, uma identidade conceitual e pragmática adequada ao desenvolvimento de ações de saúde do trabalhador e, na perspectiva observada, uma saúde do trabalhador ampliada.

Conclusão

A par de se considerar, conforme nos ensinam os textos teóricos, que são 3 (três) os princípios doutrinários do SUS, a iniciativa de buscar neste trabalho uma discussão um pouco mais focada na integralidade tem sua razão de ser.

Primeiro, a sintonia que há entre o termo integralidade e a compreensão do conceito de saúde do trabalhador, cujo pilar de sua origem teórica e prática se funda na visão do trabalhador enquanto um ser totalizador de sua saúde e sua vida.

Segundo, pelo fato de que as políticas e os planos de ação do sistema de saúde, tais como as da promoção da saúde e da atenção básica, encontram nas relações saúde-trabalho cenas factíveis para a melhor aplicação de seus objetivos. Outras políticas, hoje em curso, poderiam ser invocadas, caso da educação permanente em saúde e as de ciência, tecnologia e inovação tecnológica, em que o trabalho é categoria central e predominante na sua gênese e desenvolvimento.

Em seguida, porque o fortalecimento da capacidade do SUS de dar respostas às questões de saúde do trabalhador significa aprimorar sua capacidade de influir nos processos de desenvolvimento, no controle das condições ambientais e na questão da sustentabilidade.

Também, a escolha de um caminho doutrinário com ênfase na integralidade em saúde do trabalhador busca um resgate de um determinante social de saúde esquecido pelas políticas de saúde pública, em que os indicadores de morbidade e mortalidade no trabalho não frequentam, via de regra, o planejamento epidemiológico das ações.

E, finalmente, a adoção do princípio da integralidade como regra da política de saúde do trabalhador tende a aproximar mais efetivamente o indivíduo social - cidadão que trabalha, constrói, contribui e gera riqueza - das instâncias de participação do SUS. Se considerarmos que o SUS é a reforma sanitária em movimento, enfrentar as relações saúde-trabalho significa agregar-lhe

responsabilidades, possibilitar-lhe novos resultados, alcançar novos contingentes populacionais e dar-lhe mais legitimidade em seu curso.

Referências Bibliográficas

1. ALMEIDA, G. E. S. Pra Que Somar se a Gente pode Dividir? Abordagens Integradoras em Saúde, Trabalho e Ambiente. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2000.
2. BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, p. 18055, set. 1990. Seção 1.
3. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, SECRETARIA DE GESTÃO ESTRATÉGICA E PARTICIPATIVA. *A Construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
4. BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília: Senado Federal, 1988.
5. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 3.120, de 01/07/1998. Aprova a Instrução Normativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.
6. BUSS, Paulo Marchiori, FILHO, Alberto Pellegrini. A saúde e seus determinantes sociais. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em 23 de jun de 2008.
7. CAMARGO JUNIOR, K. R. Um ensaio sobre a (in)definição de integralidade. In: Pinheiro, R., Mattos, R. A. (Org.). *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: UERJ – IMS / ABRASCO, 2003.
8. CHRISTÓFARO, M. A. C. A integralidade e a competência coletiva como significados e rumos para a transformação do cuidado em saúde como prática social. Brasília: UNB, 2008. 9p.
9. CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE, 1. *Carta de Otawa*, 1986. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Ottawa>>. Acesso em 28 de mar. 2008.
10. CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8. *Relatório Final*, 1986. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/8_CNS_Relatorio%20Final.pdf>. Acesso em 27/mar/2008.
11. CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR, 3., Brasília. *Documento Base*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
12. CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR, 1. *Apresentação*, 1986. Disponível em : <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/1a_conf_nac_saude_trabalhador.pdf>. Acesso em 04 de janeiro de 2009.
13. DIAS, E. C., HOEFEL, M. G. O desafio de implementar as ações de Saúde do Trabalhador no SUS: a estratégia da RENAST. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 10, p. 817- 828, 2005.
14. EDLER, F. C., ESCOREL, S., NASCIMENTO, D. R. As origens da Reforma Sanitária e do SUS. In: EDLER, F. C., et al. (Org.). *Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.
15. ESCOREL, S. *Reviravolta na Saúde: origem e articulação do movimento sanitário*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.
16. HOLANDA, A. B. *Novo Dicionário Aurélio Eletrônico* [CD ROM]. Curitiba: Positivo, 2007.

17. LACAZ, F. A. C. Saúde do trabalhador no Brasil: vinte anos de história e trajetória, 2005. Disponível em: <<http://www.saude.ba.gov.br/conferenciaST2005/novos%20maio/arquivos/III%20CNST%20%20%20Lacaz%20-20Hist%C3%B3ria%20ST.doc>>. Acesso em 22 de abr de 2008.
18. LALONDE, M. 1974. *A new perspective on the health of Canadians: a working document*. Ottawa: Minister of Supply and Services of Canada , 1974.
19. MATTOS, R. A. Integralidade e a Formulação de Políticas Específicas de Saúde. In: PINHEIRO, R., MATTOS, R. A. (Org.). *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: UERJ – IMS / ABRASCO, 2003.
20. MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R., MATTOS, R. A. (Org.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: UERJ – IMS / ABRASCO, 2006. p. 41-66.
21. MENDES, R., DIAS, E. C. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. *Rev. Saúde pública*, São Paulo, v. 25, p. 341-349, 1991.
22. MINAYO-GOMEZ, C., THEDIM-COSTA, S. M. F. A construção do campo da saúde do trabalhador: percurso e dilemas. *Cadernos de saúde pública*, Rio de Janeiro, v. 13, supl. 2, p. 21-32, 1997.
23. NOBRE. A Prática Atual de Saúde do Trabalhador - Nós Críticos in *Anais do Encontro Nacional de Saúde do Trabalhador - Desafio da Construção de um Modelo Estratégico*. Brasília: Ministério da Saúde, Série D, n. 10, 2001.
24. OMS/UNICEF. *Declaração de Alma Ata*. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. Alma Ata, 1978.
25. PAIM, J. Prefácio. In: PINHEIRO, R., MATTOS, R. A. (Org.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: UERJ – IMS / ABRASCO, 2006.
26. PINHEIRO, Roseni. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. In: Pinheiro, R., Mattos, R. A.(Org.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: UERJ – IMS / ABRASCO, 2006. p. 67-113.
27. SCLIAR, M. História do conceito de saúde. *Physis*, Rio de Janeiro, v.17, n.1, p.29-41, 2007.
28. TAMBELLINI A. T. 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], 1988.
29. TARLOV, A. Social Determinants of Health: the sociobiological translation. In: BLANE, D., BRUNNER, E., WILKINSON, R. (editors). *Health and Social Organization*. London: Routledge, 1996. p. 71–93.
30. VASCONCELLOS, Luiz Carlos Fadel. *Saúde, trabalho e desenvolvimento sustentável: apontamentos para uma política de Estado*. 2007. 421p. Tese (Doutorado em Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2007.