

**Universidade Federal de Minas Gerais**  
**Escola de Enfermagem**  
**Curso de Especialização em Saúde Coletiva**  
**Enfermagem do trabalho**

# **APONTAMENTOS SOBRE A POLÍTICA DE SAÚDE DO TRABALHADOR**

**MYLENE CAROLINE FONSECA**

**Belo Horizonte – MG**  
**2011**

**MYLENE CAROLINE FONSECA**

# **APONTAMENTOS SOBRE A POLÍTICA DE SAÚDE DO TRABALHADOR**

Monografia apresentada ao curso de especialização em Saúde Coletiva – área de concentração em Enfermagem do Trabalho da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais como requisito parcial à obtenção de título de especialista

Orientadora Dra. Adelaide De Mattia Rocha

**Belo Horizonte – MG  
2011**

MYLENE CAROLINE FONSECA

# APONTAMENTOS SOBRE A POLÍTICA DE SAÚDE DO TRABALHADOR

Monografia apresentada em 26 de fevereiro de 2011 como requisito parcial para  
obtenção do título de especialista em Enfermagem do Trabalho pela Escola de  
Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais.

## BANCA EXAMINADORA:

Dra. Adelaide De Mattia Rocha - orientadora

Maria Emília Lúcia Duarte

Mércia de Paula Lima

Belo Horizonte – MG  
2011

## **Resumo da monografia**

Fonseca, M.C. **“Apontamentos sobre a Política de Saúde do Trabalhador”**  
Universidade Federal de Minas Gerais – Escola de Enfermagem.

O presente estudo toma o “trabalho” como foco principal das transformações sociais e explicativas do adoecer e morrer das sociedades. Entende que para refletirmos “saúde do trabalhador” (ST) necessitamos primeiro analisar o processo de produção ao longo dos anos e as próprias questões relativas à saúde pública brasileira. Parte da indagação da autora sobre as questões de marginalidade do tema e dos poucos estudos apresentados na área de Políticas de Saúde do Trabalhador. Objetiva refletir, com bases conceituais históricas e estabelecer apontamentos para uma efetiva “Política de Saúde do Trabalhador” além de analisar a atual conjuntura da “Política Nacional em Saúde do Trabalhador”. É um artigo reflexivo com metodologia descritiva-exploratória através de pesquisa bibliométrica e leitura de textos institucionais. Aponta os avanços significativos no campo conceitual com enfoque em novas práticas para lidar com a relação trabalho-saúde. Como desafios, aponta para a questão da fragmentação histórica entre setores do governo, a dificuldade do estado em descentralizar a saúde do trabalhador para a atenção primária e as questões dos atuais modelos econômicos influenciando sobre o processo de trabalho-saúde-doença.

**Palavras-chaves:** “Saúde do Trabalhador”, “Política de Saúde do Trabalhador”, “Saúde Pública”

# SUMÁRIO

1. Introdução	pág. 05
2. Problematização	pág. 06
3. Objetivos	pág. 09
4. Metodologia	pág. 09
5. Discussões	pág. 09
5.1. Contextualização histórica	pág. 10
5.2. Intersetorialidade da Saúde do Trabalhador	pág. 14
5.3. Neoliberalismo e Saúde do Trabalhador	pág. 18
5.4. Sustentabilidade e Saúde do Trabalhador	pág. 20
5.5. Saúde do Trabalhador inserida na APS	pág. 22
6. Conclusão	pág. 24
Referências Bibliográficas	pág. 28

# 1. INTRODUÇÃO

Mesmo considerando os atuais avanços conhecidos no âmbito do tema da “Saúde do Trabalhador” (ST), o referencial “trabalho” como dimensão fundamental das condições de vida ainda não é uma questão assumida na prática cotidiana da saúde pública e das políticas de prevenção e promoção da saúde (LACAZ & MINAYO, 2005). Ao relativizar o trabalho como motor da vida humana e balizador da forma como ela se comporta sobre o planeta, baseando-se no pensamento Marxista, as transformações sociais acontecem. Assim, apesar de o trabalho ser questionado por alguns, como categoria sociológica fundamental e possa até ter "perdido" o seu caráter de motor das transformações sociais mais profundas, ele continua sendo uma categoria explicativa do adoecer e morrer de grandes contingentes populacionais.

Baseando-se na afirmativa supracitada, esta monografia, tratará o trabalho como significante central dos processos de saúde-doença de tal forma que “o direito à saúde e à vida, passe pela transformação do processo de produção, que de fonte de agravos e de morte deverá ser um fator de proteção e de promoção da vida “(MANUAL RENAST, 2006).

Tomaremos como definição de “Trabalhador” e de “Saúde do trabalhador” as descrições do Ministério da Saúde (2002):

*“De acordo com o princípio da universalidade, trabalhadores são 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”.*

*“O termo Saúde do Trabalhador refere-se a um campo do saber que visa compreender as relações entre o trabalho e o processo saúde/doença. Nesta acepção, considera a saúde e a doença como processos dinâmicos, estreitamente articulados com os modos de desenvolvimento produtivo da humanidade em determinado momento histórico. Parte do princípio de que a forma de inserção dos homens, mulheres e crianças nos espaços de trabalho*

*contribuem decisivamente para formas específicas de adoecer e morrer”. (MS, 2002)*

Assim, a discussão da Política de Saúde do Trabalhador passa pelas questões da própria saúde pública e pressupõe buscar questões no âmago da organização do processo de produção e entendê-lo na realidade nacional em que se expressa, onde o desrespeito ao trabalhador ultrapassa os limites institucionais. O compromisso de mudança deve conter o paradigma do direito à vida.

Sobretudo, destaco que as políticas públicas não deveriam ser vistas como uma mera formalidade ou mais um documento para ser arquivado nos serviços de saúde. Devido à grande parte dos profissionais não conhecerem os percalços para construção de uma política em saúde do trabalhador, perde-se um momento importante em relação à adoção de princípios doutrinários e organizativos para dar assistência integral ao trabalhador, tal qual é proposto nos estudos atuais e nas políticas públicas.

Portanto, Política é delimitar a “regra do jogo”. No dicionário Aurélio, Política é definida como conjunto de princípios, orientação ou métodos – popularmente poder-se-ia resumir como “a forma como vemos e tratamos determinado assunto”. Assim, se pensarmos na inexistência de uma política, ficaria difícil de imaginar que em qualquer serviço, público ou privado, se faça alguma coisa de forma padronizada e organizada sem que existam de forma clara, objetiva, escrita e conhecida as regras do jogo, ou seja, a Política do serviço. Assim, uma Política diz o quê, como e por quem as coisas serão feitas para que seus objetivos sejam alcançados.

## **2. PROBLEMATIZAÇÃO**

Poucos são os autores que produzem trabalhos no campo das Políticas de Saúde do Trabalhador. Contudo, destaco não somente pela quantidade de artigos, mas também pelo caráter instigador de seus artigos na área, alguns autores como Minayo, C.G;

Lacaz,F.A.C.; Dias,E.C; Mendes,R.; Tambellini; Thedim; Vasconcellos,L.C.F.; Machado, entre outros.

Minayo (2005), afirma que poucas são as teses que focalizam problemas gerais da área, como temáticas relativas à política, modelos e serviços de atenção à saúde dos trabalhadores e aos processos da vigilância. Também são escassos os estudos mais abrangentes de cunho epidemiológico, os referentes à situação dos trabalhadores terceirizados e, em número ainda menor, os que tratam dos trabalhadores do setor informal. O autor faz uma crítica aos inúmeros artigos existentes nas áreas do trabalho industrial e celetista, talvez influenciados por uma classe econômica forte, não se levando em conta, a transformação mercadológica com um aumento exponencial dos trabalhadores terceirizados, do trabalho doméstico e informal.

O próprio Estado, em sua Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador (PNSST - 2004) admite que as ações em Saúde do Trabalhador, no âmbito do SUS, têm se desenvolvido de forma isolada e fragmentada das demais ações de saúde. Tal atraso no cumprimento constitucional para as ações em Saúde do Trabalhador no SUS, tem se refletido em alguns indicadores de mortalidade e gravidade elevados. O Relatório Brasileiro sobre Direitos Humanos Econômicos, Sociais e Culturais de 2003 (apud PNSST-2004), denuncia casos de violação de direitos humanos, inclusive no que diz respeito à Saúde do Trabalhador.

Até a década de 80, segundo dados da PNSST-2004, havia índices recordistas de acidentes do trabalho, levando a Organização Internacional do Trabalho (OIT) a pressionar o então governo militar por providências em curto prazo, somadas a baixíssima capacidade diagnóstica e de registro das doenças relacionadas ao trabalho.

O coeficiente médio de mortalidade entre 1997 e 2001 foi de 17,39 por 100.000 trabalhadores (MS, 2002). Em 2003, de acordo com dados do Ministério da Previdência Social, o coeficiente de mortalidade médio foi de 14,84 por 100.000 trabalhadores. Comparando-se o coeficiente de mortalidade do Brasil com o de outros países, estudados por Takala, (1999 apud PNSST, 2004), no início da década de 1990, observa-se que na Finlândia era de 3,2, na França de 7,4, Canadá 6,93 e Espanha 10,2 (por 100.000 mil trabalhadores) demonstrando que o risco de morrer, devido os acidentes de trabalho no Brasil, é cerca de duas a cinco vezes maior que nestes outros países.

Considerando que nos dados supracitados não levaram em consideração que segundo estimativa da Organização Mundial de Saúde (OMS), na América Latina, apenas 1% a 4% das doenças do trabalho são notificadas (MANUAL RENAST, 2006).

*Desta forma, a área de saúde do trabalhador transita, no âmbito da saúde pública e coletiva, de forma periférica e marginal, seja na formulação (plano das políticas), na configuração institucional (organização de serviços), na formação de recursos humanos ou na delimitação do campo das determinações sociais dos processos saúde-doença.*

(OLIVEIRA e VASCONCELLOS, 1992)

Portanto, os problemas são graves em diversas áreas como nos de assistência à saúde do trabalhador, na fiscalização pontual e pouco efetiva, nas subnotificações, numa inexistência sistemática de interpretação de dados coletados, na dificuldade de reconhecimento do nexos entre trabalho e doença, na prevenção e cumprimento da legislação, dentre outras.

Foi instigante para mim, durante todo o curso de especialização em Enfermagem do Trabalho na UFMG, pensar o porquê da marginalidade do tema de Saúde do Trabalhador ou o porquê de sua exclusão do mundo da saúde pública, sendo a saúde do trabalhador um problema tão grave como determinante de indicadores de morbidade, mortalidade e problemas sociais diversos. Causa estranheza, ainda hoje, que os impactos sociais, econômicos e políticos resultantes das relações saúde-trabalho, historicamente bem estabelecidos e claramente extrapolando o limite da responsabilidade vinculada às instâncias trabalhistas, previdenciárias e privativas das relações contratuais de trabalho, não sejam alvo “efetivo” do mundo da saúde pública.

Analisando-se por um contexto histórico, os modelos de atenção à Saúde do Trabalhador já tentados e baseados no atendimento de interesses hegemônicos, devem encerrar uma lógica perversa, que vem penalizando os trabalhadores com a perda de sua saúde. São modelos fracassados, do ponto de vista dos interesses da classe trabalhadora, que, por isso, deve ser substituído por outro que tenha na preservação da saúde dos trabalhadores o seu real objetivo.

### **3. OBJETIVOS**

1. Refletir, com bases conceituais históricas o tema “Saúde do Trabalhador” (ST);
2. Estabelecer apontamentos para uma efetiva “Política de Saúde do Trabalhador”, a partir da concepção de política pública;
3. Analisar a atual conjuntura da “Política Nacional em Saúde do Trabalhador” seus desafios e possibilidades.

### **4. METODOLOGIA**

É um artigo reflexivo que se caracteriza por uma investigação qualitativa, através de um estudo descritivo-exploratório focado nas discussões realizadas durante o curso de especialização em Saúde Coletiva com ênfase em Enfermagem do Trabalho pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. Pauta-se também, numa pesquisa bibliométrica (site BIREME) e na leitura de textos institucionais on-line (site Ministério da Saúde), relativos ao tema Saúde do Trabalhador. Na pesquisa bibliométrica foram utilizados, como descritores, “Políticas de Saúde do Trabalhador” *and* “Serviços de Saúde do Trabalhador” e como limite, o idioma Português. Foram encontrados 20 artigos científicos no portal Bireme (LILACS), dos quais 08 foram descartados por abranger outros temas como foco central. Os textos institucionais deram um caráter prospectivo à pesquisa pautada num modelo histórico-crítico tecendo apontamentos para uma política de Estado.

Os dados coletados foram organizados, segundo a sua coleta, análise e discussão. Foram feitos apontamentos, com base no aprendizado do curso de especialização, na revisão bibliográfica e nos textos institucionais.

### **5. DISCUSSÕES**

## 5.1 CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA

*“A análise do discurso e das práticas de uma determinada política implica numa compreensão abrangente dos contextos históricos-sociais onde esta se realiza, considerando-se os retrospectos político, ideológico e econômico, que não podem ser tratados de forma isolada e independentes”.* (MACHADO, 2000)

Dos séculos e séculos acumulados de escravidão e servidão, em que o trabalho foi desconsiderado como fiel da balança do processo civilizatório, restou ao trabalho o papel secundário de dar provimento à dominação (VASCONCELLOS, 2007). Durante a escravidão brasileira reinava o descompromisso com a humanidade. O homem negro era considerado um ser sem história ou sentimentos e, quando doente, era inutilizado como mais uma ferramenta inanimada de trabalho.

Com o modelo da “Revolução Industrial” no Brasil, já no início do século XX, o ponto central era produtividade gerando lucros, que conseqüentemente impunha ritmos alucinantes de trabalho, além de estressantes e adoecedores. Nesse momento histórico surge a medicina do trabalho, com o pensamento da unicausalidade, desconhecendo a dinâmica do processo saúde-doença à que os indivíduos estavam expostos. O médico era mais um olho do empresário que objetivava evitar doentes no chão de fábrica que atrapalhassem a produção/ produtividade. De acordo com René e Dias (1991), cabia ao médico do trabalho ser de inteira confiança do empresário e que se dispusessem a defendê-lo. A prevenção dos danos à saúde resultantes dos riscos do trabalho deveria ser tarefa eminentemente médica e a responsabilidade pela ocorrência dos problemas de saúde ficava transferida somente à figura do médico (caracterizando-se a unicausalidade).

Já na década de 50, no contexto brasileiro, as pressões externas internacionais, inclusive da OIT, ameaçavam os patrões em seu poder de tratar vidas humanas desgastadas pelo trabalho como rejeitos do processo produtivo naquele modelo taylorista/ fordista, fez surgir durante o regime militar no Brasil, a expressão “higiene industrial”, com o pensamento da multicausalidade incluindo junto ao médico do

trabalho, outros profissionais na recém-chamada “Saúde Ocupacional”. Estes profissionais, atuantes na área até os dias atuais, são o fisioterapeuta, o enfermeiro, o ergonomista, o engenheiro e o técnico de segurança do trabalho, dentre outros. Propunham ser multiprofissionais, porém pouco evoluíram nos quesitos de saúde do trabalhador, pois desconsideraram o trabalhador como sujeito ativo do processo de saúde doença e nunca conseguiram uma ideologia calcada na transdisciplinaridade sem imposição da hegemonia das engenharias de segurança.

Quanto à ação governamental, na era da saúde ocupacional, o discurso da técnica articulado às relações de poder e ao disciplinamento do trabalhador, embasado em teorias científicas universais institucionalizava-se nacionalmente nos anos 70, mediante política adotada pelo Regime Militar que obrigava a criação dos Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT's), delegando às empresas a tutela da saúde dos trabalhadores. Tal política visava aumentar a produtividade e, a saúde como caráter de razão instrumental para a produção.

A partir de meados dos anos 70 e durante toda a década de 80, o recrudescimento dos movimentos sociais, em resposta ao autoritarismo do governo militar, levou o Brasil ao seu processo de redemocratização. Nesse contexto surge o Movimento de Reforma Sanitária, propondo uma nova concepção de Saúde Pública para o conjunto da sociedade brasileira, incluindo aí, a Saúde do Trabalhador. Dessa forma, a Saúde do Trabalhador reflete uma resposta institucional aos movimentos sociais que, entre a metade dos anos 70 e os anos 80, reivindicavam que as questões de saúde relacionadas ao trabalho fizessem parte do direito universal à saúde, incluídas assim, no escopo da Saúde Pública.

Na década de 80, o envolvimento da rede de saúde pública amplia-se, concretizando-se nos Programas de Saúde do Trabalhador (PST) a partir de 1985, em resposta à demanda do movimento sindical, programas estes, preconizados pela OMS, OPAS e OIT (VASCONCELLOS, 2007). Os PST's previam aspectos depois incorporados pelo SUS, como a participação dos trabalhadores, em alguns casos na própria gestão, controle e avaliação, acesso às informações obtidas a partir do atendimento, possibilidade de desencadeamento de ações de vigilância nos locais de trabalho geradores de danos à saúde, com participação sindical, percepção do trabalhador como dono de um saber e como sujeito coletivo inserido no processo

produtivo, agora visto não apenas como mero consumidor de serviços de saúde, de condutas, de prescrições, e a compreensão de que o processo de trabalho pode ser danoso à saúde, o que apontava em outras determinações para o sofrimento, o mal-estar e a doença, relacionados às relações sociais que se estabelecem nos processos de trabalho. A saúde do trabalhador inserida no âmbito da saúde pública é resultado disso, pois busca retirar das empresas a tutela da saúde dos trabalhadores, dando-lhes o direito de exercer controle sobre a própria saúde, a partir da sua inserção nos serviços de saúde pública enquanto produtores.

Mendes (apud LACAZ, 2007) refere que essa realidade reflete a discussão internacional reveladora da falência dos serviços médicos de empresa como modelo hegemônico e baseado na Saúde Ocupacional. O autor enumera as razões que explicam tal falência, referindo-se particularmente à sua pouca credibilidade junto aos trabalhadores pela prática constante de não revelar resultados de exames, de manipular informações de saúde, de contribuir para a demissão dos não hígidos, de atuar no controle da força de trabalho. Na realidade brasileira, alia-se sua baixa cobertura porque, legalmente, os SESMT's são obrigatórios apenas nas maiores empresas.

Assim, a década de 80 caracterizou-se como uma década de militância e luta pela tão sonhada constituição brasileira que foi promulgada em 1988, preconizando o foco universalista, integralista, igualitário, descentralizatório e do controle social. O texto da Carta Magna, em seu artigo 198, afirma ainda que "... As ações e serviços de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único..." e, em seu artigo 200, está definido que "... ao Sistema Único de Saúde compete... executar as ações de saúde do trabalhador...", assim como "... colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho..."

A Lei Orgânica da Saúde (Lei Federal 8080/90), em seu artigo 6º, parágrafo 3º, regulamenta os dispositivos constitucionais sobre Saúde do Trabalhador, da seguinte forma: "Entende-se por saúde do trabalhador, ...um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho.

Dessa forma, a configuração da Saúde do Trabalhador se dá diretamente no âmbito do direito à saúde, previsto como competência do SUS. Devido à abrangência de seu campo de ação, apresenta caráter intra-setorial (envolvendo todos os níveis de atenção e esferas de governo do SUS) e intersetorial (envolvendo a Previdência Social, Trabalho, Meio Ambiente, Justiça, educação e demais setores relacionados com as políticas de desenvolvimento), exigindo uma abordagem interdisciplinar e com a gestão participativa dos trabalhadores.

Da mesma forma que a Reforma Sanitária foi fruto de um diagnóstico situacional da saúde brasileira onde imperava a necessidade crescente de superação de um modelo hospitalo-cêntrico, economicista e marginalizado, o tema Saúde do trabalhador também passou por esse diagnóstico indicativo da necessidade de superação do modelo vigente de atenção aos trabalhadores. A questão se incorporou à profunda revisão dos marcos conceituais do setor saúde, em sintonia com a Reforma Sanitária, cujo ápice de formulação política ocorreu com a 1ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador (CNST), em 1986, como desdobramento da 8ª Conferência Nacional de Saúde, no contexto do debate que influenciou o processo constituinte.

O conjunto de questões significativas para a 1ª CNST foi incorporado em 3 temas, sendo o primeiro o “Diagnóstico da Situação de Saúde e Segurança dos Trabalhadores”, como segundo tema as “Novas Alternativas de Atenção à Saúde dos Trabalhadores” e por fim a “Política Nacional de Saúde e Segurança dos Trabalhadores” (Brasil, 1986). Infelizmente, pouco se avançou nestes temas.

A trajetória tateante de construção dessa política propiciou a conjugação de forças sociais e institucionais que, em algumas ocasiões, provocaram o Estado para uma definição política e um posicionamento mais claro e mais resolutivo, em relação à área, sempre buscando o horizonte de uma Política Nacional de Saúde do Trabalhador, no âmbito do SUS. Foi o caso da 2ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, ocorrida em março de 1994, com o tema incisivo: “Construindo uma Política de Saúde do Trabalhador”. O momento da 2ª CNST foi o clímax de uma grande mobilização de representantes institucionais e sindicais, no esforço supra-setorial de consolidar e provocar o desencadeamento de ações concretas, no âmbito do SUS. Mas, continuou faltando a definição de uma política mais determinante.

Já em 2002, a COSAT - Área Técnica de Saúde do Trabalhador do Ministério da Saúde, por meio de um documento intitulado *Saúde do Trabalhador para um Novo País*

retrata alguns pontos essenciais em relação aos desafios para a construção de uma Política Nacional de Saúde do Trabalhador: (listo alguns pontos)

- \_ como seu campo de atuação comum, a saúde pública;
- \_ que seja desenvolvida sob comando único e seja articulada e universal;
- \_ que as relações sociais, econômicas e políticas nela implicadas são indissociáveis, e se localizam no coração do sistema produtivo e da geração da riqueza nacional, devendo relacionar-se diretamente às questões ambientais e ao desenvolvimento do país;
- \_ que enquanto questão complexa, com o envolvimento e a participação de estruturas do Estado e da sociedade, carece de uma política de saúde firme, urgente e ampla, articulando os diversos setores, de modo a colocar o setor saúde na rota de transformação do país (Ministério da Saúde, 2002b).

Lacaz, já em 2005 afirmou sobre o atual contexto da saúde do trabalhador, embebido pelas discussões da recém 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador – 2005 e analisando criticamente os rumos desta conferência:

*“Percebe-se, que a fragilidade atual do movimento sindical, aliada à postura pouco engajada da academia e ao desenvolvimento de políticas públicas reducionistas, constrói um quadro de retrocesso no campo da Saúde do Trabalhador que é preciso combater, a partir do resgate dos pressupostos do campo e da crítica aos reducionismos perpetrados pela Saúde Ocupacional, apesar de se observar, ainda, a hegemonia do seu discurso”*

Assim, a construção ideológica na área de saúde do trabalhador foi historicamente marcada por um viés contratual, cuja responsabilidade esteve e ainda está, em muitos momentos, a cargo das estruturas trabalhistas e previdenciárias dos Estados nacionais, aprofundando suas raízes nas estruturas patronais, sindicais, políticas, jurídicas e tecnoburocráticas.

## **5.2 A INTERSETORIALIDADE DA SAÚDE DO TRABALHADOR**

*“Saúde do Trabalhador compreende-se um corpo de práticas teóricas interdisciplinares - técnicas, sociais, humanas - e interinstitucionais, desenvolvidas por diversos atores situados em lugares sociais distintos e informados por uma perspectiva comum. Essa perspectiva é resultante de todo um patrimônio acumulado no âmbito da Saúde Coletiva, com raízes no movimento da Medicina Social latino-americana e influenciado significativamente pela experiência italiana”.*

(MINAYO E THEDIM, 2011)

O desafio continua a ser o mesmo apontado em 1994 pela II CNST: a necessidade da unificação de órgãos com vistas a uma efetiva política de caráter intersetorial, com participação social (Minayo & Lacaz, 2005). O fato de a III CNST (2005) ser convocada por ato conjunto dos ministros da Saúde, do Trabalho e Emprego e da Previdência Social pode representar um começo na busca da superação das resistências que vêm travando o processo de unificação das ações de Estado em Saúde do Trabalhador. Novos atores devem agora ser envolvidos como os Ministérios do Meio Ambiente e da Agricultura, Ministério da Ciência e Tecnologia, indústria e comércio.

O Ministério do Trabalho e do Emprego (MTE) tem o papel, entre outros, de realizar a inspeção e a fiscalização das condições e dos ambientes de trabalho em todo o território nacional. As normas regulamentadoras (NR's), constituem-se nas mais importantes ferramentas de trabalho desse ministério, no sentido de vistoriar e fiscalizar as condições e ambientes de trabalho, visando garantir a saúde e a segurança dos trabalhadores.

O Ministério da Previdência e Assistência Social - MPAS é o responsável pela perícia médica, reabilitação profissional e pagamento de benefícios, lembrando que estes serviços são somente para os trabalhadores contribuintes do INSS. Para o INSS, o instrumento de notificação de acidente ou doença relacionada ao trabalho é a Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT) que deverá ser emitida pela empresa até o primeiro dia útil seguinte ao do acidente (BRASÍLIA, 2002). Contrário aos princípios doutrinários do SUS, o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) tem um perfil excludente, pois tão somente os trabalhadores assalariados, com carteira de trabalho assinada, inseridos no chamado mercado formal de trabalho, têm direitos ao conjunto de benefícios acidentários garantidos pelo MPAS/INSS.

Assim, os trabalhadores autônomos, mesmo contribuintes do INSS, não têm os mesmos direitos quando comparados com os assalariados celetistas. É um absurdo pensar que os trabalhadores não contribuintes, atualmente em número expressivos no Brasil e certamente os mais necessitados destes benefícios não têm direito algum à Previdência Social, o Instituto Nacional do Seguro Social – INSS. Neste momento, cabe questionar a possibilidade de algum dia falarmos em trans-setorialidade entre os 3 ministérios (MS, MTE e MPAS), posto que trabalham com princípios e horizontes de trabalhos tão diferentes? Assim, infelizmente, a intervenção do aparelho de Estado nos ambientes de trabalho tem servido para a legitimação do risco, na medida em que, por um lado, é estritamente tecnicista, considerando o trabalhador como apêndice da máquina e, por outro, legaliza o risco, através da indenização pelo trabalho insalubre e perigoso.

Portanto, pode-se considerar, sinteticamente, que existem duas vertentes de condução da política nacional, que praticamente correm paralelas: uma contratual-previdenciária, já consolidada, de forte caráter normativo fiscal e reparador financeiro dos danos; e uma epidemiológico-sanitária, em fase de construção, de forte caráter universalista e vinculada ao controle social.

A 1ª vertente, conduzida pelo Ministério do Trabalho e Emprego e o da Previdência Social, tem como características o fato de ser a política tradicional e hegemônica junto aos setores empresariais, sindicais e de governo; ser limitada a grupos de trabalhadores formais; ser altamente centralizada e com baixíssimo nível de intervenção; ser totalmente dependente das corporações profissionais tradicionalmente responsáveis pela condução técnica das práticas (medicina do trabalho e engenharia de segurança); e, finalmente, ser altamente resistente à concepção da 2ª vertente, apresentada a seguir.

A 2ª vertente, conduzida pelo SUS tem como característica ser ideológica e democrática, considerando os trabalhadores e suas representações como protagonistas na condução dos processos da política nacional. Considera os trabalhadores como elementos atuantes e centrais em todas as etapas, do planejamento ao desenvolvimento e execução das ações. Tem como princípios a universalidade de acesso dos trabalhadores e a descentralização de poder causando por isso, a resistências intersetorial e gerando incompreensões dos demais ministérios tão distintos.

Exemplo disso são as ações de fiscalização dos ambientes de trabalho executadas pelo MTPS/INSS, pelas Coordenações de Relações do Trabalho, ex-Delegacias Regionais do Trabalho — DRTs. Estas ações deveriam ser realizadas numa perspectiva da prevenção, a partir do mapeamento de riscos, mecanismos de vigilância epidemiológica, programas de controle e outras formas de abordagem. Não deveriam seguir a lógica do modelo tradicional do MTPS, em que o exercício das fiscalizações se dá através de denúncias e demandas pontuais.

Outro exemplo seria a análise dos mecanismos de notificação da MTE, e dos dados deles resultantes, não é voltada para a produção de informações capazes de serem trabalhadas epidemiologicamente. Mantendo-se na estrutura do INSS o poder de deter informações que, embora pudessem alimentar um sistema riquíssimo de vigilância epidemiológica, têm servido apenas aos objetivos financeiros de atender às obrigações pecuniárias decorrentes dos agravos à saúde dos trabalhadores.

De acordo com Augusto (2005), a fragmentação do conhecimento e das ações, ... caracterizam a marginalidade dada pelo estado a questão de saúde do trabalhador. O autor Vasconcellos, em seu artigo de 2007 aponta para a incapacidade política e gerencial do MS em lidar com o mundo da produção, historicamente vinculado aos setores estatais do trabalho (primordialmente), da previdência social, da indústria e comércio, da agricultura e, mais recentemente, do meio ambiente. As intervenções da saúde pública no mundo da produção dão-se de forma pontual e periférica pela via da vigilância sanitária sobre alguns serviços e alguns produtos de consumo humano, longe de imprimir a visão holística que o novo conceito de saúde consagrado no mundo moderno exige.

Portanto, além de não se superar a histórica fragmentação institucional, na medida em que se mantiveram desarticuladas as atribuições confinadas à área do trabalho (fiscalização, principalmente) e da previdência (informações, principalmente), o próprio SUS não conseguiu estabelecer seus próprios mecanismos de planejamento para a área (VASCONCELLOS, 2007). Fica evidente a necessidade de incorporar um conjunto de decisões e ações coerentes, que contemplem os aspectos sanitários, ambientais, éticos, econômicos e sociais, incluindo questões étnicas e de gênero na Saúde do Trabalhador, contribuindo assim para o aperfeiçoamento do processo de construção do SUS. Temos, portanto, em defesa da vida, a necessidade de

desenvolvermos uma política de estado integrada entre os setores que geram e os que atendem aos impactos à saúde do trabalhador.

### **5.3 NEOLIBERALISMO E SAÚDE DO TRABALHADOR**

As condições de trabalho e saúde dos trabalhadores no Brasil têm se agravado, em um quadro marcado pela precarização e intensificação do trabalho baseada numa política econômica neoliberalista. Compõem este quadro, as mudanças tecnológicas e organizacionais e as alterações nos processos e relações de trabalho. Os contratos precários, temporários, a terceirizados, o aumento da jornada, a exploração do trabalho no domicílio, o trabalho familiar e o trabalho infantil, o aviltamento salarial e somados a crise do movimento sindical são exemplos desta precarização. Agregue-se a isso a adoção de políticas governamentais de cunho neoliberal que mercantilizam serviços essenciais como a saúde e a educação e contribuem para o enfraquecimento das instituições públicas encarregadas da vigilância dos ambientes de trabalho. (NAVARRO, 2006)

Segundo estimativas da OIT, cerca de 60 milhões de trabalhadores brasileiros estão inseridos no mercado de trabalho informal e/ou “precarizado”, descobertos da proteção da legislação trabalhista e do SAT - Seguro Acidente de Trabalho do Ministério da Previdência Social. Cumpre ainda assinalar a existência de 5,7 milhões de crianças e adolescentes entre 5 a 17 anos inseridos em atividades produtivas. Para estes, o SUS representa a única possibilidade de contar com ações de saúde que considerem sua inserção particular nos processos produtivos.

Ainda, segundo dados da OIT que ilustram algumas dimensões do problema: no Brasil, entre 1990 e 2003, de cada dez novos empregos, sete foram informais, sendo que, em 2003, nove em cada dez dessas ocupações eram no setor de serviços (OIT, 2004). Um indicativo revelador do grau de desproteção social hoje existente, encontra-se no fato de que, em 2002, cerca de 54,8% das pessoas ocupadas no país não contribuíam para qualquer tipo de previdência (IBGE, 2003).

Infelizmente, mesmo com dados tão contundentes supracitados de um novo modelo neoliberalista que delimita outros tipos de agravos e adoecimentos no processo de trabalho-produção x saúde-doença, ainda vem sendo abordadas patologias clássicas como saturnismo, pneumoconioses, surdez (abordada sob os mais diversos ângulos) e, mais recentemente, doenças do sistema musculoesquelético. Também sobressaem propostas de desenvolvimento de metodologias e diversas análises toxicológicas sobre exposição a agentes específicos, particularmente agrotóxicos e solventes. E fica muito evidente, na última década, a predominância de abordagens ergonômicas, sobretudo em departamentos de engenharia de produção de universidades federais.

Ou seja, profissionais ligados à área de engenharia de segurança e toxicologia, talvez por estarem historicamente ligados ao surgimento da Saúde Ocupacional, num modelo industrial, dão importância às questões dos trabalhadores industriais (indústrias). Estas questões de adoecimento nas indústrias não constituem a totalidade e nem, em termos de magnitude, representam os principais problemas atuais de saúde dos trabalhadores. No modelo pós-industrial os trabalhadores industriais são minoritários, embora continuem com velhos problemas conhecidos.

Assim, a realidade de trabalhador brasileiro vai reunir e potencializar as "antigas" agressões à saúde (intoxicações por metais pesados e por solventes, as mutilações provocadas por máquinas sem nenhum tipo de proteção, etc.), com as "novas", oriundas das "japonizações" da organização do trabalho (reestruturação flexível), produzindo um modo de trabalhar definido como modelo "frankenstein" (MERLO, 2000).

Por outro lado, a essa forma inconseqüente de lidar com a saúde e a vida, neste modelo neoliberal ou Frankenstein, une-se a resistência dos próprios trabalhadores em aceitar a condição de doentes. Por medo de perder o emprego (muitas vezes informal sendo a única garantia imediata de sobrevivência) aliado aos mais variados constrangimentos que marcam a trajetória do trabalhador doente, "afastado" do trabalho, mascaram, em muitos casos, a percepção dos indícios de comprometimento da saúde.

Dessa forma, na realidade dos serviços, são imputados aos trabalhadores os ônus por acidentes e doenças, concebidos como decorrentes da ignorância e da negligência, caracterizando uma dupla penalização (Machado & Minayo-Gomez, 1995).

Uma nova proposta, um novo olhar e uma nova prática precisam englobar os trabalhadores precarizados uma vez que eles não constituem um mundo à parte e, sim, estão no mesmo universo da reestruturação produtiva, evidenciando a crise da sociedade assalariada (Oliveira, 2005 apud Minayo, 2005).

#### 5.4 SUSTENTABILIDADE E SAÚDE DO TRABALHADOR

Afirmativa da PNSST – 2004 em relação ao meio ambiente e à saúde do trabalhador:

*“Entre os pontos de convergência entre as áreas de saúde do trabalhador e saúde ambiental, a serem contemplados nessas políticas estão a compreensão de que as ações de Saúde do Trabalhador e de Saúde Ambiental devem estar em sintonia com os modelos alternativos de desenvolvimento regional e local, norteadas pelos princípios da sustentabilidade e da viabilidade”.*

A medicina social, com origens nos anos 70, marca o surgimento da saúde coletiva no país. Este paradigma aborda problemas de saúde das populações a partir das dimensões política, econômica e cultural, mas somente a partir dos anos 90 iniciou-se uma produção acadêmica mais sistemática sobre a relação saúde e ambiente no âmbito da saúde coletiva (Leal *et al.*, 1992a, 1992b; Tambellini & Câmara, 1998; Porto, 1998; Minayo *et al.*, 1999; Freitas, 2003).

O Ministério do Meio Ambiente (MMA), nesse contexto, exerce um papel de fundamental importância, dada a proporção continental de nosso país, sua enorme variedade climática, seu gigantesco patrimônio ambiental e a maior diversidade biológica conhecida. Este setor da política é extremamente influenciado pelas questões de produção-saúde-trabalho em virtude da degradação ambiental estar fortemente ligada

a diversos fatores de ordem econômico-social, como à ocupação urbana desordenada e, principalmente, aos modos poluidores dos processos produtivos. A área ambiental, para o cumprimento de sua missão institucional, além de estabelecer articulações com setores da sociedade civil organizada, necessariamente deve trabalhar em sintonia permanente com setores de governo, em especial da saúde, educação e trabalho.

Inúmeros exemplos poderiam ser citados, em que se observa o sinergismo entre produção, distribuição, consumo, saúde e meio ambiente, caracterizando situações de desafio no sentido de se traçar diretrizes públicas conjuntas. Embora seja cada vez maior a compreensão de que várias situações de riscos ambientais originam-se dos processos de trabalho, não existe ainda uma ação mais articulada entre a saúde e o meio ambiente.

A preocupação com essas questões inicia por apresentar indicadores que dão conta de números assustadores: a cada ano, a água contaminada por causas ambientais mata 2 milhões e duzentas mil pessoas; a poluição do ar mata 3 milhões; são despejadas 30 bilhões de toneladas de lixo no meio ambiente e produzidos 80 milhões de toneladas de plásticos que, mais dia menos dia, irão para o lixo (Teich, 2002).

Daí, para demarcar o problema do equilíbrio entre produção e preservação ambiental surge a questão do modelo de desenvolvimento, com a idéia de sustentabilidade - desenvolvimento sustentável - principalmente após grandes catástrofes relacionadas ao desenvolvimento tecnológico e o mau gerenciamento do ponto de vista da análise de seus riscos para os trabalhadores, o meio ambiente e as populações em geral, como o vazamento da planta industrial da Union Carbide, em 1984, que deixou um saldo de 3.000 mortos e 20.000 enfermos, em Bhopal, na Índia e, em 1986, o pior acidente nuclear do mundo, quando explodiu um reator na planta nuclear de Chernobyl na Ucrânia (Unep, 2002).

Com as questões de controle social, o estado dá ao povo “empoderamento”, responsabilizando a sociedade sob a condução e execução de todas as políticas públicas, inclusive na área de meio ambiente. É clara a distinção entre luta social canalizada pelos movimentos sociais e o empoderamento social concedido. Um verdadeiro empoderamento social encontra-se nas lutas históricas da emancipação do homem, cuja conquista de direitos, paradoxalmente, tinha no Estado confrontado a resposta para garanti-los.

Ignacy Sachs (1993) formulou os princípios básicos da sustentabilidade:

- a) a satisfação das necessidades básicas;
- b) a solidariedade com as gerações futuras;
- c) a participação da população envolvida;
- d) a preservação dos recursos naturais e do meio ambiente em geral;
- e) a elaboração de um sistema social garantindo emprego, segurança social e respeito a outras culturas;
- f) programas de educação.

Assim, partindo-se destes seis princípios básicos conclui-se que pensar em sustentabilidade é ter responsabilidade social, e é, portanto, transcender as questões ambientais. É certamente um agir ético sobre a vida animal e vegetal. É dar valor agregado ao trabalho tratando com dignidade e cidadania todos os envolvidos no processo de fabricação dos serviços, inclusive o trabalhador.

## **5.5 A SAÚDE DO TRABALHADOR INSERIDA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE (APS)**

No âmbito da Atenção Primária e mais especificamente no bojo da Estratégia Saúde da Família (ESF), definido pelo Ministério da Saúde como um dos eixos organizadores das ações do SUS, deveriam ser concentrados esforços no sentido de garantir o acesso a uma atenção qualificada e integral à Saúde do Trabalhador.

Nogueira, ainda em 1984 já falava em seu artigo, incipientemente, de um programa que agregasse “saúde ocupacional” e “serviços médicos básicos”, numa tentativa primeira de colocar a Saúde do Trabalhador no âmbito das saúdes públicas, e especificamente na atenção primária de saúde.

O Ministério da Saúde propôs em 2002, a reorganização da Atenção Básica publicando vários cadernos, dentre eles o de Saúde do Trabalhador. Em seu texto, apontou as atribuições da Equipe ESF, no que concerne a ST, dentre as quais destaco a identificação da população economicamente ativa, das atividades produtivas dos trabalhadores formais, informais, bem como dos perigos e dos riscos potenciais para a

saúde dos trabalhadores (trabalho infantil, domiciliar, escravo); a identificação da ocorrência de acidentes e/ou doenças relacionadas ao trabalho e prestação de assistência ao acidentado ou portador de doença relacionada ao trabalho, encaminhando-o quando necessário (sendo coordenador do cuidado) e notificando os casos; o desenvolvimento de programas de Educação em Saúde do Trabalhador para orientações trabalhistas e previdenciárias e informação sobre as causas de seu adoecimento, além da investigação do local de trabalho, planejamento e execução de ações de vigilância nos locais de trabalho, dentre outras atribuições.

Assim, de acordo com este texto do MS, as ações de saúde do trabalhador devem ser incluídas formalmente na agenda da rede básica de atenção à saúde, assumidas pelo programa Estratégia Saúde da Família - ESF (BRASÍLIA, 2002).

O acolhimento dos trabalhadores na porta de entrada do sistema, representado pela ESF para investigação do trabalho como fator determinante do processo saúde-doença e avaliação e manejo das situações de risco no trabalho, incorporando o saber do trabalhador e o controle social são possibilidades concretas da Atenção Básica. Entretanto, o decorrer da década de 90 e até os dias atuais demonstram que para que isto se efetive não basta acrescentar mais uma atribuição às já sobrecarregadas equipes de trabalho. Seria importante que as tarefas fossem redefinidas e redimensionadas, as equipes capacitadas e garantidos os procedimentos de referência e contra-referência necessários (MANUAL RENAST, 2006). Porém, até hoje, não disto ocorreu!

Já em 2006, baseando-se nos princípios propostos pela NOB-SUS (1996) de municipalização e posteriormente pela NOAS-SUS (2002) de regionalização e distritalização, a RENAST (Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador) surge como estratégia adotada pelo governo para a construção de uma política de Estado na área da saúde do trabalhador, por meio da organização das ações e serviços de forma descentralizada e regionalizada.

A RENAST, definida na Portaria Nº1.679/02, tem como principal objetivo integrar a rede de serviços do SUS, voltados à assistência e à vigilância, para o desenvolvimento das ações de Saúde do Trabalhador. Foi criada para atender a necessidade descoberta de garantir a saúde dos trabalhadores de acordo com os preceitos Constitucionais e das Leis Orgânicas da Saúde, sendo retaguarda técnica, sanitária e base epidemiológica para a rede de saúde pública. Essa estratégia está sendo

implementada através de uma rede regionalizada de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador – os CEREST's (estaduais e municipais). Eles são instâncias especializadas, com caráter de referência secundária para a rede básica (baseado no princípio da integralidade do cuidado) e que buscam incorporar maior densidade tecnológica em seu quadro de profissionais, de apoio diagnóstico e de vigilância (Lacaz, 1996).

Autores como Lacan e Minayo (2002) ou Vasconcellos criticam o impacto dos CEREST's, afirmam que carregam um pecado de origem: *“trata somente da assistência, sem dispor sobre a vigilância nos ambientes de trabalho, pilar fundamental para a prevenção de danos relacionados ao trabalho”*.

Os autores Dias, E.C. e Poco, J.L.C. (2010) em um estudo prospectivo sobre a descentralização do centro especializado em saúde do trabalhador (CEREST) em Juiz de Fora (MG) para unidade básicas de saúde (ESF) concluíram a importância da desconcentração como estratégia para a inserção das ações de Saúde do Trabalhador na Atenção Primária a Saúde.

Assim, a atenção primária e seus profissionais não se responsabilizaram em nenhum momento, pelas questões do tema da saúde do trabalhador, seja pela sua alta demanda já instalada neste nível de atenção, seja pelas questões da marginalidade histórica do tema saúde do trabalhador. Por outro lado, os CEREST's também não mostraram, até o momento, um impacto sobre a saúde do trabalhador e são em números muito pequenos no país para responder às demandas do setor.

Neste contexto, o Sistema Único de Saúde (SUS) tem um papel fundamental, sendo racional e adequado que a rede de serviços públicos de saúde se qualifique e estructure-se de forma a atender as demandas de saúde do trabalhador de forma integral.

## **6. CONCLUSÕES**

Se analisarmos historicamente todo percurso de construção da saúde do trabalhador, certamente poderemos apontar vários avanços. Destaco, principalmente, o marco legal da reforma sanitária com a posterior promulgação da constituição federal de 1988 e inclusão da saúde do trabalhador como campo da saúde pública e as CNST.

Entretanto, como analisado, o processo de construção da política saúde do trabalhador é marcado pela fragmentação das responsabilidades, percebida claramente na existência de inúmeras instituições com atribuições de intervenção na área. Fica claro que enquanto os MTE e MPAS mantiverem suas políticas excludentes, nunca seremos uma política trans-setorial. Neste sentido, trans-setorializar é romper com a cultura reducionista, de cada setor, na formulação e implementação de seus objetos. A ST por estar contida nas políticas públicas de saúde deve ser preservada como ação interventora de saúde pública, mas deveria ser compreendida enquanto política de Estado, trespassando os limites estritos da ação de saúde, propriamente dita. (VASCONCELLOS, 2007)

A persistência desta lógica parcializada faz com que tanto a política de execução das ações como o próprio indivíduo permaneçam fragmentados. O trabalhador, já comprometido pelo dano à sua saúde imposto pelas condições inadequadas dos processos de produção, é jogado de um lado a outro, numa peregrinação institucional irracional e perversa.

Outro ponto que destaco, é que apesar dos avanços significativos no campo conceitual que apontam um novo enfoque e novas práticas para lidar com a relação trabalho-saúde, denominada de Saúde do Trabalhador, depara-se, no cotidiano, com a hegemonia da Medicina do Trabalho e da Saúde Ocupacional. Tal fato coloca em questão os interesses econômicos arraigados e imediatistas, que não contemplam os investimentos indispensáveis à garantia da dignidade e da vida no trabalho (MINAYO e THEDIM, 2011). A dinâmica que se imprime na relação Estado-Sociedade Civil, que no caso da Saúde do Trabalhador envolve a relação capital-trabalho, não incorporou ainda a transformação necessária, capaz de responder às rápidas mudanças que vêm se impondo à sociedade brasileira neste contexto de democratização e internacionalização da Economia.

Assim, acredito, como ponto forte, que a proteção à saúde dos trabalhadores, mais do que nunca, é indissociável de um Estado que exerça sem ambigüidades o seu papel limitador da economia neoliberal. Tal qual a autora Conti (1991) disse em seu artigo, devemos reafirmar que o poder político deve ocupar-se da Saúde do Trabalhador, pois o poder econômico não pode fazê-lo.

Ademais, gostaria de fazer uma consideração sobre o termo “Segurança e Saúde do Trabalhador” utilizado no título. Autores como Dias (2009) defendem que a saúde é uma consequência de uma segurança ocupacional bem ajustada e por isso adotam esta ordem (DIAS, 2009). Outros (MINAYO, 2005) apontam para o forte conteúdo simbólico que intenta em dizer que falamos de duas coisas distintas. Ao não reconhecer que a segurança no trabalho é parte indissociável da condição de saúde no trabalho, a marca caracteriza a influência corporativa do campo da Engenharia de Segurança e, por extensão, da Saúde Ocupacional, aqui incluída a Medicina do Trabalho. Segurança e saúde, lado a lado, revelam representações simbólicas corporativas e autopercepção de hegemonia sobre o campo das relações saúde-trabalho, por parte da tecnoburocracia formuladora (MINAYO, 2005).

Em documento preparado para a 1ª CNST, em 1986, Anamaria Tambellini, uma das principais ideólogas da área de ST, no Brasil, já bem ressaltava esta concepção: *"Política Nacional de Saúde dos Trabalhadores é a expressão do poder dos trabalhadores de ter saúde e tomar em suas mãos o controle de suas próprias vidas, saúde e trabalho"* (Tambellini, 1988).

As pessoas que trabalham com Saúde do trabalhador devem ser militantes de sua ideologia a favor da saúde do trabalhador em sua lógica mais ampla e contra a perpetuação da iniquidade e da injustiça nos ambientes de trabalho. É preciso ser crítico a lógica econômica atual e não aceitarmos a economia dominando e ditando as normas da saúde dos trabalhadores.

Ponto para a criação de instrumentos para análise (periódica) de políticas, programas e atividades de saúde do trabalhador. Objetivando-se conhecer o eventual impacto da política de saúde do trabalhador na qualidade de vida dos trabalhadores. Conhecer o eventual impacto da política de saúde na melhoria da saúde dos trabalhadores, na sua satisfação profissional e na sua qualidade de vida (incluindo os estilos de vida).

Finalmente, ao se pensar na construção da política para a área, o princípio da participação dos trabalhadores deve ser o seu norteador, sem os quais continuaremos a escrever a história das doenças, e nunca a história da saúde, como parte de um processo real de conquista da democracia no Brasil. Buscamos a objetivação do trabalhador como sujeito e protagonista da ação político institucional, inclusive da construção de conhecimentos e dos instrumentos de intervenção (COSTA, E. e col, 2009).

Há muito o quê caminhar para alcançar a construção do que vai além do conceito restritivo da Saúde Ocupacional, que tem fundamentado o atendimento restrito de aplicação de normas e regras contratuais da relação empregado-empregador. Isto porque, mesmo que o conteúdo das propostas apresentadas até agora mostre indícios de alinhamento com os princípios conceituais da Saúde do Trabalhador, o que há de respostas do governo em termos jurídicos e técnicos está longe de garantir efetivamente direitos à sua saúde no trabalho para o servidor.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AUGUSTO, L.G.S. **O pragmatismo e o utilitarismo não resolveram, e agora?** Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, dez. 2005.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, Área Técnica de Saúde do Trabalhador. Cadernos de Atenção Básica. Programa Saúde da Família: **Saúde do Trabalhador** (5). Brasília: 2001. 63p.

DIAS, E.C. et al . **Saúde ambiental e saúde do trabalhador na atenção primária à saúde, no SUS: oportunidades e desafios.** Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v.14, n.6, Dec.2009.

LACAZ, Francisco Antonio de Castro; **O campo de Saúde do Trabalhador: resgatando conhecimentos e práticas sobre as relações trabalho-saúde.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 23(4):757-766, abr, 2007.

LACAZ & MINAYO **A propósito da III Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador.** Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, dez. 2005.

**Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.** *Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.*

MACHADO, Jorge. **Entrevista com Carlos Minayo sobre questões históricas e atuais do campo de saúde do trabalhador, por Jorge Machado.** Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, 2000.

MENDES, René; DIAS, Elizabeth Costa. **Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador.** Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 25, n. 5, Oct. 1991.

MERLO, Álvaro Roberto Crespo. **Para ampliar o debate sobre a saúde dos trabalhadores.** Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, dez. 2005.

MINAYO GOMEZ, Carlos; LACAZ, Francisco Antonio de Castro. **Saúde do trabalhador: novas-velhas questões.** Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, Dec. 2005.

Minayo-Gomez, Carlos. **Os autores respondem.** Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, dez. 2005.

MINAYO-GOMEZ, Carlos; THEDIM-COSTA, Sonia Maria da Fonseca. **A construção do campo da saúde do trabalhador: percurso e dilemas.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2011.

Ministério da Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Área Técnica de Saúde do Trabalhador. **3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador – 3ª CNST – “Trabalhar, sim! Adoecer, não!” Coletânea de Textos**, Brasília/ DF, 2005, Série D. Reuniões e Conferências.

*Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde – SAS. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – DAPE. Área Técnica de Saúde do Trabalhador – COSAT* **MANUAL DE GESTÃO E GERENCIAMENTO: RENAST.** Brasília, 2006

NAVARRO, Vera Lucia. **Saúde do trabalhador no SUS: aprender como o passado, trabalhar o presente, construir o futuro.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 22, n. 11, Nov. 2006.

NOGUEIRA, Diogo Pupo. **Incorporação da saúde ocupacional à rede primária de saúde.** Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 18, n. 6, Dec. 1984.

OLIVEIRA, Maria Helena B. de; VASCONCELLOS, Luiz Carlos F. **Política de saúde do trabalhador no Brasil: muitas questões sem respostas.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, June 1992.

**Portaria nº 3.120, de 1º de julho de 1998.** *Aprovar a Instrução Normativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS, na forma do Anexo a esta Portaria, com a finalidade de definir procedimentos básicos para o desenvolvimento das ações correspondentes.*

**Portaria nº 1172/GM, de 15 de junho de 2004.** *Regulamenta a NOB SUS 01/96 no que se refere às competências da União, Estados, Municípios e Distrito Federal, na área de Vigilância em Saúde, define a sistemática de financiamento e dá outras providências.*

**Portaria n.º 1679/GM, de 19 de setembro de 2002.** *Dispõe sobre a estruturação da rede nacional de atenção integral à saúde do trabalhador no SUS e dá outras providências.*

**Portaria n.º 1.125/GM, de 6 de julho de 2005.** *Dispõe sobre os propósitos da política de saúde do trabalhador para o SUS.*

**Portaria Interministerial n.º 800, de 3 de maio de 2005.** *Publica o texto base da minuta de Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalho.*

PORTO, Marcelo Firpo. **Saúde do trabalhador e o desafio ambiental: contribuições do enfoque ecossocial, da ecologia política e do movimento pela justiça ambiental.** *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, Dec. 2005.

Sachs, I, 1993. Estratégias de transição para o século XXI in Bursztyn, M (org.). **Para pensar o desenvolvimento sustentável.** São Paulo: Brasiliense

Vasconcellos, Luiz Carlos Fadel. **Saúde, trabalho e desenvolvimento sustentável: apontamentos para uma política de Estado.** Rio de Janeiro: 2007. 421 p. Orientador: Waissmann, William. Tese de Doutorado apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca.

<http://www.mte.gov.br/Temas/SegSau/estatisticas>.