

Os caminhos da Saúde do Trabalhador: para onde apontam os sinais?

Workers' health pathways: where are the signs pointing to?

Rosa Maria Quadros Nehmy¹, Elizabeth Costa Dias²

RESUMO

As mudanças no mundo do trabalho e a reorganização do Sistema Único de Saúde exigem adequações na agenda de pesquisa e na prática dos profissionais da área 'Saúde do Trabalhador'. Nessa perspectiva, a área passa por momento de reflexão e de busca de referenciais orientadores que foquem os interesses e direitos do trabalhador para garantir qualidade de vida e proteção social em relação aos danos do trabalho. Visando contribuir para o debate, recupera-se o referencial de criação da área e, a partir dele, discutem-se as categorias analíticas 'processo de trabalho' e 'território', indicando suas potencialidades e limites. São apontados desafios decorrentes da inserção das ações de saúde do trabalhador na rede básica de serviços de saúde e as tendências de abordagem dessas categorias em outras disciplinas. Conclui-se pela necessidade de se manter o compromisso histórico com o referencial do materialismo histórico, retomando a característica de um movimento em favor da qualidade de vida do trabalhador, contrapondo-se à condição de precariedade do trabalho imposta pela dinâmica do capital na conjuntura sociopolítica em que vivemos.

Palavras-chave: Medicina do Trabalho; Saúde do Trabalhador; Serviços de Saúde do Trabalhador; Trabalho; Condições de Trabalho; Ambiente de Trabalho.

ABSTRACT

Changes in the labor world configuration and the reorganization of the Brazilian National Health System (SUS) require appropriate adjustments in the research agenda and practice of Workers' Health professionals. So, this field is currently devoted to the exercise of thinking and searching on adequate references which may give the appropriate focus to the workers' interests and rights, in order to assure their quality of life and social protection, as regards to the work related harms and risks. So, as a contribution for such a debate, the conceptual framework used for the development of this field was retrieved and, inside such a framework, some analytical categories as "work process" and "territory" were discussed, identifying their potentialities, as well their limits. Also, some challenges related to the insertion of Workers' Health actions in the Primary Health Care services were approached, as well as how such issues have been approached by other areas or disciplines. The authors concluded on the importance of keeping the historical commitment with the theoretical approach provided by the historical materialism framework, with the introduction of some characteristics of a movement in favor of the improvement of workers' quality of life, in opposition to the condition of precarious work imposed by the Capital dynamics, as prevalent in the current socio-political conjuncture.

Key words: Occupational Medicine; Occupational Health; Occupational Health Services; Work; Working Conditions; Working Environment.

¹ Socióloga e Sanitarista. Professora Adjunta Departamento de Medicina Preventiva e Social. Faculdade de Medicina da UFMG, Belo Horizonte, MG, Brasil

² Médica Sanitarista e Médica do Trabalho. Professora Adjunta Departamento de Medicina Preventiva e Social Faculdade de Medicina da UFMG, Belo Horizonte, MG, Brasil

Instituição:

Faculdade de Medicina da UFMG, Belo Horizonte, MG, Brasil

Endereço para correspondência:

Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina da UFMG, Belo Horizonte, MG, Brasil
Av. Alfredo Balena, 190 - 8º Andar
Belo Horizonte, MG, Brasil
CEP: 30130-100
Email: rosaq@medicina.ufmg.br
bethdias@medicina.ufmg.br

INTRODUÇÃO

A área da Saúde do Trabalhador vive momento de efervescência. As discussões acontecem na rede virtual, nos encontros e corredores das reuniões. Lamentavelmente pouco é escrito para registrar sistematicamente esse movimento, de modo a facilitar consensos possíveis. Pode-se considerar que a área atravessa um momento produtivo de crise, de busca de conceitos e instrumentos que possibilitem maior eficácia na conquista de espaço na luta pela melhoria das condições de trabalho e de vida do trabalhador, no contexto de grandes transformações no trabalho contemporâneo.

Nesse cenário, este artigo não pretende fazer um balanço dos avanços e recuos ou das esperanças e propostas que não se concretizaram. A intenção é contribuir para o debate, procurando identificar linhas de força que conformaram o campo das relações Trabalho/Saúde no passado, para refletir sobre os efeitos das mudanças na estrutura produtiva e na organização do sistema de saúde sobre saberes e práticas da Saúde do Trabalhador.

Esta reflexão está referenciada em alguns conceitos e processos: de um lado, o regime de acumulação flexível, marcado pela desterritorialização da produção de mercadorias e serviços e pelo fenômeno que o acompanha, denominado pelo neologismo “precarização” do trabalho, caracterizado pela instabilidade e baixa qualidade do emprego e das condições de trabalho e de perdas significativas na proteção social dos trabalhadores; de outro lado, os desdobramentos da reorganização do Sistema Único de Saúde - SUS sobre a atenção à saúde dos trabalhadores.

É nessa perspectiva que as autoras se propõem a recuperar parte da história da instituição do campo da relação saúde/trabalho para, à luz das mudanças que ocorrem no mundo do trabalho e na política de saúde, buscar identificar sinais para onde apontam essas mudanças. Acredita-se que a identificação de impasses teórico-metodológicos gerados por essas transformações recentes possa construir um caminho fecundo para iluminar o desenho de formas emancipadoras de ação.

Inicialmente, será feita a delimitação do campo social que tem como objeto a relação entre o trabalho e o processo saúde-doença, seguida por uma exposição sintética das mudanças no mundo do trabalho e novos formatos do emprego. Em sequência, serão tecidas considerações sobre a desterritorializa-

ção do trabalho resultante dessas mudanças e sobre a proposta de territorialização da saúde, tendo em vista a re-orientação do SUS pela Atenção Primária.

O CAMPO DA RELAÇÃO TRABALHO/SAÚDE

No senso comum, a palavra campo é utilizada para designar simplesmente os contornos de uma especialidade ou de uma área de conhecimento e de prática. Porém, o conceito sociológico de campo de Bourdieu¹ implica determinada concepção de como os agentes constroem a realidade social. Para o autor, os agentes entram em lutas e relações para impor sua visão, mas sempre com pontos de vista, interesses e referenciais determinados pela posição que ocupam no mesmo mundo que pretendem transformar ou conservar.²

Na literatura da Saúde do Trabalhador, o conceito de “campo” tem servido para delimitar o confronto inconciliável entre capital e trabalho que se reproduz nas práticas e na atuação dos profissionais responsáveis pelo cuidado dos trabalhadores, nos serviços de saúde e em outros espaços institucionais, entre eles, a academia.

No documento preparado para a I Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, realizada em dezembro de 1986, como um dos desdobramentos da VIII Conferência Nacional de Saúde, a relação entre trabalho e saúde é definida como um “*campo de atividades teóricas e práticas, subordinado de maneira abrangente e complexa às relações Capital/Trabalho, nas sociedades capitalistas*”^{3,6} Naquele momento, a proposta era que a Saúde do Trabalhador deveria superar outras formas de ação existentes, ou seja, a Saúde Ocupacional e a Medicina do Trabalho tradicional.⁴

A recuperação dessa proposição original é interessante para situar a Saúde do Trabalhador no cenário atual. É importante remarcar a posição de ser a Saúde do Trabalhador essencialmente distinta da Saúde Ocupacional que continua hegemônica e fortalecida no modelo de desenvolvimento adotado pelo país. Neste texto, não se pretende confrontar os dois “modelos”, mas entendê-los como diferentes e inconciliáveis. O enfoque dessa diferença não é o objeto da reflexão, porém é importante explicitá-la, de início, pois essa confusão, acirrada nos anos recentes, pode contribuir para a perda do foco e da essência do debate.

A Saúde Ocupacional é uma prática resultante da aliança histórica entre empresários e profissionais de saúde, que se conforma por conteúdos e técnicas por vezes sofisticadas e em sintonia com as evidências científicas destinada essencialmente a garantir trabalhadores saudáveis e produtivos. A Saúde do Trabalhador, por sua vez, não se prende aos limites de um conhecimento científico reconhecido e valoriza a escuta dos trabalhadores, estando aberta aos questionamentos impostos pela realidade, tendo por objetivo contribuir, na esfera acadêmica e na dos serviços, com a defesa do direito dos trabalhadores à saúde

Entre os aspectos que podem embaraçar a percepção da distinção entre essas duas modalidades de práticas de saúde, destaca-se a produção técnico-científica. Os poucos trabalhos dedicados a reunir e analisar a produção da área^{5-6,7} assinalam problemas para classificação de algumas delas. A pergunta: - afinal, o que pode e deve ser considerado como “produção em Saúde do Trabalhador”? - permanece sem resposta.

Um segundo aspecto, entrelaçado ao primeiro, refere-se ao uso da técnica. Por vezes, o entendimento da Saúde Ocupacional como “disciplina científica” da qual emergem técnicas que operam no escopo dos agentes visíveis e invisíveis, físicos, químicos e biológicos presentes nos processos de trabalho e nos menos conhecidos, entre outros, os relacionados à organização do trabalho, funde duas dimensões: a da prática nos serviços e a da luta político-ideológica. Assim, técnicas de diagnóstico, tratamento e reabilitação dos danos ou agravos relacionados ao trabalho, utilizadas pela Medicina do Trabalho e ferramentas de abordagens da Higiene do Trabalho, da Ergonomia e da Epidemiologia são, muitas vezes, identificadas, equivocadamente, como próprios da Saúde Ocupacional e, portanto, fora do âmbito da Saúde do Trabalhador.

Entretanto, a marca diferencial entre as duas linhas de atuação no campo das relações Trabalho/Saúde-Doença é sua finalidade e não os meios ou técnicas utilizadas. A Saúde Ocupacional tem como principal objetivo a garantia da produção e/ou a produtividade da empresa ou a redução dos custos dos organismos de seguridade social. Atuando sob essa lógica, o profissional limita-se a avaliar e a manter a capacidade do trabalhador para poder continuar ou não trabalhando⁸ ou a evitar que ele adoça, de modo a garantir a produção.

Já a Saúde do Trabalhador busca o “bem estar” e a vida com qualidade, considerando o trabalho como fator determinante da saúde, reconhecendo sua importância para a subjetividade dos trabalhadores e para sua inserção social, além de potencialmente ser capaz de provocar mal estar, adoecimento e morte.

Assim, a finalidade distingue o emprego das técnicas e ao mesmo tempo as molda, uma vez que o profissional de saúde comprometido com a Saúde do Trabalhador não se limita a prevenir ou enfrentar os problemas que impedem ou dificultam o trabalhador de trabalhar. Busca, na essência, promover saúde, empoderando o trabalhador para assegurar melhores condições de trabalho e a integralidade do cuidado da saúde.

Se, para a Saúde Ocupacional, não há interesse na explicitação de seus compromissos com o capital, para a Saúde do Trabalhador, o embate político-ideológico faz parte de sua constituição. Sua ação caracteriza-se por permanente vigilância das condições de trabalho passíveis de causar agravos ou danos à saúde do trabalhador, por meio de práticas que antecipem e evitem os problemas ou funcionem como contraponto às exigências do capital sobre a força de trabalho, no sentido de estabelecer melhores condições de vida e de bem estar.

Essa forma de ver e entender a realidade permite dizer que a Saúde do Trabalhador apresenta-se, no campo das relações Trabalho/Saúde, mais como um movimento do que como um espaço acadêmico-prático estanque.

A CRISE NA “SAÚDE DO TRABALHADOR”

Demarcadas as diferenças, pode-se dizer que o movimento da Saúde do Trabalhador atravessa uma crise paradigmática, caracterizada como um período de discussão dos fundamentos da prática instituída, que inclui o problema de pesquisa e seus esquemas teórico-metodológicos.⁹

Essa situação é compartilhada por várias áreas das ciências humanas que têm como objeto de estudo o trabalho. Em uma conjuntura de mudanças, de esvaziamento e reconfiguração do movimento sindical como a que estamos vivendo, esquemas conceituais usuais de análise demonstram-se inadequados ou defasados em relação aos acontecimentos que exigem intervenção.

As ciências sociais passam permanentemente por esse tipo de problema em decorrência de sua constituição e de seu objeto de estudo que é, ele mesmo, altamente heterogêneo e instável, o que se torna mais evidente e pronunciado em contextos de mudanças radicais, como as que vivenciamos na atualidade.¹⁰ Tal assertiva remete à dificuldade de nos aproximarmos dos processos sociais nos momentos de transição, pois como ensina Deleuze, “o acontecimento em seu devir escapa à história”.¹¹

A crise e a necessidade de superação das dificuldades encontradas pelo movimento da Saúde do Trabalhador foram estabelecidas no emblemático artigo de Gomez-Minayo e Lacaz¹², publicado em 2005, como contribuição às discussões preparatórias da III Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador ocorrida no mesmo ano. Os autores analisam a produção científica da área, mostrando que os pesquisadores esbarram em novos desafios, entre eles, a superação do descompasso entre os acontecimentos na esfera produtiva e política e as temáticas estudadas. Em decorrência, sugerem, em caráter de urgência, a revisão da agenda de pesquisa e das categorias de análise, de modo a atender às transformações da economia e da sociedade que provocam “uma verdadeira crise sistêmica” no mundo do trabalho. Tais mudanças, de acordo com os autores, atingem os trabalhadores, seus órgãos de representação, as políticas públicas e a produção científica da área. As réplicas ao texto de Minayo-Gomez e Lacaz concordam com a tese defendida, da existência do estado de crise, chegando-se a estender esse diagnóstico para a Saúde Coletiva em geral e para as políticas de saúde do país.¹³

Nesse momento, já fica evidente o movimento de saída da perplexidade e da paralisia que se instaurou entre os intelectuais e militantes da Saúde do Trabalhador, possivelmente desde que suas proposições foram instituídas na legislação e nas ações no SUS. Pode-se dizer que os praticantes dos setores acadêmico e do serviço sentem-se novamente compelidos a se colocar em confronto com as proposições e práticas da Saúde Ocupacional, na defesa de uma prática que ultrapasse a recuperação da força de trabalho, que antecipe e previna os danos e problemas para a saúde, envolvendo ainda as questões ambientais determinadas pelos mesmos processos produtivos e pelo modelo de desenvolvimento.

Há acordo, na área, de que os códigos e modos de pensar as relações trabalho/saúde-doença não sofreram ainda a atualização necessária para prosseguir

o enfrentamento do conflito básico que permeia as relações Capital/Trabalho neste momento histórico. Para se contrapor às condições estruturais e proposições adversas aos interesses dos trabalhadores, o desafio posto é o de construir um arcabouço teórico-prático que propicie a ação consistente e que siga o movimento do capital. Somente dessa maneira será possível antecipar-se aos danos à saúde e aos retrocessos na forma de organização dos serviços.

Nessa perspectiva, torna-se necessário revisitar o referencial teórico-metodológico e ideológico que embasou a criação da área e, a partir dele, situar as questões postas na atual conjuntura sociopolítica: os conceitos em uso e o escopo de atuação da Saúde do Trabalhador.

A instituição da área de Saúde do Trabalhador, no Brasil, é descrita como resultante do movimento surgido nos anos 1970, no contexto da reorganização social e política do país, que buscava melhores condições de vida e saúde para os trabalhadores. Dentre suas características, destacava-se a intenção de trazer a discussão da questão do trabalho e adoecimento para o âmbito da Saúde Pública (ou da Saúde Coletiva), rompendo com os padrões até então vigentes que a atrelavam às práticas da Saúde Ocupacional.

O movimento foi facilitado pelas discussões que ganharam força nas décadas de 1970 e 1980, impulsionadas pelas proposições da chamada “corrente latino-americana da Medicina Social”, de inspiração marxista, sobre a determinação social da doença pelo trabalho¹⁴. Essas proposições também embasaram a proposta da Reforma Sanitária brasileira espelhada em processo similar ao que ocorreu na Itália.

Esse referencial constituiu o cimento da aliança entre setores progressistas da sociedade nos anos 1980, como assinala Lacaz¹⁵, fornecendo o suporte necessário para congregar diferentes forças sociais. Permitiu, assim, que setores do movimento sindical se aliassem às instituições acadêmicas, aos técnicos dos serviços de saúde e de outras instituições na esfera do governo federal, nos Ministérios do Trabalho e da Previdência Social.¹⁶ A aliança possibilitou, entre outros resultados, que, no processo constituinte, a questão da saúde do trabalhador ganhasse foros institucionais, sendo incorporada definitivamente na Constituição Brasileira como questão de saúde pública e atribuição explícita do Sistema Único de Saúde. Rompia-se, dessa forma, a tradição brasileira de atrelar a proteção trabalhista e a assistência médica aos

trabalhadores ao vínculo formal de trabalho e à contribuição para a Previdência Social.

Seguindo o mesmo ideário, o objeto de estudo da Saúde do Trabalhador, em sua origem, foi construído na confluência da relação disciplinar entre a medicina e as ciências sociais de corte marxista pela adoção da premissa sobre a determinação social do processo saúde-doença, sintetizada na categoria “processo de trabalho”. Procurava-se, naquele momento, uma categoria de análise que permitisse captar o “nexo bio-psico-social” do adoecimento da população.¹³

Tal desenho, ancorado no referencial da economia política, pressupunha, mais do que construir um objeto de investigação *sui generis*, a mobilização de profissionais e acadêmicos do setor saúde envolvidos com as políticas públicas e/ou em assessorias ao movimento organizado dos trabalhadores, para produzir um conhecimento que deveria instruir a prática de proteção social em relação aos danos à saúde relacionados aos processos de trabalho. O delineamento do objeto de estudo designava o “chão” da fábrica (ou do serviço) como espaço privilegiado para o estudo do adoecimento do trabalhador, iniciando processos de mudanças.

É importante destacar que o recorte do objeto de pesquisa, no sentido de focar o local do trabalho, não era específico da Saúde do Trabalhador, sendo já adotado anteriormente pela Sociologia do Trabalho¹⁷ que se inspirava nas teses expostas por Harry Braverman em seu livro publicado em 1974: - “Trabalho e capital monopolista: a degradação do trabalho no século XX”¹⁸, marcando o início do que veio a ser conhecido como “o debate sobre o processo de trabalho”. Nessa obra, o autor reorientava o estudo do local de trabalho para questões tais como as estratégias gerenciais de controle dos trabalhadores (a gestão científica) e a extensão e natureza da resistência operária a tais estratégias.

As mudanças recentes no “*mundo do trabalho*” renovaram o debate sobre o processo de trabalho nessa fase do desenvolvimento capitalista, nomeada como pós-fordismo ou como regime de acumulação flexível.

Agora, o que está em pauta para as diferentes áreas do conhecimento sobre o social é identificar a direção das mudanças no mundo do trabalho para possibilitar a revisão do aparato conceitual e metodológico de cada disciplina no sentido de construir abordagens mais fecundas dessa realidade em mutação.

MUTAÇÕES NO MUNDO DO TRABALHO —

A reestruturação produtiva e os reflexos sobre o trabalho em suas linhas gerais, sobretudo no setor urbano da economia, já estão bem analisadas na literatura.^{19,20} No entanto, só recentemente as peculiaridades desse novo momento histórico estão sendo assimiladas pelas diferentes áreas de conhecimento e incorporadas de modo sistemático, nas agendas de pesquisa. A construção de categorias intermediárias que estimulem estudos empíricos para dar conta da especificidade dos novos processos de trabalho e dos problemas acentuados pelo regime de acumulação vigente representa ainda um desafio a ser enfrentado.

O trabalho predominante no regime de acumulação anterior, taylorista-fordista, estava fixado no interior da fábrica, limitado por paredes e sob vigilância direta. O antigo modelo, baseado na rigidez, foi substituído por outro fundamentado na flexibilidade que se impôs nos processos de trabalho, nos mercados de trabalho, nos produtos e padrões de consumo e nas bases de circulação, rompendo os limites geográficos e a co-presença no trabalho.²¹

Em decorrência, opera-se na organização do processo de trabalho uma mudança de fundo frente à antiga forma. Como método de administração de empresas, o fordismo caracteriza-se pela detalhada divisão do trabalho em descrições altamente específicas de cada tarefa e no esquema hierárquico de decisões e de planejamento centralizado, pré-existent na administração científica do trabalho de Taylor. A novidade introduzida pelo fordismo, significando notável ganho de produtividade, foi a introdução da linha de montagem na qual o trabalho chegava ao trabalhador posicionado em lugar fixo com tempos e modos de produzir fortemente programados, economizando movimento e energia na produção.²⁰

Na acumulação flexível, ao contrário, o processo produtivo é menos programado uma vez que a produção se ajusta permanentemente às oscilações do mercado. Para responder ao mercado, o trabalho não está mais centralizado, mas distribuído em diferentes fragmentos do processo produtivo, implicando no trabalho em equipe e na diluição do sistema hierárquico. A organização celular do trabalho na indústria talvez seja um dos mais intrigantes exemplos da quebra da centralidade das decisões dominante no esquema fordista, porque ela combina, em graus variados, coerção e consentimento em relação à força de trabalho. Apesar do caráter inerentemen-

te antagonico da relação salarial no capitalismo, a produtividade econômica solicita “boa” integração de uma parte da força de trabalho como componente constitutivo, e não apenas complementar da produção.²² Além disso, a participação do trabalhador qualificado nas decisões em equipe contribui para a introdução de inovações na empresa que buscam maior competitividade no mercado, ao mesmo tempo em que seu conhecimento é apropriado pelo processo produtivo.²³

Entretanto, a utilização de novas formas de gerenciamento como o “engajamento estimulado” e a “flexploração” não implica que a desqualificação, base da organização do trabalho taylorista-fordista deixe de ser a mais importante tendência no interior do desenvolvimento do processo de trabalho capitalista.¹⁶ Também não quer dizer que a gerência científica se restrinja a trabalhos mais desqualificados, pois o taylorismo está presente no trabalho informacional, emblema do regime de acumulação pós-fordista, como atestam estudos sobre os trabalhadores do setor, em especial, o trabalho dos operadores de call centers.²⁴

A flexibilidade torna-se a marca do regime de acumulação e não apenas um dos traços do processo de trabalho e desencadeia um conjunto de fenômenos que sinalizam no sentido da desterritorialização da produção e da circulação de mercadorias e dos serviços. Nessa nova ordem econômica, a flexibilidade insere-se também na jornada de trabalho, manifestando-se sob as formas de autonomia e terceirização do emprego, estimulando o uso, pelo capital, do trabalho precário e ampliando o desemprego estrutural. É nesse território mutante, fluido e flexível da acumulação do capital que se configura o “novo” mundo do trabalho onde se desenha o perfil dos trabalhadores urbanos – e crescentemente dos rurais nos agronegócios – com reflexos sobre sua vida e sua saúde.

A globalização e a informatização criaram as condições de existência da empresa aberta em relação aos ambientes social e geográfico, extrapolando os limites físicos da fábrica. Como diz Negri²⁵ não é mais possível considerar a fábrica como o lugar paradigmático da concentração do trabalho e da produção, pois os processos de trabalho saíram de seus muros para “*invadir a sociedade inteira... se expandindo como um vírus em todas as formas de produção social*”. Redesenham-se dessa maneira as relações sociais que se configuram no âmbito da

produção e que extrapolam para as mais variadas esferas da vida social.²⁶

Telles¹⁸, em estudo empírico, mostra as mutações do trabalho refletidas nos perfis de trabalhadores de diferentes gerações na cidade de São Paulo. Os mais velhos, nos anos 80, trabalhavam nas pequenas fábricas instaladas nas imediações da favela onde moravam e “*lá se manteriam, com salários baixíssimos, mas com uma estabilidade que as novas gerações já não iriam conhecer*”. Filhos desses trabalhadores, morando no mesmo lugar, experimentam um mundo do trabalho totalmente diferente. Jovens ainda, levam uma vida errática de trabalho com ocupações e ou locais em permanente mudança. A autora cita como exemplos: um rapaz que começou a trabalhar como *office-boy* em duas empresas, foi auxiliar administrativo, teve dois anos de desemprego e depois passou a atendente de uma importante loja de produtos esportivos de um shopping o que o possibilitava transitar pelos circuitos elegantes da cidade, um mundo que não é dele. Seu tio hoje, ao contrário, fica em alternância de empregos indicados por agências, oscilando entre o trabalho precário próximo a seu local de moradia e o desemprego. Rondando a vida dos moradores das favelas está presente a possibilidade de captura pelo circuito do tráfico e da violência.

Essas histórias pessoais que a autora reproduz revelam as circunstâncias do trabalho precário e intermitente que alteram tempos e espaços da experiência social, bem como a própria vivência urbana nos circuitos descentrados dos “territórios da precariedade”. Ela sintetiza¹⁸: “*as novas realidades do trabalho (e do não-trabalho) redesenham o mundo social, as relações de força e os campos de práticas que fazem a tessitura da cidade e seus espaços*”.

Uma das tendências em relação ao local do trabalho é a de transferi-lo para a residência, modalidade característica do início do capitalismo, antes mesmo da reunião dos trabalhadores sob o mesmo teto na fábrica. No entanto, na nova ordem econômica, o trabalho em domicílio adquire papel importante nas estratégias das empresas em decorrência da pressão crescente por produtividade (redução dos custos, maior qualidade e inovação permanente). As tecnologias “informacionais”, a informática e a telecomunicação possibilitaram que trabalhos exigentes de alto teor de conhecimento, fossem prestados dentro da residência do trabalhador. No Brasil, observa-se a coexistência dessa “novidade” adotada pelas empre-

sas flexíveis e a forma mais tradicional do trabalho domiciliar com as características a ela associadas: a baixa qualidade e a “feminização” do emprego. Nesse trabalho domiciliar, em geral, o treinamento está ausente, os instrumentos e maquinários são obsoletos, a manutenção é inadequada e as tarefas são desempenhadas sem a necessária segurança e dispositivos de proteção, expondo trabalhadores e familiares a fatores de risco para a saúde.²⁷ Um caso típico do trabalho domiciliar degradado é a produção calçadista brasileira onde se encontram formas de trabalho bastante vulneráveis e desprotegidas.²⁸

Nas cidades, um tipo de trabalho precário que cresce de importância no mercado é o emprego temporário. Em geral, está conectado a empresas terceirizadas, atingindo principalmente os mais jovens, num permanente entra e sai do mercado de trabalho. Uma ocupação emblemática dessa modalidade é a de motoboy, sujeita ao ritmo descontínuo e instável do mercado de trabalho, que se desenrola nas teias do tecido urbano, com altos riscos de acidentes.²⁹

Na zona rural, sazonalmente, as pessoas migram de seu local de origem para trabalhar por períodos variáveis nas grandes plantações. O corte da cana, a colheita do café e da laranja, a produção do carvão são bons exemplos dessas formas de trabalho no País. Caso emblemático é a migração sazonal de jovens lavradores nordestinos. Eles permanecem em sua terra natal no plantio dos roçados durante a entressafra da cana (de dezembro a maio) e se deslocam, anualmente, para trabalhar na lavoura canavieira das modernas usinas do sudeste. Quando saem, alteram o ritmo das cidades em que moravam e, em sua chegada, adensam as periferias das metrópoles.³⁰

Os diversos expedientes de trabalho precário revelam que a desterritorialização do trabalho ou sua transferência para o próprio domicílio alteram as referências que pautavam e ritmavam a vida social, o que torna evidente a necessidade de modificar a estratégia de pesquisa predominante¹⁸ na Saúde do Trabalhador. Está, assim, posta a questão: se para os processos de trabalho em local fixo – na fábrica ou no escritório – o método de investigação baseava-se na observação do “chão da fábrica”, onde se realizavam as tarefas, agora, como acompanhar o espaço flexível das novas formas do trabalho? Talvez, como ressalta Telles¹⁸, tenhamos que mudar o foco das atenções, deslocando o jogo de referências “*para ressituar o trabalho no mundo social*”.

DESTERRITORIALIZAÇÃO DO TRABALHO E TERRITORIALIZAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE

As atribuições do SUS quanto a atenção à Saúde do Trabalhador são definidas no artigo 6º. Lei 8080/90³¹ como um “conjunto de atividades que se destina, através de ações de vigilância epidemiológica e sanitária, à promoção e proteção dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho”. Trabalhador entendido como sendo “*todos os homens e mulheres que exercem atividades para seu próprio sustento e ou de seus dependentes, qualquer que seja a forma de inserção no mercado de trabalho, nos setores formal e informal da economia*”, conforme explicitado, no documento da Política Nacional de Saúde do Trabalhador, em 2004.³²

As recentes medidas de reorganização do SUS que se referem à Saúde do Trabalhador propõem a ampliação e o fortalecimento da rede nacional de atenção integral à saúde do trabalhador (RENAST)³³ e sua inserção efetiva na atenção primária e a partir dela se estendendo na rede de cuidado: urgência/emergência; rede ambulatorial e hospitalar de média e alta complexidade, incluindo as ações de vigilância da saúde, de modo articulado com as vigilâncias sanitária, epidemiológica e ambiental.³⁴

A consolidação da atenção básica como eixo ordenador das redes de atenção à saúde do SUS é interpretada, por alguns atores e praticantes da Saúde do Trabalhador, como uma provocação ou um risco, expressa nas questões: - como diluir ações orientadas pela relação saúde/trabalho na prática da atenção primária e ao mesmo tempo preservar a especificidade da abordagem da área? ou, como ampliar o foco do olhar anteriormente dirigido aos locais fechados de trabalho para as atividades produtivas informais e os processos produtivos dispersos em determinado território?

O recorte de base territorial utilizado pelo SUS corresponde ao da área de abrangência de uma unidade básica de saúde cujos contornos são definidos pelos fluxos dos usuários e pelas barreiras físicas. Serve de limite de demarcação das áreas de atuação dos serviços, de reconhecimento do ambiente, população e dinâmica social e de estabelecimento de relações horizontais com outros serviços adjacentes e verticais com os serviços de média e alta complexi-

dade. As razões alegadas para utilizar a base populacional geográfica devem-se a características práticas no que se refere à integração dos diferentes setores da gestão pública, da possibilidade de aplicação de tecnologias da informação como geoprocessamento e cartografia e a visualização do uso do espaço.³⁵

No entanto, não há um recorte para delimitar a amplitude a ser dada às categorias ambiente e território no que se refere à saúde do trabalhador. Por isso, a necessidade de problematizá-las, no sentido de avaliar sua potencialidade e seus limites. Há consenso de que a noção de ambiente continua sendo uma incógnita por ser muito genérica e ampliada. Sendo assim, vários autores, na busca de operacionalização e de demarcação de um espaço, optam pela categoria “território”.³⁶ No entanto, também essa categoria é refratária a circunscrever um espaço fechado. Como lembra Barcellos³⁴ “*obviamente, a atmosfera e o sistema hídrico não podem estar constrictos aos limites político-administrativos de um determinado território*”. Os processos sociais também transcendem esses limites.

Geralmente a espacialidade só é assim compreendida, como “*aparências objetivamente mensuráveis, apreendidas através de percepção sensorial*”.³⁷ Entretanto, na contemporaneidade, esses lugares são completamente moldados e penetrados por influências sociais bem distantes. O que estrutura o local não é simplesmente o que está presente no cenário e é visível; o que determina sua natureza está longe, fora dos limites de seu espaço físico.³⁸ A globalização do capital implica a constituição de um território de escala mundial nos espaços locais. Um dos aspectos centrais da acumulação flexível é exatamente a mobilidade crescente do capital e dos processos de produção e de serviços desatrelando um e outro de um espaço geográfico circunscrito.

Segundo a proposta de Deleuze e Guattari³⁹, a desterritorialização e a territorialização são processos concomitantes. Na sociedade contemporânea, o capital se desterritorializa e ao mesmo tempo se reterritorializa em um novo formato, em “*um território onde vigora o controle da mobilidade, dos fluxos (redes) e, conseqüentemente, das conexões – um território-rede ou de controle de redes. Aí, o movimento ou a mobilidade passa a ser um elemento fundamental na construção do território*”.⁴⁰

A nova forma do capital se expressa nas cidades metropolitanas, não sendo mais possível visualizar a dinâmica da sua espacialização. Porque, como descreve Brissac³⁵: “... *são territórios informes, ocupados*

por elementos mutantes e nômades como os pátios ferroviários, estacionamentos e depósitos que introduzem diferenciais de tempo na organização e percepção do urbano; são os espaços informais, de camelôs, sem-teto, favelas e cortiços que escorrem sem parar, ocupando as áreas adjacentes; são também territórios fluidos... redimensionando nossas noções de escala e distância”.

Considerando toda a complexidade dos conceitos simultaneamente sociais e psíquicos cunhados por Deleuze e Guattari³⁹, Haesbaert⁴¹, mostra que, tanto no nível funcional quanto no simbólico, a desterritorialização-reterritorialização se faz no seio da desigualdade social de tal forma que: enquanto uma elite globalizada tem a opção de escolher entre os territórios que melhor lhe convier, aqueles na base da pirâmide social, não têm sequer a opção do ‘primeiro’ território, o território como abrigo, fundamento mínimo de sua reprodução física cotidiana. No entanto, muitas vezes, por exemplo, é entre aqueles que estão mais destituídos de seus recursos materiais que aparecem as formas mais radicais de apego às identidades territoriais.³⁸

Como se vê, a discussão em torno do território é extremamente complicada do ponto de vista teórico e também do ponto de vista prático. Qualquer que seja o recorte ‘prático’ efetuado, o território como espaço delimitado só é percebido por meio de escalas que são construções sociais baseadas na existência concreta de sistemas inter-relacionados com dimensões e dinâmicas distintas. Talvez sequer exista um lugar de encontro dessas diferenças que não seja a capacidade para ligar os pontos de contato e as explicações cruzadas que fazemos. Conforme afirma Reboratti⁴², “*a escala é uma ferramenta mais conceitual do que técnica, uma dimensão da qual é necessário aproximar-se criticamente*”.

Deve-se considerar que as dificuldades de definição e de delimitação do espaço estão sendo explicitadas por aqueles que defendem a apropriação da noção de território ou ambiente como estratégica para lidar com a questão da saúde da população trabalhadora na atual conjuntura sociopolítica.

O trecho a seguir, citado por Haesbaert e Bruce⁴¹, resume o processo de exploração capitalista analisado por Marx e retomado por Deleuze e Gattari. Essa ideia pode ser atualizada quando se substitui o “homem nu” pelo trabalhador submetido ao processo de precarização: o desempregado, o subempregado, o terceirizado (ou mesmo quarteirizado), o migrante, o domiciliar...

(...) no *Capital*, Marx mostra o encontro de dois elementos 'principais': dum lado, o trabalhador desterritorializado, transformado em trabalhador livre e nu, tendo para vender a sua força de trabalho; do outro, o dinheiro descodificado, transformado em capital e capaz de a comprar. Estes dois fluxos, de produtores e de dinheiro, implicam vários processos de descodificação e de desterritorialização com origens muito diferentes. Para o trabalhador livre: desterritorialização do solo por privatização; descodificação dos instrumentos de produção por apropriação; privação dos meios de consumo por dissolução da família e da corporação; por fim, descodificação do trabalhador em proveito do próprio trabalho ou da máquina. Para o capital: desterritorialização da riqueza por abstração monetária; descodificação dos fluxos de produção pelo capital mercantil; descodificação dos Estados pelo capital financeiro e pelas dívidas públicas; descodificação dos meios de produção pela formação do capital industrial, etc. ^{39:233-4}

Talvez o território seja o único lugar a atribuir sentido de pertencimento, um lugar de referência no mundo da vida aos trabalhadores desterritorializados e, em decorrência, reterritorializados na e pela precariedade, na atualidade. Essa compreensão do mundo do trabalho sinaliza a necessidade de empenho e de delicadeza na lida com as questões de Saúde do Trabalhador na atenção primária da saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Procuramos, com este texto, contribuir para o debate sobre os caminhos possíveis para a área Saúde do Trabalhador na atual conjuntura sociopolítica, apontando alguns sinais vindos do debate realizado em outras disciplinas que têm como objeto o mundo do trabalho e dos rumos empreendidos pela política de saúde no país.

Quanto ao cuidado com a saúde, pode-se considerar que o movimento pela Saúde do Trabalhador foi bem sucedido em relação às conquistas legais e institucionais. Porém é preciso reconhecer que, 20 anos após a regulamentação da atribuição constitucional de que o SUS deve prover atenção integral à saúde dos trabalhadores, esse objetivo ainda não foi

plenamente cumprido. Quer dizer, o movimento não incorporou, de forma efetiva, em suas concepções, paradigmas e ações, o lugar que o "trabalho" ocupa na determinação do processo saúde/doença dos trabalhadores diretamente envolvidos nas atividades produtivas, da população em geral e nos impactos ambientais que essas atividades produzem.²⁹

No que se refere à forma de organização da atenção, os profissionais da área parecem permanecer ainda presos às suas origens nos programas e nos centros de referência. Por isso, a opção pela atenção primária e sua rede capilar no território soa, em princípio, como assustadora. No entanto, o novo modo de funcionamento pode contribuir para a mudança de mentalidade da equipe de saúde, promovendo o exercício de uma escuta ampliada que inclua questões relativas ao trabalho e ao não-trabalho na abordagem da família.

Outro aspecto que merece ser pontuado é relativo às alianças a serem estabelecidas. No momento da fundação da área da Saúde do Trabalhador, era mais simples definir as posições diante do movimento sanitário e do movimento sindical. Havia uma aliança pertinente, clara e potente entre atores sociais comprometidos com a melhoria das condições de vida e saúde dos trabalhadores no âmbito dos serviços de saúde e da academia e com o movimento organizado de sindicatos de trabalhadores.

Na atualidade, não é mais possível identificar uma proposta única. Como diz Francisco de Oliveira⁴³, nessa conjuntura sociopolítica, a chamada flexibilização do contrato de trabalho significa uma informalização que penetra todas as ocupações, redefinindo por inteiro as relações de classe. Para o autor, "mais do que um mero jogo de palavras, a *informalização* é o trabalho 'sem forma' que se expande e, com isso, as relações entre classe, representação e política sofrem um intenso processo de erosão".

Nesse cenário, um caminho seguido desde o movimento sanitário é o da participação na construção das políticas de saúde. Como lembra Raichelis⁴⁴, desde a década de 1990, o campo das políticas sociais e da luta por direitos ficou muito mais complexo, especialmente se considerarmos que, apesar de "todos os desmontes e desmanches que têm atingido a esfera estatal, o Estado permanece sendo a forma mais efetiva de universalização dos direitos".

REFERÊNCIAS

1. Bourdieu P. Pierre Bourdieu. In : Ortiz R, organizador. Sociologia. São Paulo: Ática; 1983.
2. Wacquant LJD. O legado sociológico de Pierre Bourdieu: duas dimensões e uma nota pessoal. *Rev Sociol Polit.* 2002; (19):95-110.
3. Centro de Estudos de Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana. Política Nacional de Saúde do Trabalhador: análise e perspectivas. Rio de Janeiro: CETEH; 1986.
4. Mendes R, Dias, E. Da Medicina do Trabalho à Saúde do Trabalhador. *Rev Saúde Pública.* 1991; 25(5): 3-11.
5. Mendes R. Produção científica brasileira sobre saúde e trabalho publicada na forma de dissertações de Mestrado e teses de Doutorado, 1950-2002. Parte I: Bibliografia em ordem cronológica e alfabética. *Rev Bras Med Trab.* 2003; 1:87-118.
6. Minayo-Gomez C, Thedim-Costa SMF. A introdução das Ciências Sociais na produção de conhecimentos no âmbito da relação trabalho-saúde. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2003; 8(1):285-96.
7. Santana VS. Saúde do trabalhador no Brasil: pesquisa na pós-graduação. *Rev Saúde Pública.* 2006; 40(N Esp):101-11.
8. Vasconcellos LCF, Pignati WA. Medicina do Trabalho: subciência ou subserviência? Uma abordagem epistemológica. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2006; 11(4):1105-11.
9. Kuhn TS. The structure of scientific revolutions. Chicago and London: University of Chicago Press; 1970.
10. Nun J. O futuro do emprego e a tese da massa marginal. *Novos Estudos CEBRAP.* 2000 Mar; 56:46-52.
11. Deleuze G. Controle e devir. In: *Conversações: 1972-1990.* Rio de Janeiro: Ed. 34; 1992. p. 209-18.
12. Gomez CM, Lacaz FAC. Saúde do trabalhador: novas-velhas questões. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2005; 10(4):797-807.
13. Augusto LGS. O pragmatismo e o utilitarismo não resolveram, e agora? *Ciênc Saúde Coletiva.* 2005; 10(4):808-9.
14. Laurell AC, Noriega M. Processo de Produção e Saúde: trabalho e desgaste operário. São Paulo: Hucitec; 1989.
15. Lacaz FAC. Saúde do trabalhador: um estudo sobre as formações discursivas da Academia, dos Serviços e do Movimento Sindical [tese]. Campinas-SP: Universidade Estadual de Campinas-Unicamp; 1996.
16. Dias EC. Atenção à saúde dos trabalhadores no setor saúde (SUS), no Brasil: realidade, fantasia ou utopia? [Tese]. Campinas, SP: Departamento de Medicina Preventiva e Social FCM-UNICAMP; 1994.
17. Meiksins P. Trabalho e capital monopolista para os anos 90: uma resenha crítica do debate sobre o processo de trabalho. *Crítica marxista*, p. 107-117. [Citado em 2009 set. 10]. 2009. Disponível em: http://www.unicamp.br/cemarx/criticamarxista/3_Meiksins.pdf.
18. Braverman H. Trabalho e capital monopolista: a degradação do trabalho no século XX. Rio de Janeiro: Zahar; 1977.
19. Telles VS. Mutações do trabalho e experiência urbana. *Tempo Soc.* 2006 jun; 18(1):173-95.
20. Antunes R. Os sentidos do trabalho. São Paulo: Editora Boitempo; 1999.
21. Harvey DA. Condição pós-moderna: uma pesquisa sobre as origens da mudança cultural. São Paulo: Loyola; 1992.
22. Mello e Silva L, Nozaki WV, Puzone VF. O trabalho visto de baixo. *Tempo soc.* 2005; 17(2):351-79.
23. Nehmy R. O ideal do conhecimento codificado na sociedade da informação [tese]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2001.
24. Braga R. A vingança de Braverman: o infotaylorismo como contratempo. In: Antunes R, Braga R. (orgs). *Infoproletários: degradação real do trabalho virtual.* São Paulo: Boitempo; 2009. p. 59-88.
25. Negri A, Hardt M. Mutation d'activités, nouvelles formes d'organisations ; 1996. [Citado em 2009 out 15]. Disponível em http://www.dossie_negri.blogspot.com.br/.
26. Toni M. Visões sobre o trabalho em transformação. *Sociologias.* 2003; (9):246-86.
27. Vieira MCF. O trabalho domiciliar e sua relação com a saúde do trabalhador: uma revisão da literatura brasileira no período de 2000 a 2009 [dissertação]. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ; 2009.
28. Lavinas L, Sorj B, Barsted LL, Jorge A. Trabalho a domicílio: novas formas de contratualidade: texto para discussão nº 717. Rio de Janeiro: IPEA; 2000.
29. Diniz EPH, Assunção AA, Lima FPA. Por que os motociclistas profissionais se acidentam? Motociclistas profissionais, riscos de acidentes e estratégias de prevenção. *Rev Bras Saúde Ocup.* 2005; 30(111):41-50.
30. Novaes JRP, Conde F, Religare RM, Zeitone T. Jovens migrantes canavieiros: entre a enxada e o facão. Rio de Janeiro: Ibase; 2007. [Citado em 2009 out. 24]. Disponível em <http://www.ibase.br>.
31. Brasil. Ministério da Saúde. Lei 80.80. Legislação em Saúde: caderno de legislação em saúde do trabalhador. MS/SAS/DAPE. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
32. Brasil. Política Nacional de Saúde do Trabalhador. Brasília: Ministério da Previdência Social, Ministério do Trabalho e Ministério da Saúde; 2004.
33. Dias EC, Hoefel MGL. Desafio de implementar as ações de saúde do trabalhador no SUS: a estratégia da RENAST. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2005; 10(4):817-28.
34. Brasil, Ministério da Saúde. Portaria n. 2.728, de 11 de novembro de 2009. Dispõe sobre a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) e dá outras providências. [Citado em 2009 out. 10]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria_renast_2728.pdf.
35. Monken MB. O território na promoção e vigilância da saúde. In: Fonseca AF, Corbo A.(Orgs). O território e o processo saúde e doença. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ; 2007. p. 177-224.
36. Barcellos C. O território: entre o ambiente e a saúde: Debate sobre o artigo de Rigotto & Augusto. *Cad Saúde Pública.* 2007; 23(supl.4):S486-7.

37. Brissac N. Espaços estruturados e informes: São Paulo diante da globalização. São Paulo Perspec. 2000; 14(4):99-104.
38. Giddens A. As consequências da modernidade. São Paulo: UNESP; 1991.
39. Deleuze G, Guattari F. O Anti-Édipo: capitalismo e esquizofrenia. Lisboa: Assírio & Alvim; 1996.
40. Haesbaert R. Da desterritorialização à multiterritorialidade. Anais do X Encontro de Geógrafos da América Latina – 20 a 26 de março de 2005 – Universidade de São Paulo:
41. Anais do X Encontro de Geógrafos da América Latina. São Paulo: USP; 2005.
42. Haesbaert R, Bruce G. A desterritorialização na obra de Deleuze e Guattari. Meio eletrônico. [Citado em 2009 out. 10]. Disponível em: <http://letrasparaumrio.files.wordpress.com/2010/04/desterritorializacom.pdf>.
43. Reboratti CE. Una cuestión de escala: sociedad, ambiente, tiempo y territorio. Sociologias. 2001; (5):80-93.
44. Oliveira F. O momento Lênin. Relatório do Projeto Temático Fapesp. O Pensamento nas Rupturas da Política. Relatório Final. Centro de Estudos dos Direitos da Cidadania - Cenedic. São Paulo: FFLCH/USP; 2004.
45. Raichelis R. Gestão pública e a questão social na grande cidade. Lua Nova. 2006; 69:13-48.