

Análise comparativa dos dispositivos de saúde do trabalhador nas constituições estaduais brasileiras

Workers' health in Brazilian state constitutions: a comparative analysis

Maria Helena Barros de Oliveira ¹

Luiz Sérgio Brandão de Oliveira ²

Fátima Sueli Neto Ribeiro ³

Luiz Carlos Fadel de Vasconcellos ⁴

¹ Centro de Estudos da Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana, Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz, Rua Leopoldo Bulhões 1480, Rio de Janeiro, RJ 21041-210, Brasil.

² Delegacia Regional do Trabalho do Rio de Janeiro, Av. Presidente Antônio Carlos 251/10º andar, Rio de Janeiro, RJ 20020-000, Brasil.

³ Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rua São Francisco Xavier 524/12º andar, Rio de Janeiro, RJ 20550-013, Brasil.

⁴ Programa de Saúde do Trabalhador, Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro, Rua México 128, sala 419, Rio de Janeiro, RJ 20031-142, Brasil.

Abstract *This article briefly analyzes the legal measures related to workers' health in the various Brazilian state constitutions. It makes a qualitative and quantitative comparison of the different provisions based on the presence, weight, and relevance ascribed to the issue, using predefined attributes: statement of guidelines; production, control, and utilization of information; labor intervention; guarantee of rights. The analysis showed legislators' intent to allocate power to the Unified Health System in the field of workers' health so as to allow for new practices in this area.*

Key words *Workers' Health; Legislation ; State Constitution; Health Systems*

Resumo *O presente artigo trata de uma análise sumária dos dispositivos legais relacionados à área de Saúde do Trabalhador, encontrados nas Constituições dos Estados Brasileiros. Compara, de forma qualitativa e quantitativa, os diversos dispositivos, segundo sua presença, abrangência e importância, mediante a adoção de critérios preestabelecidos de análise em quatro grupos de atributos: estabelecimento de diretrizes/geração, controle e utilização de informações/intervenção sobre os ambientes de trabalho/garantia de direitos de cidadania. A análise evidenciou a intenção do legislador de conferir ao Sistema Único de Saúde atribuições em Saúde do Trabalhador, possibilitando a implementação de novas práticas.*

Palavras-chave *Saúde do Trabalhador; Legislação; Constituição Estadual; Sistemas de Saúde*

Introdução

A área de Saúde do Trabalhador, por suas características estruturais e de inter-relação, alicerça-se numa dinâmica que envolve diversos atores sociais, especialmente do movimento organizado dos trabalhadores e das instituições que tratam das especificidades da questão.

O período que antecedeu o processo constituinte de 1986-1988, no contexto do Movimento pela Reforma Sanitária, foi marcado por uma intensa mobilização desses atores, cuja expressão maior foi a realização, em 1986, da I Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador. Calcadas na necessidade inquestionável de transformação do setor, as teses e propostas formuladas em nível nacional apontavam para a redefinição da área e sua incorporação ao nascente Sistema Único de Saúde (SUS).

Levadas ao processo constituinte, a síntese dessas propostas foi traduzida na Constituição Federal de 1988, em seu capítulo da saúde, pela determinação ao Sistema Único de Saúde – SUS da execução de ações de Saúde do Trabalhador:

"Art. 200. Ao Sistema Único de Saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei: (...)

II – executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador" (Brasil, 1988).

Refletiu, desta forma, a intencionalidade da Assembléia Nacional Constituinte de redefinir essas questões, ao nível do Estado, remetendo às constituições estaduais e à legislação ordinária de saúde sua regulamentação.

Ao se adequarem ao preceito de Saúde do Trabalhador da Constituição Federal, as constituições estaduais de 1989, em sua maioria, embora tenham estabelecido seus dispositivos de forma diversa, conferiram ao SUS a capacidade de imprimir à área uma sustentação legal do processo de transformação de suas práticas.

A aproximação entre os caracteres da lei e da política dela decorrente, efetivamente implementada, leva a supor que, em especial, essas leis específicas possuíam (e possuem) uma capacidade de servir como real instrumento de mudança.

A correlação de forças presentes no momento constituinte, propiciando a construção das novas legislações de Saúde do Trabalhador, contidas em diversas constituições estaduais, conferiu-lhes um papel instigante no sentido da transformação, levando a crer que a incorporação das ações de Saúde do Trabalhador no SUS pode contribuir para a superação do mo-

delo político-institucional existente na área (Vasconcellos, 1994).

A comparação das constituições estaduais, objeto deste trabalho, pretende contribuir para uma discussão que carece de reflexões teóricas sobre o papel do SUS na área de Saúde do Trabalhador, dentro da nova configuração legal.

Questões como a capacidade de implementar políticas públicas, seus desdobramentos no campo das práticas e, no seu ponto mais crítico, o conflito de atribuições, na esfera das instituições públicas, remetem à necessidade de aprofundamento da análise dos instrumentos normativos. Oliveira (1994:218) realça o debate ao assinalar: *"o conflito contemporâneo travado entre os setores do trabalho e da saúde é, assim, sob determinado aspecto, uma batalha no campo do direito, pelo reconhecimento de fato, do setor saúde intervir ampla e ativamente sobre os ambientes de trabalho"*.

A concepção do Sistema Único de Saúde, ao adotar os princípios de unicidade e descentralização, desconcentrando poder e viabilizando instâncias de controle social, expressou a inadequação do modelo anterior da saúde, no Brasil. Da mesma forma, a área de Saúde do Trabalhador, no seu contingente legislativo, simultaneamente à reforma da área de saúde, sinalizou para a necessidade de ruptura com o modelo preestabelecido ao SUS.

As características da área, no modelo anterior ao SUS, foram analisadas e discutidas por diversos autores (Mendes, 1986; Tambellini, 1986; Oliveira & Vasconcellos, 1992; Vasconcellos, 1994; Oliveira, 1994; Dias, 1995) e têm como pontos críticos, e comprometedores, a fragmentação institucional, a marginalidade da área no campo das políticas públicas, o alijamento dos trabalhadores dos processos de intervenção e, entre outros, a falácia das informações.

O processo constituinte estadual

A diversidade da forma como está expressa a questão da Saúde do Trabalhador nos textos constitucionais de cada estado brasileiro faz supor que, no momento da constituinte estadual, havia uma dada conjuntura política favorável ou não a sua incorporação na lei, gerando embates entre setores mais sintonizados com a necessidade de transformação da área, e outros, mais conservadores ou, ainda, menos sensibilizados com a reforma.

Conteúdo e forma da letra da lei, nas constituições estaduais, e diferenças marcantes entre elas levam, também, a supor uma dificulda-

de de percepção, por parte dos constituintes estaduais, do alcance e abrangência da questão. O fato de que o processo de regulamentação da Constituição Federal, no que diz respeito ao capítulo da saúde, ou seja, a Lei Orgânica da Saúde – LOS –, tenha ocorrido posteriormente (1990) à promulgação das constituições estaduais (1989), certamente contribuiu para reforçar esta suposição.

É muito provável que os dispositivos referentes à Saúde do Trabalhador na LOS, caso esta tivesse sido promulgada antes, pudessem ter servido aos parlamentares como parâmetro de discussão à época da constituinte estadual, uma vez que foi naquela, em seu artigo sexto, parágrafo terceiro (MS, 1990), que se definiu a área de Saúde do Trabalhador do ponto de vista do seu conceito e de sua abrangência de ações.

Recuperar o processo de discussão travado nas constituintes estaduais, para compreender por que algumas constituições sequer mencionam a questão de Saúde do Trabalhador (algumas o fazem de forma tímida e outras de forma mais incisiva) é tarefa extremamente difícil, devido à parcialidade dos registros documentais. Acrescente-se o fato de não se ter registrado todo o movimento de articulação de forças políticas em decorrência de *lobbies* e assessorias técnicas no momento constituinte. Há, ainda, que se destacar a dificuldade de acesso à documentação existente sobre o processo constituinte, comprovada por tentativas frustradas dos autores, neste sentido, em algumas Assembléias Legislativas Estaduais.

É evidente que uma série de fatores levou os constituintes de alguns estados a se omitirem quanto à Saúde do Trabalhador, deixando de atender, inclusive, a diretriz bem assinalada pela Constituição Federal no sentido da incorporação da área pelo SUS.

Certamente, um desses fatores, que já aflorara no processo constituinte federal, foi a tentativa de manter a hegemonia da intervenção sobre os processos de produção, quanto à segurança e à saúde, na esfera do setor Trabalho. Tratava-se, portanto, de preservar a área de Saúde do Trabalhador fora do campo de abrangência do setor Saúde. A sujeição da relação capital/trabalho a um novo campo de intervenção do setor social poderia expor e tornar mais vulneráveis os processos produtivos causadores de danos à saúde, na medida de sua abordagem diferenciada, sob os pressupostos de controle sanitário, emergente de um projeto societário participativo, como foi o caso do Movimento pela Reforma Sanitária.

Cabe ressaltar que, por parte do movimento sindical, salvo exceções, a luta pela Saúde do

Trabalhador não era à época, como ainda não é, uma questão que ocupasse lugar destacado em seu rol de preocupações. É possível, portanto, que esse fato tenha sido responsável por uma pressão social insuficientemente capaz de tornar a correlação de forças mais favorável à questão.

Em função das dificuldades em se resgatar a totalidade das motivações, objetivas e subjetivas, dos parlamentares, no momento legislador, é crível que muito da omissão, timidez ou ousadia do legislador foi fruto da correlação de forças estabelecida no processo constituinte, cuja expressão retrata a predominância de uma ou outra vertente partidária nas comissões de saúde.

Analisando as constituições estaduais

Devido às dificuldades antes descritas, no que tange ao levantamento de informações capazes de retratar a dinâmica do processo optou-se por trabalhar com o produto final das discussões, ou seja, a própria Constituição Estadual no seu capítulo da saúde. Pela forma como estão ou não colocadas as questões de Saúde do Trabalhador na lei, evidenciaram-se os pontos que, abaixo discriminados, consignam o escopo deste trabalho:

- a delimitação da área de abrangência das questões de Saúde do Trabalhador, a partir da análise do capítulo da saúde nas constituições estaduais;
- a identificação dos estados em que a legislação foi considerada mais avançada por conter um maior número de atributos em relação à área, como também pela qualidade das citações referidas e
- a elaboração de uma análise comparativa entre os estados, possibilitando sua utilização como instrumento de intervenção na área e como “modelo” para discussões posteriores.

Metodologia empregada

Para analisar as constituições, buscou-se, inicialmente, definir o que pode ser considerado como “essência da área”. Para tanto, foram utilizados os preceitos definidos na LOS, aos quais se agregou o próprio entendimento dos autores, fundamentado em sua experiência acumulada na questão.

Especificamente, foi considerado como essência da área um conjunto de atributos capazes de conferir ao SUS uma ampla gama de atuação que desse conta da sua complexidade.

Partindo da idéia principal, contida em cada um dos atributos, foi possível reuni-los em quatro grupos, conforme está demonstrado na Tabela 1.

Os atributos, em número de vinte, foram agrupados em função da similaridade de seus objetivos e algumas características comuns, tais como a sua abrangência e a provável consequência no caso da sua implementação.

Cada um dos atributos foi definido e agrupado após o exame detalhado de todos os dispositivos constitucionais de cada um dos estados. É importante assinalar que o tipo de dispositivo – artigo, parágrafo, inciso e alínea –, embora demarcando a importância conferida pelos constituintes, segundo o tema a que se refere, demonstra a intenção de se conferir um grau hierárquico de importância ao dispositivo; na verdade, do ponto de vista da sua aplicabilidade, seja qual for o seu tipo, a força da lei é igual em todos.

Assim, todos os dispositivos – artigo, parágrafo, inciso e alínea – foram considerados de forma igualitária e mesmo peso de valoração, independentemente do tipo.

Uma primeira aproximação quantitativa foi efetuada, correlacionando-se o número total de dispositivos de Saúde do Trabalhador ao número total de dispositivos no capítulo da saúde de cada uma das constituições estaduais, conforme demonstra a Figura 1.

Após essa etapa, cada um dos dispositivos referentes à Saúde do Trabalhador, registrados na Figura 1, foi avaliado qualitativamente, sendo classificado como de citação direta ou indireta, segundo sua referência explícita ou não à essência da área, nos moldes do considerado no quadro de atributos (Tabela 1).

Nos dispositivos em que houve dificuldade para diferenciar-se a citação, se direta ou indireta, tentou-se recuperar a informação mais fidedigna em outros dispositivos. Se, ainda assim, houve persistência da dúvida, considerou-se o dispositivo como sendo de citação indireta.

A forma como esses dispositivos foram expressos, direta ou indiretamente, delimitou perfis de competência legal diferentes e conferiu atributos diversos aos Estados da federação, com uma maior ou menor amplitude.

Tabela 1

Essência da área de Saúde do Trabalhador, segundo atributos preestabelecidos.

Atributos	Grupos
1 – Formulação de políticas 2 – Criação de sistemas, programas e planos de saúde do trabalhador 3 – Execução das ações de Saúde do Trabalhador 4 – Normatização	I – Estabelecimento de diretrizes para a área
5 – Notificação compulsória 6 – Organização e registro de informações 7 – Estudo e pesquisa	II – Geração, controle e utilização de informações
8 – Controle de condições, dos processos e organização dos ambientes de trabalho 9 – Fiscalização/Inspeção 10 – Eliminação de riscos 11 – Prevenção 12 – Intervenção do local de trabalho 13 – Vigilância sanitária	III – Intervenção sobre os ambientes de trabalho
14 – Assistência/Recuperação 15 – Acesso do trabalhador às informações 16 – Participação sindical 17 – Recusa ao trabalho ambientes de risco 18 – Participação dos trabalhadores e entidades sindicais na gestão dos serviços 19 – Requerer interdição ambiente de trabalho 20 – Apuração de responsabilidade	IV – Garantia de direitos de cidadania

Tendo em vista que as citações diretas fazem uma referência explícita à essência da área, e acreditando que o legislador, ao enunciar com objetividade o dispositivo, teve a intenção de facilitar sua aplicabilidade, optou-se por considerar, exclusivamente, os dispositivos definidos como de citação direta.

Cabe salientar que um determinado dispositivo pode conter um ou mais atributos referenciados à essência da área e, igualmente, podem-se encontrar vários dispositivos na mesma lei estadual, todos referenciados ao mesmo atributo. Daí não haver, necessariamente, concordância numérica entre dispositivos e atributos.

Para efeito da análise pretendida neste trabalho, finalmente, considerou-se como ponto essencial de síntese o atributo, segundo a classificação da Tabela 1, como o parâmetro principal de avaliação.

Por dentro das constituições estaduais

A análise das constituições estaduais mostra a peculiaridade, que merece destaque, de que em alguns estados brasileiros a Saúde do Trabalhador não foi incluída como preocupação dos legisladores, não sendo sequer mencionada em seu capítulo da saúde, conforme foi demonstrado na Figura 1. Este fato ocorreu nos Estados de Alagoas, Paraíba, Paraná, Rio Grande do Norte e Santa Catarina, representando 19,23% no universo dos 26 Estados analisados.

Após o levantamento de todos os dispositivos de Saúde do Trabalhador, mencionados di-

reta ou indiretamente nos 21 estados restantes, cujo total foi registrado na Figura 1, as citações consideradas como diretas foram classificadas, resultando nos diversos atributos dispostos na Tabela 2.

Como pode ser visto na Tabela 2, a idéia de criação da área no Sistema Único de Saúde, caracterizada pelos atributos do Grupo I – formulação de políticas, criação de sistemas, programas e planos de Saúde do Trabalhador, execução das ações de Saúde do Trabalhador e normatização (quatro atributos) –, é significativa, presente em 13 estados, o que representa 61,9% do universo analisado (21 estados).

Demarca esse dado a resultante histórica de todo um movimento de organização dos trabalhadores, ocorrido a partir do final da década de 70, com reflexos, à época, na criação de Programas de Saúde do Trabalhador em alguns estados. Observa-se, assim, de forma expressiva na legislação, a determinação do estabelecimento de uma política definida, impondo uma necessidade de articulação das ações de Saúde do Trabalhador no SUS (Dias, 1995).

Cabe destacar, porém, que, dos 13 estados que se referem ao estabelecimento de diretrizes para a área, em cinco deles (Goiás, Minas Gerais, Mato Grosso do Sul, Roraima e Tocantins), essas diretrizes não são especificadas através de outros dispositivos, deixando-se de definir quais as ações a serem executadas. À exceção do Mato Grosso do Sul, reproduziu-se literalmente o disposto no artigo 200 da Constituição Federal – *execução das ações de Saúde do Trabalhador* (atributo de nº 3).

Figura 1

Dispositivos de saúde e dispositivos de saúde do trabalhador nas constituições estaduais.

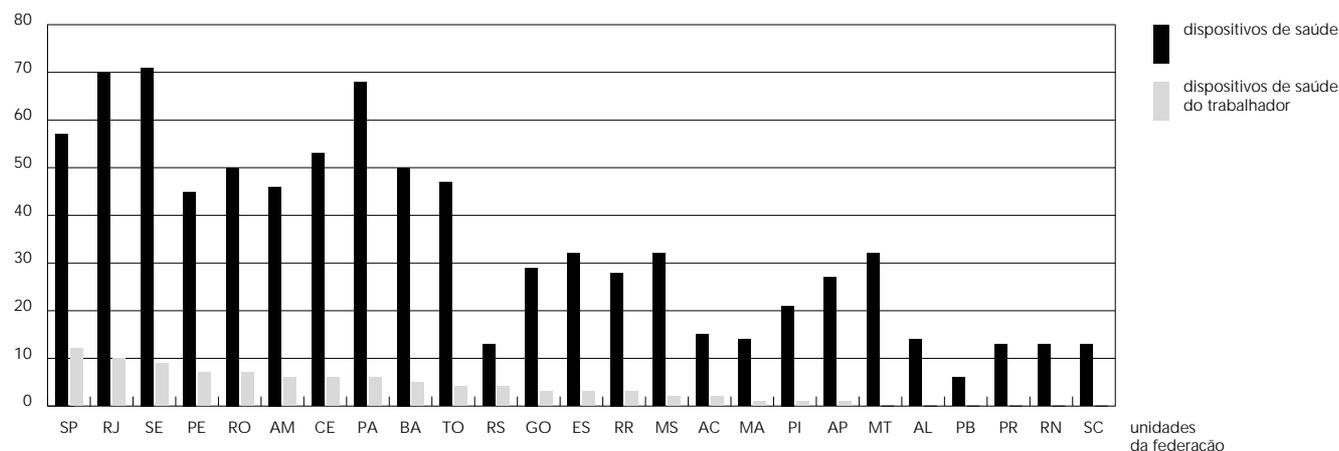


Tabela 2

Atributos de saúde do trabalhador, por grupo temático, nas constituições estaduais brasileiras.

Atributos de Saúde do Trabalhador	Unidades da Federação																				Total atrib.	
	AC	AM	AP	BA	CE	ES	GO	MA	MG	MS	MT	PA	PE	PI	RJ	RO	RR	RS	SE	SP		TO
Grupo I																						
1) Formulação de políticas										•												
2) Criação de sistemas, programas e planos de ST		•				•				•						•						
3) Execução das ações de ST				•			•		•					•	•		•		•	•	•	
4) Normatização		•		•												•						
Grupo II																						
5) Notificação compulsória																•						
6) Organização e registro de informações											•											
7) Estudo e pesquisa																•						
Grupo III																						
8) Controle das condições, processos e organização dos ambientes de trabalho na gestão dos serviços		•	•	•	•	•						•	•					•		•		
9) Fiscalização/Inspeção		•		•	•	•		•				•	•	•	•			•				
10) Eliminação de riscos		•			•	•						•	•		•	•			•			
11) Prevenção		•											•		•					•		
12) Intervenção no local de trabalho															•							
13) Vigilância sanitária													•			•						
Grupo IV																						
14) Assistência/Recuperação	•	•		•									•		•							
15) Acesso do trabalhador às informações		•		•								•	•		•	•			•	•		
16) Participação sindical		•										•	•		•					•		
17) Recusa ao trabalho em ambientes de risco				•											•	•			•	•		
18) Participação dos trabalhadores e entidades													•		•				•			
19) Requerer interdição do ambiente trabalho																				•		
20) Apuração de responsabilidade					•																	
Total de atributos por estado	1	9	1	7	4	4	1	1	1	2	1	5	9	2	12	6	1	2	5	7	1	82

Ao não se definirem, de forma explícita, quais as ações a serem executadas, levando-se em conta que a constituição estadual tende a lapidar e esmiuçar o texto constitucional maior, demonstra-se, por um lado, a escassez das discussões, se é que houve, relacionadas à questão de Saúde do Trabalhador e, por outro, a expressão tímida na forma de se referir à área, provavelmente em face da correlação de forças presentes no momento constituinte.

O atributo de nº 1 – formulação de política – indica, de forma preciosa, que a lei pode ser um fator determinante de uma política e, portanto, instrumento de transformação da realidade. Esse atributo, contudo, foi encontrado apenas na Constituição do Mato Grosso do Sul, representando 5% dos 21 estados analisados.

O Grupo II, que caracteriza a geração, controle e utilização de informações, e que é representado pelos atributos notificação compulsória; organização e registro de informações e estudo e pesquisa (três atributos), só está presente em dois estados, equivalendo a 9,5% do total de estados.

Isto, sem dúvida, reflete o pouco valor atribuído à produção de informações para o crescimento da área, exceção feita aos Estados do Rio de Janeiro, que se refere à notificação compulsória e estudo e pesquisa, e do Mato Grosso, que aborda a questão da organização e registro das informações.

O Grupo III, que se refere ao direito de intervir sobre os ambientes de trabalho, e que é caracterizado pelos atributos de nº 8 a 13 (seis atributos), foi encontrado em 14 estados, equivalendo a 66,7% do universo analisado.

Dentro deste grupo, os atributos mais citados são os de nº 8, 9 e 10 – controle das condições, processos e organização dos ambientes de trabalho; fiscalização/inspeção e eliminação de riscos. Este fato possui uma relevância marcante ao resgatar para o SUS e, portanto, para o setor Saúde, ações que estavam confinadas, há décadas, à esfera de competência do setor Trabalho (Oliveira, 1994). Estas atribuições, de caráter interventor, têm influenciado sobremaneira o setor Saúde no sentido de estabelecer novos paradigmas metodológicos de Vigilância em Saúde do Trabalhador (Machado & Barcellos, 1993; MS, 1994; Ribeiro, 1994; Vasconcellos & Ribeiro, no prelo).

Ainda dentro do mesmo grupo, a questão da prevenção (atributo de nº 11) está manifesta nas constituições de apenas quatro estados (19%), e a atribuição de intervenção, através da vigilância sanitária, em três deles (14,3%).

O atributo de nº 12 – intervenção no local de trabalho –, entendido como forma de pro-

mover transformações nos ambientes e processos de trabalho, é referido unicamente na Constituição do Estado do Rio de Janeiro (5%).

O Grupo IV, que caracteriza a garantia de direitos de cidadania, composto pelos atributos de nº 14 a 20 (sete atributos), foi encontrado nas constituições de dez estados, representando 47,6% do total analisado.

Dentre os atributos que compõem esse grupo, destaca-se o de nº 15 – acesso do trabalhador às informações –, presente nas constituições de oito estados (38,1%). Seguindo-se em ordem de frequência, vêm, respectivamente, os atributos de nº 16 e 17 – participação sindical e recusa ao trabalho em ambientes de risco –, cada qual presente nas constituições de cinco estados (23,8%).

A questão da assistência e da recuperação dos trabalhadores, aspecto dos mais relevantes para a área, é referido nas constituições de apenas cinco estados, representando (23,8%) do universo considerado.

O atributo apuração de responsabilidades, que propicia a abertura de processos judiciais de responsabilização civil e criminal contra a parte infratora, é uma forma extremamente eficaz de forçar as transformações na área, na medida em que o causador do dano é de fato responsabilizado, podendo-lhe ser atribuídas sanções tanto pecuniárias como de perda da liberdade. A despeito do alcance de tal enunciado legal, somente o Estado do Ceará garantiu-o em sua constituição (5%). Cabe, contudo, ressaltar que, independentemente desta lacuna nas demais constituições estaduais, os Códigos Civil (Negrão, 1995) e Penal (Delmanto, 1991) garantem, no Brasil, a imputação de tais responsabilidades.

Ainda neste grupo, o Estado de São Paulo foi o que mais apresentou atributos (quatro), refletindo, sem dúvida, o fato de ser o lugar onde o movimento sindical é mais organizado e atuante na área de Saúde do Trabalhador.

A intenção de se emitir um juízo de valor àquelas constituições estaduais em que a legislação pode ser considerada mais avançada, por conter não só um maior número de atributos em relação à área, como pela qualidade das citações (diretamente) referidas e, também, pela distribuição dos atributos nos quatro grupos temáticos, pretende, tão somente, estabelecer parâmetros e possibilitar correlações com o desenvolvimento atual das ações nos estados.

Desta forma, podem-se considerar os Estados mais avançados: Rio de Janeiro (12 atributos distribuídos nos quatro grupos), Amazonas (nove atributos distribuídos em três grupos), Pernambuco (nove atributos distribuídos em

dois grupos), Bahia e São Paulo (sete atributos distribuídos em três grupos).

À exceção do Estado do Amazonas, onde não se tem notícia de ações de relevância no nível do SUS estadual, os estados assinalados, através de ações sistemáticas, vêm buscando consolidar a área de Saúde do Trabalhador no SUS.

Conclusão

O desafio de se trabalhar com as intencionalidades do legislador, suas motivações e pressões sofridas no processo de criação de leis acerca de temas tão relevantes quanto os relacionados à saúde dos trabalhadores, remete à necessidade de aprofundamento do tema, envolvendo atores diversos e utilizando instrumentos mais sofisticados de pesquisa e avaliação. O fôlego deste artigo é, sem dúvida, curto, para dar conta dessa complexidade. A continuidade do trabalho já vem se dando por recortes e aproximações em outros trabalhos dos autores.

Por enquanto, cabe chamar a atenção para alguns aspectos, presentes de forma ora mais, ora menos objetiva na análise.

Por certo, um deles é o fato de a lei apresentar lacunas, aqui e acolá, lembrando que em cinco estados sequer se menciona a questão de Saúde do Trabalhador, fixando claramente o muito por fazer pela área no campo do Poder Legislativo.

Outro aspecto é a forma e a intensidade da resposta do Poder Executivo ao ditame da lei, considerando-se que as ações de Saúde do Trabalhador são, ainda, incipientes no nível do

SUS, na maioria dos Estados da Federação, mesmo naqueles onde mais ousou o legislador, como é o caso do Amazonas. “*Os desdobramentos legais para que se celebrem estas atribuições no âmbito do SUS ainda estão por ser revistos*” (Carvalho & Santos, 1992).

O atributo mais frequentemente assinalado nas constituições estaduais (dez citações) diz respeito às fiscalizações/inspeções dos ambientes de trabalho. Reflete, sem dúvida, a intenção de conferir ao Sistema Único de Saúde a responsabilidade de intervir nos processos de trabalho, segundo o prisma da saúde pública, como contraponto à fiscalização tradicional, exercida pelo Ministério do Trabalho. É muito provável que o legislador tenha refletido a crítica que se faz à metodologia tradicional de intervenção, cujos resultados têm sido, há muito, questionados.

A escassa referência à questão das informações acerca dos acidentes e doenças do trabalho, historicamente confinadas à Previdência Social e utilizadas tão somente ao pagamento de benefícios, reflete a dificuldade de se mudar o enfoque para as ações preventivas. Curiosamente, em nenhuma constituição faz-se referência a esta questão.

Finalmente, registre-se que o Grupo IV – Garantia de Direitos de Cidadania –, embora tenha apresentado o maior número de atributos (sete), só os teve assinalados em dez dos 21 estados. Aquela que foi chamada de constituição cidadã não conseguiu influenciar e sensibilizar o legislador estadual, no sentido de garantir na lei a conquista da cidadania por parte dos trabalhadores, nas questões da relação entre saúde e trabalho.

Referências

- BRASIL, 1988. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília.
- CARVALHO, G. I. & SANTOS, L., 1992. *Sistema Único de Saúde, Comentários à Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/90 e Lei 8.141/90)*. São Paulo: Hucitec.
- DELMANTO, C., 1991. *Código Penal Brasileiro Comentado e Legislação Complementar*. Rio de Janeiro: Edição Renovar.
- DIAS, E. C., 1995. *A Atenção à Saúde dos Trabalhadores no Setor Saúde (SUS), no Brasil: Realidade, Fantasia ou Utopia*. Tese de Doutorado, São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva e Social da Universidade de Campinas.
- MACHADO, J. M. H. & BARCELLOS, C. S., 1993. *Vigilância em saúde do trabalhador. 2ª Conferência Estadual de Saúde do Trabalhador*. Rio de Janeiro. (mimeo.)
- MENDES, R., 1986. *Doutrina e Prática da Integração da Saúde Ocupacional no Setor Saúde: Contribuição para Definição de uma Política*. Tese de Livre Docência, São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.
- MS (Ministério da Saúde), 1990. *Lei Orgânica da Saúde*. Brasília: MS
- MS (Ministério da Saúde), 1994. *NOST – Norma Operacional Básica de Saúde do Trabalhador no SUS*. Brasília: MS. (mimeo.)

- NEGRÃO, T., 1995. *Código Civil e Legislação Civil em Vigor*. São Paulo: Editora Saraiva.
- OLIVEIRA, L. S. B., 1994. *A Intervenção do Estado nos Ambientes de Trabalho: Origens, Evolução no Brasil e Análise Crítica da Prática da Delegacia Regional do Trabalho do Rio de Janeiro na Década de 1980*. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.
- OLIVEIRA, M. H. B. & VASCONCELLOS, L. C. F., 1992. Política de saúde do trabalhador no Brasil: muitas questões sem respostas. *Cadernos de Saúde Pública*, 8:150-156.
- RIBEIRO, F. S. N., 1994. *Da Identidade do Pesquisado à Identidade da Pesquisa – Os Trabalhadores Brasileiros na Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição*. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.
- TAMBELLINI, A. T., 1986. Avanços na formulação de uma política de saúde do trabalhador. *I Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador*. Rio de Janeiro: Fiocruz/ENSP. (mimeo.)
- VASCONCELLOS, L. C. F. & RIBEIRO, F. S. N. Investição epidemiológica e intervenção sanitária em saúde do trabalhador – o planejamento segundo bases operacionais. *Cadernos de Saúde Pública*, (no prelo)
- VASCONCELLOS, L. C. F., 1994. *Os Caminhos do Caminho – A Municipalização como Estratégia de Consolidação da Saúde do Trabalhador no Setor Saúde*. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.