

REFORMA SANITÁRIA E SAÚDE DO TRABALHADOR.

Francisco Antonio de Castro Lacaz*

RESUMO: Contemporânea do Movimento Sanitário brasileiro, a luta dos trabalhadores pela melhoria das condições e defesa da saúde no trabalho, não tem sido motivo de preocupação dos estudiosos da Reforma Sanitária. Por tratar-se de uma ação que envolve importantes categorias do movimento sindical e que aproximou setores intelectuais, técnicos, lideranças sindicais e trabalhadores, inspirada em influências do Modelo Operário Italiano que teve real importância na luta pela Reforma Sanitária naquele país, procura-se, neste ensaio, discutir criticamente a **ausência** da análise desta questão dentro da Reforma Sanitária, atentando para sua importância no que se refere à ampliação das suas bases sociais na medida em que, ao introduzir o elemento dos atores sociais, isto pode permitir pensar a superação de um "certo esgotamento" que hoje se aponta com respeito ao movimento pela Reforma Sanitária no Brasil.

A AUSÊNCIA DOS ATORES SOCIAIS

São cada vez mais freqüentes as publicações e estudos sobre a Reforma Sanitária brasileira: uns apontando suas origens, base social e semelhanças com processos correlatos ocorridos em outros países, particularmente a Itália. Outros, enfocando as dificuldades de concretizar-se enquanto política social e de **direitos** de cidadania que promova mudanças na organização dos serviços de saúde e em sua lógica de funcionamento. Além disso,

* Professor Assistente do Departamento de Medicina Preventiva da Escola Paulista de Medicina.
Médico Sanitarista, Diretor de Divisão do Centro de Vigilância Sanitária da SES-SP

tratam do modelo de gestão/participação social e da sua competência técnica e capacidade de hegemonizar o processo de construção do Sistema Único de Saúde (SUS), conforme preconizado pelo chamado Movimento Sanitário, articulação pluralista e suprapartidária que deu conformação técnico-política à proposta reformista.(1,2,3,4,5,6)

Outros mais, apontam sua fragilidade em função da ausência, ao longo do processo, da ampliação de sua base social, devido à prioridade dada à atuação a partir do **interior** do Aparelho de Estado e da burocracia estatal sem uma perspectiva de "quebra do estado", configurando o que se caracterizou, conforme OLIVEIRA(7) como Reforma Sanitária "pelo alto".

Ao lado de tecer considerações sobre os pontos acima, interessa assinalar nesta discussão a quase **ausência** na abordagem destas publicações do **processo** de acumulação de forças e de formulação teórico-prática elaborada pelo **movimento sindical** brasileiro o que COHN(8) quando analisa a literatura recente sobre o Movimento e a Reforma Sanitária considera também uma deficiência já que "...ainda continua a imperar o desconhecimento desses atores sociais, (...) qualificados pelos marcos teóricos de nível macro de análise, e **não** por suas **práticas concretas**". (grifos nossos)

Aqui se quer assinalar e chamar a atenção para o **processo** de acumulação de forças que a partir do final dos anos 70, o Movimento Sindical passa a protagonizar quando, de maneira explícita, assume como campo de luta, a questão das relações entre trabalho e saúde. Isto ocorre segundo duas estratégias: ao se articular **internamente** de maneira **supra-partidária** e **intersindical** e **externamente** numa aliança com setores intelectuais médios, criando um organismo que passa a desenvolver o papel de verdadeiro "intelectual

orgânico". Trata-se do Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde e dos Ambientes de Trabalho (DIESAT), modelo este resgatado da experiência histórica do próprio movimento sindical brasileiro e espelhado em organismo afim, o Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Sócio-Econômicos (DIEESE) que, conforme CHAIA⁽⁹⁾ "está ligado à **experiência** e ao aprendizado dos trabalhadores na **luta** sindical e refere-se à capacidade do **próprio** movimento sindical de engendrar uma instituição para a orientação **técnica** das ações sindicais, na **ausência** de uma estrutura partidária representativa ... e relacionado ao **projeto de intelectuais** (...) que, (...) passam a fazer diretamente a intermediação entre **ciência e classe**, produzindo conhecimento técnico para orientação da **prática** sindical" (grifos nossos) aspectos que o autor chama de "*racionalidade aprendida*" (pelos trabalhadores) e "*racionalidade aplicada*" (pelos técnicos envolvidos).

Por outro lado, o movimento sindical age dentro da mesma vertente quando procura avançar nas negociações com o empresariado, a partir do final de década de 70, **negando** a intervenção do Estado e perseguindo a prática das convenções e acordos coletivos de trabalho nos quais são introduzidas cláusulas acordadas que envolvem reivindicações referentes à organização nos locais de trabalho visando ao controle da nocividade e a defesa da saúde nos ambientes/locais de trabalho, ou quando cria assessorias técnicas sindicais para credenciar-se nos embates com o capital neste campo. Adotando esta prática, questiona a postura patronal no que se refere à manipulação de informações relativas às condições e ambientes de trabalho e sua repercussão sobre a saúde dos trabalhadores, mediante avaliações negociadas dessas condições/ambientes, tornando público o privado. Esta maneira de intervir e de atuar, como refere COSTA⁽¹⁰⁾, estaria a mostrar "... alguns exemplos de **articulação** técnico-política

que tornaram **extremamente elaborada** a defesa do poder salarial e da **cidadania** dos trabalhadores (como são os casos do DIEESE e do DIESAT)... o mesmo não poderia ser afirmado em relação à produção intelectual voltada para os movimentos sociais". (grifos nossos)

A ORIGEM COMUM E O DILEMA DA DEFICIENTE BASE SOCIAL

Quanto à sua origem e ancoramento social, os estudiosos da Reforma Sanitária têm apontado o importante papel desempenhado pela Academia, desde o final dos anos 70, particularmente a partir de formulações teórico-metodológicas desenvolvidas pelos Departamentos de Medicina Preventiva e Social que funcionaram como pólos irradiadores das propostas de Reforma da Saúde⁽¹¹⁾. Da mesma forma TEIXEIRA⁽¹²⁾ aponta a capacidade dos atores do movimento em buscar na conjuntura do final dos anos de ferro da década de 70 "soluções inovadoras" que, dentro ou fora das universidades propiciaram a criação de "centros de pesquisa em saúde coletiva (...) de uma entidade nacional, como o Centro Brasileiro de Estudos da Saúde ... a publicação de uma Revista *Saúde em Debate* e de vários livros, <e> as inúmeras conferências e debates respondiam às necessidades de difusão ideológica".

Percurso muito semelhante cursou o movimento sindical, quando promoveu as Semanas de Saúde do Trabalhador (SEMSATs), criou a revista *Trabalho & Saúde* e promoveu intenso debate mediante fóruns, seminários e encontros que visaram desmascarar a política de higiene e segurança do trabalho adotada pelo Estado, através do Ministério do Trabalho a qual teria levado à melhoria das condições de trabalho, expressa na queda dos acidentes de trabalho no país, a partir de meados dos 70.⁽¹³⁾

Como aspecto crítico do movimento pela Reforma Sanitária tem sido apontado sua pequena "base social". Poder-se-ia explicar essa restrita base social somente pela origem e procedência do Movimento Sanitário pela Reforma? Não é o que se constata ao se notar que as propostas programáticas em saúde do trabalhador na rede pública tiveram a mesma origem, diferindo quanto ao objetivo buscado, ou seja, sua principal relação é voltada e, mais do que isso, **compartilhada** ao nível de sua gestão com o ator social pretendido pela Reforma, ou seja, o "aliado potencial: o trabalhador adoecido no processo de produção"⁽¹⁴⁾, conforme postulava o movimento sanitário na ânsia discursiva pela ampliação de sua base e de novos aliados na sociedade.

Ocorre que tais origens **também** constituíram, os pilares, segundo aponta MENDES⁽¹⁵⁾, das formulações teórico-metodológicas e de formação de quadros, ambos provenientes dos Departamentos de Medicina Preventiva e Social das Faculdades de Medicina, o que já havia sido assinalado por TAMBELLINI⁽¹⁶⁾ (1984), que considera os Departamentos de Medicina Preventiva e Social o *locus* privilegiado de produção das principais contribuições quanto ao estudo das relações saúde-trabalho e processo saúde/doença.

Ressalte-se que isto se dá em confronto com a formulação "tradicional" oriunda do Departamento de Saúde Ambiental da Faculdade de Higiene e Saúde Pública de São Paulo e identificada com o campo da Medicina do Trabalho-Saúde Ocupacional.

As contribuições das "Medicinas Preventivas" subsidiam a incorporação pela rede pública de serviços de saúde, da atenção **programática** em saúde do trabalhador, instância que passa a ser a interlocutora privilegiada do movimento

sindical em sua aproximação com as questões relativas à saúde-trabalho^{**}, no seu caminhar rumo ao **rompimento** com o assistencialismo médico sindical, teimosa herança do Estado Novo getulista. Frise-se que esta transformação ocorre a partir do início dos anos 80 e que também passou **despercebida** dos teóricos da Reforma Sanitária. Tal fato é intrigante por si só, particularmente quando se constata que o Movimento Sindical assume a defesa da **saúde pública**, de um modelo **não-privatista** e de boa qualidade como **bandeira** - especialmente importantes categorias sindicais como químicos, bancários e metalúrgicos⁽¹⁷⁾ - apesar de, contraditoriamente, continuarem mantendo e garantindo nos seus acordos com os empresários "a assistência médica supletiva, oferecida pelo setor privado e principalmente pelas empresas de medicina de grupo".⁽¹⁸⁾

Por outro lado, é na vertente "tradicional" que se originam os subsídios que informam as propostas relativas aos serviços médicos de empresa (SMEs) caracterizados pela baixa cobertura e cuja prática anti-ética, voltada para os interesses empresariais, através de um estrito controle da força de trabalho^(19,20), passa a ser **desnudada** pela ação/denúncia dos Programas de Saúde dos Trabalhadores (PSTs). Hoje, existem claros exemplos de enfrentamento desta prática por parte dos sindicatos de trabalhadores, informados pelos PSTs, na sua luta por saúde no trabalho, os quais estão amplamente relatados no livro produzido pelo próprio movimento sindical através de pesquisa e edição do DIESAT⁽²¹⁾ publicado em 1989⁽²¹⁾. Assim, parece não ter a origem acadêmica influência sobre a base social das experiências no campo da saúde do trabalhador, na medida em que estas buscaram e tiveram como **razão** de sua existência o movimento social dos trabalhadores, apesar de terem surgido no bojo da mesma

^{**} Ver a respeito: Secretaria de Estado da Saúde/Instituto de Saúde/DIESAT - Sindicato dos Trabalhadores Químicos do ABCD: "Programa de Atenção à Saúde do Adulto-Projeto de Atenção à Saúde do Trabalhador Químico do ABCD", 1984, mimeo.

conjuntura em que se originou o próprio Movimento Sanitário. É notório que os programas implantados na rede pública sensibilizaram "corações e mentes" tanto de técnicos - chegando a congregar no PST criado pela Prefeitura do Município de São Paulo a partir de 1990, em suas unidades operacionais, os Centros de Referência de Saúde do Trabalhador, cerca de 300 profissionais das mais variadas formações em suas fileiras - quanto de **sindicalistas** ativos participantes dos colegiados de gestão/coordenação do Programa e dos Centros de Referência de Saúde do Trabalhador.

Pretende-se trazer também ao debate atual, a partir da análise das práticas em saúde e trabalho, outro tema caro ao movimento da Reforma Sanitária, o qual nas experiências desenvolvidas na rede pública de serviços de saúde - estadual ou municipal - que ficaram conhecidas como os Programas de Saúde do Trabalhador; passa a assumir concreta e real importância, isto é, a introdução de novas formas de organização/atuação do trabalho em saúde, procurando romper com a hegemonia médica numa perspectiva de reversão do modelo médico-cêntrico, ao enfatizar a atuação em equipe e a educação em saúde como elemento de busca da "consciência sanitária". Paralelamente prioriza a troca de saberes entre: "coletivo/médico-sanitário" e "clientela-usuária/trabalhadora-cidadã", apreendida pelo serviço em sua inserção social pelo vetor da produção, (e não pelo consumo, como é costumeiro nos serviços de saúde) ao lado de coletivizar as experiências particulares e dinamizar as tarefas da equipe de saúde, aliando o atendimento individual à intervenção sobre os ambientes de trabalho mediante ações de vigilância nos locais de trabalho de caráter multi-profissional e dando concretude às vivências individualizadas no momento da história profissional. Esta prática evidencia um elemento importante que é salientado no "revisonismo" expresso hoje sobre a Reforma Sanitária, conforme a observação de FLEURY(22)

"... ao não **questionar** o modelo médico de atenção à saúde, o projeto reformador acaba por perder o seu conteúdo de radicalidade democrática, de desalienação, para **enquadrar-se** como razão administrativa que, destematizando a potencialidade política e conflitiva deste processo, acaba por acarretar a **passividade** consumista dos 'cidadãos'". (grifos nossos)

AS LACUNAS E DESAFIOS A ENFRENTAR

Para além de constatar-se um certo esgotamento da Reforma Sanitária brasileira na sua atualidade, conforme apontam COHN⁽²³⁾ e FLEURY⁽²⁴⁾ buscase, aqui, assumir a aceitação ao repto das autoras, ou seja, colocar em pauta uma reflexão no sentido de "... buscar novos caminhos e novas questões que possibilitem alimentar o potencial (...) desse campo"⁽²⁵⁾, procurando demonstrar que no campo das relações saúde-trabalho têm-se produzido "... modelos de práticas (...) para **além dos organizacionais...**" (grifos nossos) Aqui está se falando da incorporação de novas maneiras de gestão/controle dentro dos PSTs, (tema que necessita ser melhor explorado empiricamente numa perspectiva de se procurar estudar as experiências concretas de gestão/participação ocorridas nos PSTs no Estado de São Paulo) ao prever os conselhos intersindicais de coordenação e gerenciamento na condução de seus rumos e ao inovar na composição das equipes de trabalho quando incorpora o "agente sindical de saúde" como elemento ao mesmo tempo de legitimação e de controle social da proposta ao nível dos serviços de saúde do trabalhador^(26,27), num exercício de gestão do público pela sociedade que, guardadas as devidas proporções, se aproxima da "democracia de massas" proposta na "guerra de posição", como estratégia preconizada na "quebra do estado" e que pode recolocar, ou colocar em outros

termos, a discussão da "reforma pelo alto"(28).

No que se refere às semelhanças com processos correlatos como a experiência da Reforma Sanitária italiana cujas características importantes foram: ter contado com uma ampla base social de apoio, que coroou todo um processo de arregimentação de forças políticas hegemônico pelos partidos políticos de esquerda, tendo à frente o ex-Partido Comunista Italiano (PCI) que traça como eixo condutor principal a luta pela saúde nas fábricas, através do controle das condições insalubres e nocivas de trabalho no sentido da superação da "monetização do risco", conforme acontecia no período fascista e no imediato pós-guerra dentro da lógica capitalista de relações capital-trabalho; muito pouco é discutido pelos estudos sobre a Reforma Sanitária no Brasil quanto à luta semelhante empreendida pelo movimento sindical brasileiro na consolidação de um projeto que já dura mais de quinze anos. Este aspecto é outro fator de estranhamento já que, saliente-se, originou-se contemporaneamente ao movimento sanitário, tendo durante algum tempo contado com o envolvimento de intelectuais engajados no trabalho de consolidação da proposta do Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (CEBES) organismo este apontado como o espaço privilegiado de articulação da sociedade civil no debate e discussão dos pressupostos da Reforma Sanitária entre nós(29,30).

Neste momento, o que se pretende é apontar para esta lacuna dentro dos estudos sobre a Reforma no Brasil e levantar questões que possam contribuir para a colocação em análise do caminho trilhado pelo movimento sindical desde 1977 quando, ao engendrar uma solidariedade com intelectuais oriundos do movimento sanitário traça a estratégia de se aparelhar para a luta pela saúde nos locais de trabalho(31), criando a Comissão Intersindical de Saúde e Trabalho

(CISAT) em 1978 a qual irá realizar e coordenar encontros, debates, seminários e as Semanas de Saúde dos Trabalhadores (SEMSATs) marcos históricos da articulação entre o movimento sindical e setores médios representados por intelectuais, técnicos e acadêmicos, reproduzindo, de certa forma, o papel desempenhado pelo bloco de partidos de esquerda na experiência da Reforma italiana⁽³²⁾ e colocando na cena política, bem como nas páginas dos principais jornais da grande imprensa, para o conhecimento da opinião pública, ainda durante os "anos de ferro", a discussão das reais condições de exploração do trabalho durante o regime militar e o chamado "Milagre Brasileiro" e seus reflexos sobre a saúde das classes trabalhadoras⁽³³⁾.

O que levou a que esta contemporaneidade fosse "**esquecida**" nas análises sobre a Reforma Sanitária? Ainda mais sabendo-se que o movimento empreendido pelos sindicatos de trabalhadores inspirava-se claramente na experiência italiana, instigado que fora pela publicação do livro de GIOVANI BERLINGUER denominado **MEDICINA E POLÍTICA**⁽³⁴⁾, no ano de 1978 e que teve grande influência sobre intelectuais e sindicalistas engajados neste projeto é outra questão que merece reflexão, mesmo que tardia. Uma das explicações talvez esteja na observação de FLEURY⁽³⁵⁾ quando comenta que a estratégia reformista "Ao remeter a questão do poder ao nível do Estado, da sua institucionalidade legal e burocrática, acabou-se **esquecendo** que sua **origem** está na **sociedade**, na **correlação de forças** que fundamenta e reproduz o pacto de dominação". (grifos nossos) Neste sentido os PSTs configuram um modelo de relação dialética entre a **reprodução** e a **produção** já que articulam numa mesma prática a **assistência** e a **vigilância** - rompendo uma limitação "cultural-estrutural" do "setor" saúde que é o seu **alheamento** do mundo do trabalho e da produção, ao não transpor os muros da fábrica - numa perspectiva de tornar público o que é privado. Tal prática tem

contribuído inclusive para uma mudança da tendência das estatísticas de doenças do trabalho em São Paulo e mesmo do perfil epidemiológico dos diagnósticos das doenças relacionadas com o trabalho(36,37,38,39,40).

Assim, parece cada vez mais claro que não se pode abstrair destes aspectos em qualquer avaliação que se pretenda fazer das relações entre Reforma Sanitária e movimentos sociais quanto ao seu potencial de "alavancar" o acesso a direitos de cidadania como a saúde, já que, num processo de transição democrática e de possibilidade de superação do atual bloco de poder é "... bastante improvável que o avanço da **cidadania** tenha ocorrido **sem** que a classe trabalhadora trouxesse para seu campo de idéias a compreensão de questões tópicas ou 'técnicas' ligadas (...) às leis de proteção ao trabalho..."(41) como aconteceu, por exemplo, na luta dos trabalhadores italianos no campo da saúde e trabalho, a qual trouxe uma apreensão totalmente renovadora da relação entre leis sociais, **trabalho, ambiente e saúde**(42,43) e que começa a ter expressão entre nós na abordagem desenvolvida pelas entidades de assessoria intersindical e de sindicatos individualmente, na medida em que passam a valorizar e associar a luta por um ambiente saudável com a luta por condições e ambientes de trabalho também salubres(44,45,46). Esta temática tem sido pouco explorada nas publicações recentes, particularmente quando se observa a relativa abundância de estudos sobre a importância dos Movimentos Populares de Saúde (MOPS) na pressão por conquistas no campo da saúde pública, especialmente quando se considera sua fragilidade estrutural.(47)

Percebe-se, pois, que existe um **divórcio** entre o caminhar do Movimento e da Reforma Sanitária e o Movimento dos Trabalhadores pela **saúde no trabalho**, veio riquíssimo de estudos ainda a ser explorado em várias vertentes

e perspectivas. Não se pode afirmar que a **teoria** da Reforma Sanitária **nega** o papel do movimento sindical na luta pela saúde no trabalho, mas a pouca ênfase temática dada a ela nos estudos mais importantes já referidos, coloca este desafio à nossa frente e algumas questões são pertinentes no momento. Dentre elas é mister destacar:

que atores sociais é necessário ter como parceiros na superação dos limites hoje dados ao projeto reformista?

Não resta dúvida que a discussão com o movimento sindical das experiências dos PSTs como modelos embrionários de implantação dos pressupostos da Reforma quanto à gestão/participação, criação de uma "consciência sanitária" e intervenção na produção pela ótica da saúde são aspectos a se explorar.

O projeto de Reforma "pelo alto" **preteriu** a importância da atuação sindical pela saúde no trabalho, já que ela existe e se expressa concretamente no avanço das cláusulas dos contratos de trabalho, no intersindicalismo do DIESAT, nas assessorias técnicas intra-sindicais e na participação gestora dos PSTs, muitas vezes complexa e conflitiva, como forma de interlocução com o saber instituído e o aparelho de estado.

Tais experiências abrem a possibilidade de se ousar reverter o modelo médico-cêntrico em função de gestão/controle social da atuação técnica, diferentemente do estímulo ao consumo medicalizante **exigido** pelas massas/maiorias silenciosas.(48)

As experiências programáticas e a formulação teórico-metodológica da

saúde e trabalho-saúde do trabalhador que lhe dá sustentação *vis à vis* a abordagem hegemônica da medicina do trabalho-saúde ocupacional permitiriam pensar na possibilidade de seu desdobramento como um dos pilares da Reforma Sanitária em algumas regiões como o Estado de São Paulo, o que dialeticamente também engloba suas dificuldades estruturais, na perspectiva do avanço da ação sindical em saúde no trabalho entre nós, particularmente se for considerada a falta de propostas orgânicas mais acabadas das Centrais Sindicais (e mesmo posturas contrárias à defesa do setor público) e dos partidos políticos de esquerda que configurem um Programa Mínimo para a área neste "bloco histórico", superando a Reforma "pelo alto", questão esta que está a comportar análises e estudos mais específicos os quais, ao serem desenvolvidos, viriam preencher uma lacuna importante que poderia contribuir para maior interlocução entre Reforma Sanitária e movimento social pela saúde.

Finalmente, é fundamental também considerar o papel que terão as propostas aprovadas pela Plenária da II Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador realizada de 13-16 de março de 1994 -- apesar da ausência de reflexões e propostas orgânicas dos "setores populares" que refletissem posições e linhas de condução política claras e nitidamente definidas, mesmo que conflitantes - dentro do espaço privilegiado do debate político de consolidação do SUS e como fator de aprofundamento da discussão dos entraves e dificuldades identificados, ao nível dos órgãos de estado que atuam no campo da Saúde e Trabalho ainda hegemônico pela área do Trabalho e Previdência Social. Trata-se, particularmente, de analisar as perspectivas de se viabilizar "A construção e consolidação do SUS <contemplando> a **totalidade** das ações de saúde dos trabalhadores, ações estas que envolvem a **promoção** da saúde, a **pesquisa**, a **vigilância**, a **assistência** e a **reabilitação**, que ainda se encontram distribuídas em

diversos Ministérios (Previdência, Saúde e Trabalho)""(49,50) numa perspectiva de superação das dificuldades e desafios antepostos ao avanço e à consolidação da SAÚDE DO TRABALHADOR enquanto agente de mudanças no quadro institucional da "política na e da saúde coletiva" entre nós.

Esta preocupação torna-se especialmente importante e verdadeira ao se tomar conhecimento das propostas de mudança constitucional defendidas por setores conservadores do Congresso Nacional -- que representam os interesses empresariais tanto no campo da saúde como do capital industrial e financeiro -- as quais objetivam claramente atingir o âmago da proposta do Sistema Único de Saúde e da Previdência Social, numa tentativa de desfigurar a universalidade, a unicidade e o comando único, além da apropriação do seguro de acidente de trabalho e da retirada da saúde do trabalhador como atribuição do SUS. Tal escalada torna-se mais perigosa se atentar-se para o fato de que pode estar sendo apoiada por "setores da corporação sindical, principalmente o **sindicalismo de resultados** e setores do corporativismo institucional(...) ligados ao Ministério do Trabalho e (...)da Previdência Social, ansiosos por se livrarem dos dispositivos democráticos de controle social...que são princípios do SUS..."(51) e que, frise-se, já em 1986 norteavam a elaboração das propostas de gestão e de prática dos Programas de Saúde dos Trabalhadores na rede pública de serviços de saúde.

A isto se soma a forma de condução da municipalização da saúde, a qual, "... como está sendo implementada **não constrói** com nitidez imediata as bases do SUS, funcionando mais como um processo simultâneo de desconcentração de recursos financeiros e disseminação do atendimento em unidades básicas de saúde"(52), além de não garantir a hegemonia do modelo calcado nos serviços públicos, quando em meio à brutal crise fiscal por que passa o

Estado brasileiro, busca-se na privatização/terceirização da rede de saúde municipal a "saída" para a superação de sua deficiência financeira e técnico-administrativa. Mais ainda, conforme constatam HEIMANN e cols.⁽⁵³⁾ existe uma tendência de que, em São Paulo, a participação do movimento social no processo de municipalização, onde ocorre, dá-se por indicação de sindicatos de trabalhadores, que reivindicam demandas pontuais sobre problemas ocorridos no processo de trabalho, de caráter fiscalizador, ou médico-assistencial. Esta tendência aponta para a necessidade de se estabelecer uma articulação mais ampla, se a perspectiva é de definir propostas relativas à **política de saúde** como um todo e não apenas àquela de saúde do trabalhador.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. TEIXEIRA, S.F. et al. - Antecedentes da reforma sanitária, Rio de Janeiro, FIOCRUZ/ENSP, 1988a. [mimeo]
2. TEIXEIRA, S.F. org. - *Reforma sanitária: em busca de uma teoria*. São Paulo, Cortez Editora/ABRASCO, 1989.
3. FLEURY, S. - Democracia e saúde: algumas considerações políticas, In: Fleury, S. org. *Saúde: coletiva? Questionando a onnipotência do social*. Rio de Janeiro, Relume-Dumará, 1992.
4. BERLINGUER, G. et al. *Reforma sanitária: Itália e Brasil*, São Paulo, HUCITEC-CEBES, 1988.
5. COSTA, N.R. Transição e movimentos sociais: contribuição ao debate da Reforma Sanitária. In Costa, N.R.; Minayo, C.S.; Ramos, C.L.; e Stotz, E.N.;orgs. *Demandas populares: políticas públicas e saúde*. Petrópolis, VOZES/ABRASCO, 1989. v.1
6. CAMPOS, G.W.S. *Reforma da reforma: repensando a saúde*, São Paulo, HUCITEC, 1992.

7. OLIVEIRA, J.A. Reformas e reformismos: para uma teoria política da reforma sanitária (ou, reflexões sobre a reforma sanitária de uma perspectiva popular), In Costa, N.R.; Minayo, M.C.S.; Ramos, C.L.; Stotz, E.N., orgs. *Demandas Populares: políticas públicas e saúde*. Petrópolis, Vozes/ABRASCO, 1989. v.1
8. COHN, A. Conhecimento e prática em saúde coletiva: o desafio permanente, *Saúde e Soc.* 1/2: 97-109, 1992.
9. CHAIA, M.W. *Intelectuais e sindicalistas: a experiência do DIEESE (1955-1990)*. São Paulo, Humanidades, 1992.
10. COSTA, N.R. - op. cit. p. 62.
11. ESCOREL, S. Reviravolta na saúde: origens e articulações do movimento sanitário. Rio de Janeiro, 1987. [Dissertação de Mestrado, Escola Nacional de Saúde Pública]
12. TEIXEIRA, S.F. O dilema da reforma sanitária, In: Berlinguer, G. et al. *Reforma sanitária Itália e Brasil*. São Paulo, HUCITEC-CEBES, 1988b.
13. RIBEIRO, H.P. & LACAZ, F.A.C., orgs. *De que adoecem e morrem os trabalhadores*. São Paulo, IMESP/DIESAT, 1985.
14. TEIXEIRA, S.F. op. cit., 1988b, p. 198
15. MENDES, R. Doutrina e prática da integração da saúde ocupacional no setor saúde: contribuição para a definição de uma política. São Paulo, 1986. [Tese de Livre Docência, Faculdade de Saúde Pública da USP]
16. TAMBELLINI, A.T. *A política de desenvolvimento científico e tecnológico no Brasil na área de saúde e trabalho: discurso e prática*. Rio de Janeiro, ABRASCO, 1984.
17. RIBEIRO e LACAZ, op. cit.
18. RÊGO, M.A.V. A saúde do trabalhador no âmbito estadual. (Texto apresentado, em versão preliminar, no Encontro: A Saúde do Trabalhador na Atual Conjuntura Sanitária Brasileira, Brasília, D.F, 1993. [mimeografado])

19. MENDES, op. cit.
20. MENDES, R. Subsídios para um debate em torno da revisão do atual modelo de organização da saúde ocupacional no Brasil, *Rev. Bras. Saúde Ocup.*, 16(64): 7-25, 1988.
21. DIESAT. *Insalubridade: morte lenta no trabalho*. São Paulo, DIESAT-OBORÉ, 1989. pt.2
22. FLEURY op. cit., p. 10.
23. COHN op. cit.
24. FLEURY op. cit.
25. COHN op. cit., 106.
26. BOTELHO, Z.G.A. et al. Avaliação qualitativa de alguns aspectos organizacionais do programa de atenção ao adulto: projeto de atenção à saúde do trabalhador químico do ABC' em duas unidades básicas; relatório de pesquisa-CNPq, São Paulo, 1987. [mimeografado]
27. LACAZ, F.A.C. O Programa de Saúde do Trabalhador da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo:a agonia de uma proposta, *Saúde em Deb.* 36: 41-7, 1992.
28. OLIVEIRA op. cit.
29. TEIXEIRA op. cit. 1988a.
30. ESCOREL, S. Saúde uma questão nacional, In Teixeira, S.F., org. *Reforma sanitária: em busca de uma teoria*. São Paulo, Cortez Editora/ABRASCO, 1989.
31. LACAZ, F.A.C. Saúde no trabalho. São Paulo, 1983. [Dissertação de Mestrado, Faculdade de Medicina da USP]
32. BERLINGUER op. cit. 1988a.
33. RIBEIRO e LACAZ op. cit.

34. BERLINGUER, G. *Medicina e política*. São Paulo, HUCITEC/CEBES, 1978.
35. FLEURY op. cit. p.10.
36. DIESAT op. cit.
37. STOTZ, E.N. & CRUZ NETO, O. Processo de trabalho e saúde: o caso dos trabalhadores em curtume, In Costa, N.R. et al. *Demandas populares, políticas públicas e saúde*. Petrópolis, Vozes/ABRASCO, 1989. v.2
38. CAMPOS op.cit.
39. LACAZ op. cit., 1992.
40. MENDES, E.V. org. *Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*, São Paulo, HUCITEC/ABRASCO, 1993
41. COSTA op. cit., p. 62.
42. BERLINGUER op. cit., 1978.
43. ODDONE, I. et al. *Ambiente de trabalho: a luta dos trabalhadores pela saúde*. São Paulo, HUCITEC, 1986.
44. DIESAT op. cit.
45. INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE NO TRABALHO (INST). Central Única dos Trabalhadores (CUT) - *Risco ambiental-roteiros para avaliação das condições de vida e de trabalho em 3 regiões: ABC/SP, Belo Horizonte e Vale do Aço/MG e Recôncavo Baiano/Ba*, 1992.
46. SEMINÁRIO INDÚSTRIA QUÍMICA NO ANO 2000: DESAFIOS E PERSPECTIVAS, Santo André, SP, 1992. *Trabalho, saúde e meio ambiente*. Santo André, Sindicato dos Químicos do ABC, s.d.
47. COSTA op. cit.
48. BAUDRILLARD, J. *À sombra das maiorias silenciosas: o fim do social e o surgimento das massas*. 3ª. ed. São Paulo, Editora Brasiliense, 1993.

49. CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR, 2ª Brasília, 1994. Relatório Final. Brasília, Ministério da Saúde/Conselho Nacional de Saúde, 1994.
50. NASCIMENTO, P.R. Implantar o idealizado para o SUS. *Trabalho & Saúde*, 14(35):11-2, 1994.
51. BRITO, I.F. et al. O nada discreto charme da revisão constitucional e o Sistema Único de Saúde, *Saúde em Deb.* 40: 13-6, 1993.
52. HEIMANN, L.S. et al. *O município e a saúde*. São Paulo, HUCITEC, 1992,
53. HEIMANN op. cit.