

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

*“Panorama da Vigilância em Saúde do Trabalhador: abordagens,
produção científica e estado das práticas”*

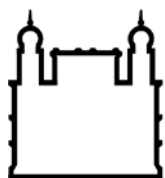
por

Aline Lima de Azevedo

*Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de Mestre em
Ciências na área de Saúde Pública.*

Orientador: Prof. Dr. Carlos Minayo Gómez.

Rio de Janeiro, maio de 2013.



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

Esta dissertação, intitulada

***“Panorama da Vigilância em Saúde do Trabalhador: abordagens,
produção científica e estado das práticas”***

apresentada por

Aline Lima de Azevedo

foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof.^a Dr.^a Marilene Affonso Romualdo Verthein

Prof. Dr. Luiz Carlos Fadel de Vasconcellos

Prof. Dr. Carlos Minayo Gómez – Orientador

Dissertação defendida e aprovada em 13 de maio de 2013.

DEDICATÓRIA

Aos trabalhadores...

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador, Prof. Carlos Minayo, por aceitar a orientação tão tardia de minha dissertação e por servir de fonte de inspiração de comprometimento e dedicação à saúde do trabalhador.

Aos meus antigos orientadores, Prof. Fabio Peres e Prof. Willer Marcondes, e as coordenadoras de área, Prof. Mônica Malta, Prof. Simone Oliveira e atualmente Prof. Élide Hennington, por proporcionarem uma mudança extremamente importante para minha realização pessoal e profissional.

Aos colegas do mestrado, e especialmente aos companheiros da minha jornada na ENSP, Hugo e Hebert, pelas gostosas e fecundas discussões.

Ao meu companheiro Bruno, pela ajuda teórica e emocional, e cujo amor é uma motivação diária para a vida. Seguimos juntos, compartilhando sonhos e construindo realidades;

Ao meu filho, que por diversas vezes teve brincadeiras e passeios sacrificados pelos meus estudos, mas que sempre tinha um sorriso e um carinho para me alegrar nos dias mais difíceis;

Aos meus pais e irmãos, pelo apoio e amor incondicionais.

Aos colegas e professores do curso, especialmente aos professores: Ary Miranda, Regina Helena Barbosa (UFRJ), Eduardo Stotz, Wanda D'acri, Jussara Brito, Maria Blandina, pelas quentes e fecundas discussões sobre a saúde pública, trabalho e sociedade;

Aos trabalhadores, por me instigarem constantemente à busca pelo conhecimento e à prática pela mudança.

Quando os trabalhadores perderem a paciência

Mauro Iasi

*As pessoas comerão três vezes ao dia
E passearão de mãos dadas ao entardecer
A vida será livre e não a concorrência
Quando os trabalhadores perderem a paciência*

*Certas pessoas perderão seus cargos e empregos
O trabalho deixará de ser um meio de vida
As pessoas poderão fazer coisas de maior pertinência
Quando os trabalhadores perderem a paciência*

*O mundo não terá fronteiras
Nem estados, nem militares para proteger estados
Nem estados para proteger militares prepotências
Quando os trabalhadores perderem a paciência*

*A pele será carícia e o corpo delícia
E os namorados farão amor não mercantil
Enquanto é a fome que vai virar indecência
Quando os trabalhadores perderem a paciência*

*Quando os trabalhadores perderem a paciência
Não terá governo nem direito sem justiça
Nem juizes, nem doutores em sapiência
Nem padres, nem excelências*

*Uma fruta será fruta, sem valor e sem troca
Sem que o humano se oculte na aparência
A necessidade e o desejo serão o termo de equivalência
Quando os trabalhadores perderem a paciência*

*Quando os trabalhadores perderem a paciência
Depois de dez anos sem uso, por pura obscelescência
A filósofa-faxineira passando pelo palácio dirá:
“declaro vaga a presidência”!*

RESUMO

O presente estudo visa apresentar um panorama atual da Vigilância em Saúde do Trabalhador no Brasil. Foi realizada uma pesquisa bibliográfica e documental com o intuito de traçar a emergência e consolidação do campo da Saúde do Trabalhador, no âmbito da construção do conhecimento e das práticas desenvolvidas. São discutidos os principais desafios e condicionantes desse contexto, e são apresentados os avanços e potenciais para a consolidação da área. Percebe-se que a Vigilância em Saúde do Trabalhador ainda está distante do marco teórico desenvolvido pela área. Os maiores obstáculos dizem respeito às relações intrasetoriais e intersetoriais, principalmente no que tange à participação dos trabalhadores nesse processo.

Palavras-chave: saúde do trabalhador; vigilância em saúde do trabalhador; vigilância em saúde

ABSTRACT

The present study aims to present an overview of current workers' health surveillance in Brazil. It was developed a bibliographical and documentation research in order to trace the emergence and consolidation of the field of workers' health in the context of the construction of knowledge and practices. Are discussed the main challenges and constraints of this context, and are presented the progress and potential for the consolidation of the area. It is noticed that the workers' health surveillance is still far from the theoretical framework developed by area. The biggest obstacles relate to relations between sectors, mainly with respect to the participation of the workers in this process.

Keywords: Worker's Health. Worker's Health Surveillance. Health Surveillance

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	08
A. OBJETIVOS	09
B. METODOLOGIA	09
Operacionalização	11
CAPÍTULO 1 – A CENTRALIDADE DO TRABALHO NAS QUESTÕES DO PROCESSO SAÚDE/DOENÇA	13
1.1. A Configuração atual do trabalho	15
1.2. Os modelos de atenção à saúde no trabalho	22
CAPÍTULO 2- A SAÚDE DOS TRABALHADORES E AS POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL	27
2.1. A emergência do movimento sanitário e da saúde do trabalhador	34
2.2. A consolidação jurídica da Saúde do Trabalhador e da Vigilância em Saúde do Trabalhador.	37
CAPÍTULO 3 - A VIGILÂNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR COMO POLÍTICA DE ESTADO	40
3.1. A estratégia da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast)	47
3.1.1. A avaliação da RENAST	51
CAPÍTULO 4- ENFOQUES DE ANÁLISE DAS PRÁTICAS DE VISAT	54
4.1. A categoria trabalho como determinante social do processo saúde-doença..	54
4.2. As transformações no mundo do trabalho e a crise do sindicalismo	55
4.2.1 A participação sindical e o controle social nas ações da VISAT	57
4.3. A interdisciplinaridade e as relações intra e intersetoriais na VISAT	59
4.4. Informação para a ação: a inexistência de um sistema para a saúde do trabalhador	62
4.5. Os conflitos de interesses envolvidos nas ações de vigilância em saúde do trabalhador	63
4.6. A predominância do modelo médico centrado e das ações assistenciais.....	64
4.7. Especificidades de gênero na relação entre trabalho e saúde	65
CAPÍTULO 5 – AVANÇOS E POTENCIAIS PARA A CONSOLIDAÇÃO DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR	67
5.1. Alguns exemplos bem sucedidos de VISAT	67
5.1.1. A experiência na indústria naval	67
5.1.2. A experiência do benzeno	69
5.1.3. A experiência do amianto	70
5.2. Avanços recentes	72
5.2.1. As Diretrizes para implementação da Vigilância em Saúde do Trabalhador	72
5.2.2 A Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora	74
CONSIDERAÇÕES FINAIS	76
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	78
ANEXO A – QUADRO RESUMO DA BIBLIOGRAFIA PRINCIPAL	85

INTRODUÇÃO

A saúde do trabalhador emerge no país em um contexto de mudanças de paradigmas do entendimento sobre o conceito e a atenção à saúde. E na perspectiva de atuar na promoção e prevenção coletivas, a Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT) se constitui elemento central para a área. Entretanto, sua implementação enquanto prática do sistema de saúde não foi realizada de maneira plena.

O estudo se justifica, primeiramente, em decorrência da necessidade de consolidação de práticas de vigilância em saúde do trabalhador mais condizentes com a realidade atual e pelo desafio constante de contextualização analítica de um fenômeno ainda em construção. Em segundo lugar, é de vital importância, tanto do ponto de vista acadêmico (pesquisa) como político (“politic”), compreender a construção histórica e as limitações e determinações que condicionam a atual conjuntura da VISAT no Brasil. Isso pode contribuir para a reflexão sobre o caminho que está sendo traçado e as possíveis tendências de desenvolvimento das futuras práticas nesse campo (policy).

Nesse sentido, cabe a indagação: como está atualmente a relação entre as práticas de Vigilância em Saúde do Trabalhador e a concepção teórica do campo da Saúde do Trabalhador? E ainda, quais são os condicionantes para a efetiva implantação da Vigilância em Saúde do Trabalhador do SUS?

Após apresentar os objetivos e a metodologia do estudo, abordamos no primeiro capítulo a categoria trabalho como determinante social do processo saúde-doença, traçamos a configuração atual do trabalho e realizamos um resgate histórico sobre as formas de estudar e compreender a relação trabalho e saúde, demarcando a diferenciação do campo da Saúde do Trabalhador frente às outras abordagens. No segundo capítulo apresentamos a construção das políticas de saúde no Brasil e a institucionalização da saúde do trabalhador. O terceiro capítulo trata especificamente da consolidação da Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT), no país e no quarto capítulo abordamos alguns enfoques de análise das práticas de VISAT. No quinto capítulo e último capítulo demonstramos os avanços e potenciais da vigilância

em saúde do trabalhador, apresentando algumas experiências bem sucedidas e os recentes documentos que consideramos padrão ouro da área, qual sejam, as “Diretrizes para Implantação da Vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS”, e a “Política Nacional da Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora”, que conferem grande potencial na reorientação das ações dos serviços de saúde do trabalhador no país.

A. OBJETIVOS

Este estudo pretende como objetivo geral apresentar um panorama atual da vigilância em saúde do trabalhador no Brasil.

Em busca de uma maior aproximação do objeto, levando em conta as características deste trabalho, definimos como objetivos específicos:

- Apresentar a emergência e o desenvolvimento do campo da saúde do trabalhador e da concepção de vigilância em saúde do trabalhador no país;
- Elucidar a influência da conjuntura política, social e econômica na construção da vigilância em saúde do trabalhador, através da apresentação de uma trajetória histórica;
- Sistematizar as estratégias de implantação da VISAT no Brasil;
- Apontar os principais desafios para a consolidação da VISAT;
- Analisar a relação entre as práticas, as formulações acadêmicas e as normatizações da VISAT no SUS;

B. METODOLOGIA

Diante dos objetivos propostos, esse estudo caracteriza-se como uma pesquisa de abordagem descritiva e explicativa, pois pretende expor “[...] características de determinada população ou determinado fenômeno.” e

*“[...]esclarecer que fatores contribuem, de alguma forma, para a existência de determinados fenômenos...”*¹

Para compreensão do contexto que subjaz à questão-problema foi feita uma pesquisa bibliográfica e documental, sendo a primeira parte voltada para aprofundamento teórico das diversas temáticas apontadas, envolvendo definição de conceitos e conhecimento das discussões atuais na área acadêmica; a segunda parte constou da busca e sistematização do marco legal e institucional buscando interpretar nos documentos a expressão do corpo teórico do campo da saúde do trabalhador.

A pesquisa bibliográfica foi realizada no portal eletrônico da Biblioteca Regional de Medicina (BIREME)¹, buscando encontrar as publicações que analisaram a consolidação do campo da saúde do trabalhador no Brasil nos contextos históricos-políticos e legais, bem como os estudos sobre as práticas de vigilância em saúde do trabalhador no Brasil.

A pesquisa documental buscou as leis, portarias, normas, decretos, anais de congressos e conferências, entre outros documentos, que permitam a visualização do marco legal e institucional do objeto de estudo, para sua comparação com o estado da arte da construção do conhecimento científico.

Com a pesquisa bibliográfica e documental esperávamos responder aos seguintes questionamentos:

- Como está configurado o campo da saúde do trabalhador no Brasil?
- Quais são as determinações que atuam no processo de desenvolvimento da VISAT no Brasil e quais tendências elas apontam para o futuro?
- O arcabouço jurídico – institucional da VISAT reflete a construção histórica política do campo da saúde do trabalhador?
- As práticas contemporâneas de VISAT atuam na perspectiva da saúde do trabalhador?
- Quais são as questões centrais e os desafios para a efetiva consolidação da VISAT no SUS?

¹ Na verdade seu nome atualmente é ‘Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde’, mas optamos por utilizar a sigla BIREME devido a permanência rotineira do seu uso.

- Quais são as contradições inerentes ao processo de VISAT enquanto política de Estado?

- **Operacionalização**

Para a pesquisa bibliográfica foram utilizados os seguintes descritores de forma integrada: “saúde do trabalhador”, “vigilância em saúde do trabalhador”, “VISAT”, “política nacional de saúde do trabalhador”, “rede nacional de atenção integral à saúde do trabalhador”, “RENAST” . Foram selecionados os resultados que apresentaram os descritores da pesquisa no campo título e/ou assunto e apenas os com disponibilidade de texto completo e em língua portuguesa.

Após exclusão dos trabalhos repetidos foram feitas seleções diferentes para cada descritor. No caso das pesquisas relacionadas à vigilância (24) foram todas lidas na íntegra para utilização durante a dissertação. Já com o descritor “saúde do trabalhador” no título, foi obtida o total de 207 estudos. Desse total, procedeu-se uma seleção de duas etapas, a primeira constou de uma limitação pelo assunto principal e exclusão dos que já constavam nas referências sobre vigilância em saúde do trabalhador; na segunda etapa realizou-se uma filtragem pelos títulos, resumos e sumários (em caso de dissertações e teses), totalizando 15 estudos. Um quadro resumo da principal bibliografia utilizada encontra-se no anexo A.

Também consultamos trabalhos e livros que eventualmente não foram localizados na pesquisa, sendo essa utilização arbitrária e não sistemática, tendo como fontes principais, indicações de professores e orientador, obras citadas reiteradamente por diferentes autores, lançamentos da área, etc. Isso permite evitar o uso de citações de citações (apud) e incluir na análise materiais novos e clássicos ainda não disponíveis em meio eletrônico.

Entre os documentos de análise, além das portarias e leis, já se destaca para nosso estudo o Inventário de avaliação das ações da RENASt em 2009.²

O material de pesquisa foi organizado e categorizado em grandes temas de acordo com a predominância explícita na revisão bibliográfica, e com a relevância para os objetivos propostos.

Para essa organização utilizou-se a operacionalização em três fases, sugerida por Minayo³. A primeira fase é a de ordenação dos dados, que exige uma releitura do material organizando-o em determinada ordem de acordo com a temática. A segunda fase é a classificação dos dados e a terceira a conclusão do trabalho, ou seja, a realização do relatório final.

CAPÍTULO 1 – A CENTRALIDADE DO TRABALHO NAS QUESTÕES DO PROCESSO SAÚDE/DOENÇA

A relação entre trabalho e saúde é o objeto de estudo da Vigilância em saúde do Trabalhador, nesse sentido, se faz necessário a compreensão da categoria trabalho no seu sentido ontológico e histórico.

O “ambiente” em que se adocece e morre é um produto social, definido pela maneira específica pela qual os indivíduos se inserem na sociedade. Esse “ambiente” é a síntese de formas sociais particulares da reprodução humana em cada momento histórico, determinados pelos meios de produção e pelas relações sociais decorrentes. Optamos neste estudo por utilizar os conceitos elaborados na teoria marxista, na qual o trabalho é uma das categorias centrais para a apreensão da realidade.

No seu sentido ontológico, o trabalho segundo Marx⁴ é a atividade exclusivamente humana de transformação da natureza para satisfazer as necessidades de reprodução da vida material, sendo que nesse processo, ao modificar a natureza, o homem transforma a si mesmo.

O que confere ao trabalho esse caráter especificamente humano é em primeiro lugar, a capacidade do homem de idealizar previamente o produto final do trabalho; em segundo lugar, a utilização de instrumentos e a generalização dos conhecimentos e técnicas desenvolvidos; e em terceiro lugar, porque esse processo cria novas necessidades que influem sobre as condições e situações históricas.^{5, 6}

“[...] todo ato de trabalho possui uma dimensão social. Em primeiro lugar, porque ele é também resultado da história passada, é expressão do desenvolvimento anterior de toda a sociedade. Em segundo lugar, porque o novo objeto promove alterações na situação histórica concreta em que vive toda a sociedade; abre novas possibilidades e gera novas necessidades que conduzirão ao desenvolvimento futuro. Em terceiro lugar, porque os novos conhecimentos adquiridos se generalizam em duas dimensões: tornam-se aplicáveis às situações mais diversas e transformam-se em patrimônio genérico de toda a humanidade na medida em que todos os indivíduos passam a compartilhar dos mesmos.”

Lukács⁷ considera que essas características demonstram o papel da consciência humana e constituem o “*momento essencialmente separatório*” da reprodução biológica para a conformação do ser social. Nesse sentido entendemos o trabalho como fundante do ser humano, exatamente por ser “*a condição básica e fundamental de toda a vida humana. E em tal grau que, até certo ponto, podemos afirmar que o trabalho criou o próprio homem.*”⁸

Esse conceito isoladamente é insuficiente para compreendermos o processo de trabalho na sociedade contemporânea, e por isso é importante ressaltar que, queremos demonstrar de início o caráter ontológico do trabalho, enquanto atividade elementar da vida humana em todas as sociedades, mas que no entanto, não deve ser confundido com a forma histórica e social que ele apresenta em determinada época.

“O processo de trabalho, que descrevemos em seus elementos simples e abstratos, é atividade dirigida com o fim de criar valores-de-uso, de apropriar os elementos naturais às necessidades humanas; é condição necessária do intercâmbio material entre o homem e a natureza; é condição natural eterna da vida humana, sem depender, portanto, de qualquer forma dessa vida, sendo antes comum a todas as suas formas sociais.”⁴

A sociedade capitalista é caracterizada pela produção de mercadorias, que apresenta como condições essenciais a propriedade privada dos meios de produção, a divisão social do trabalho e a exploração da força de trabalho sob a forma de trabalho assalariado.⁵

O peculiar na produção de mercadorias da sociedade capitalista é a exploração do trabalho assalariado, e a conformação de duas classes fundamentais que são determinadas pela propriedade ou não dos meios de produção. De um lado a burguesia (ou capitalistas), que por serem proprietários, exploram o trabalho daqueles que, do outro lado possuem apenas sua força de trabalho para vender, a classe trabalhadora (ou operariado).⁵

Como Marx⁹ afirma, na verdade, o que o operário vende não é o seu trabalho, mas sua força de trabalho por determinado período, e seu valor é a quantidade de trabalho necessário para sua própria produção e reprodução, em outras palavras, o valor de sua força de trabalho é “*...determinado pelo*

valor dos meios de subsistência necessários para produzir, desenvolver, manter e perpetuar a força de trabalho.”

A exploração do trabalho assalariado como produtor de mais-valia, através do sobretrabalho é a base da sociedade capitalista, sobre a qual se expande todo um complexo social, pois como aponta Lessa¹⁰ :

“ [...] o trabalho não é apenas a relação do homem com a natureza, mas também a relação dos homens entre si no contexto da reprodução social, o seu desenvolvimento exige o desenvolvimento concomitante (ainda que contraditório) das próprias relações sociais. E estas, por sua vez, precisam da mediação de complexos como a ideologia, a filosofia, a arte, a educação, a sexualidade, a alimentação, o Estado, o Direito, a política, etc., para citarmos apenas alguns.”

O trabalho apresenta então um caráter duplo e ambíguo; por um lado é construtor da identidade humana enquanto ser social, e por outro, representa a exploração do homem pelo homem.

1.1.A Configuração atual do trabalho

As duas últimas décadas foram marcadas por grandes transformações no mundo do trabalho, observa-se o aumento da precarização do trabalho através da flexibilização, trabalhos em tempo parcial, terceirizados, temporário, informais, etc.

Essas mudanças ocorreram no Brasil principalmente a partir da década de 1990 com transformações no âmbito da organização do trabalho nas indústrias e empresas, e no âmbito estatal através de decretos e leis de desregulamentação e flexibilização dos direitos trabalhistas.

A nível econômico, a produção deveria se libertar da rigidez fordista, e a solução encontrada, foi o que Harvey¹¹ denominou de “acumulação flexível”. Essa flexibilidade estaria presente nos processos e mercados de trabalho, nos produtos e nos padrões de consumo. *“Caracteriza-se pelo surgimento de setores de produção inteiramente novos, novas maneiras de fornecimento de serviços financeiros, novos mercados e, sobretudo, taxas altamente intensificadas de inovação comercial, tecnológica e organizacional.”*

Ainda de acordo com esse autor, a acumulação flexível permite um maior controle dos empregadores sobre a força de trabalho, devido principalmente a dois fatores, o retrocesso do poder sindical nesse modelo de produção, e a grande quantidade de mão-de-obra força de trabalho excedente, devido aos altos níveis de desemprego. Os regimes e contratos de trabalho são

Além da flexibilização da regulação do trabalho, ocorreram também alterações no processo de trabalho. Com inúmeras inovações tecnológicas e organizacionais no “chão de fábrica”, a produção também deveria ser flexibilizada e atender ao “novo” mercado. Várias formas de organização industrial foram introduzidas na lógica da acumulação flexível, mas o modelo que se destacou e predominou a nível mundial, foi o toyotismo, originado no Japão pela Toyota.

“[...] sob as novas condições de mercado colocadas pelo contexto dos anos de 1970, a produção em série e em larga escala, fundamentada em unidades produtivas altamente verticalizadas e concentradoras de grandes contingentes de trabalhadores especializados, em sua maioria semiqualeificados, tornou-se uma “camisa de força” para o crescimento. [...] o sistema toyotista de organização tinha como fundamento uma metodologia de produção e de entrega mais rápidas e precisas que os demais, associada justamente à manutenção de uma empresa “enxuta” e “flexível”. Isso era obtido pela focalização no produto principal, gerando desverticalização e subcontratação de empresas que passavam a desenvolver e a fornecer produtos e atividades, com utilização de uma força de trabalho polivalente – agregando em cada trabalhador atividades de execução, controle de qualidade, manutenção, limpeza, operação de vários equipamentos simultaneamente, dentre outras responsabilidades.”¹²

Antunes¹³, Pinto¹² e Iasi¹⁴ ressaltam que para além das inovações práticas, o toyotismo superou outros modelos e garantiu uma alta produtividade, sobretudo, por conseguir desenvolver mecanismos de envolvimento dos trabalhadores, manipulando sua subjetividade a favor da acumulação capitalista. O discurso imperante é de que essas mudanças permitiram uma relação mais favorável entre o capital e o trabalho, *“uma vez que possibilitaram o advento de um trabalhador mais qualificado, participativo, multifuncional, polivalente, dotado de uma maior realização no espaço de trabalho”¹³.*

De acordo com Amorim¹⁵, a acumulação flexível aliena o trabalhador de uma forma muito distinta da era fordista/taylorista, pois o trabalhador não está mais (aparentemente) subjugado ao cronômetro e a produtividade; agora ele tem a impressão não de que esteja produzindo, mas sim colaborando para o seu desenvolvimento pessoal e o da empresa. No lugar da produtividade estão as metas das promoções e gratificações, no lugar do relógio está o desafio pessoal, e a conseqüente culpabilização pelo fracasso.

Giovanni Alves¹⁶ nos alerta que a “ideia de team” na realidade oculta à manipulação da subjetividade, expressa através do controle, da vigilância e avaliação do processo de trabalho que ocorrem sem a necessidade de uma chefia, pois os trabalhadores tornam-se “carrascos” de si mesmos e do outro, uma vez que seus objetivos e metas pessoais (isto é, sua remuneração) estão dependentes em parte do trabalho dos outros. Nesse sentido, a equipe de trabalho é na verdade “... um conjunto de individualidades de classe concorrente.”.

As novas exigências colocadas por esse modelo de produção incentivou a formação de uma personalidade resiliente nos trabalhadores, que são os mais aptos e que sustentam moralmente suas empresas, apresentando como características: *“adaptar-se às mudanças e às situações ambíguas; ser capaz de se recuperar de esgotamento, exaustão ou traumas; [...] adotar condutas flexíveis na resolução de problemas; [...] transformar as adversidades em desafios a serem conquistados.”*¹⁶.

A conjugação dos elementos apresentados até aqui evidencia uma dinâmica ambígua no processo de trabalho: por um lado, estimula-se a ideia de colaboração, participação e trabalho em equipe, e por outro, engendra no trabalhador insegurança (pela flexibilização dos contratos de trabalho), individualização (pela responsabilidade de melhorar sua condição frente à “concorrência”).

Dessa forma, a flexibilização do trabalho impactou a organização da classe trabalhadora, ocasionando sua fragmentação e complexificação, dificultando a criação da identidade de classe e unificação desses na luta sindical.^{17, 15}

No âmbito estatal ocorre a partir do Governo Collor e mais fortemente no Governo FHC, os chamados “ajustes neoliberais”. O pensamento neoliberal origina-se no final da Segunda Guerra Mundial em ferrenha oposição ao socialismo, mas também às ideias da social-democracia e suas políticas keynesianas. Recuperando o liberalismo clássico, principalmente as formulações de Adam Smith, o neoliberalismo defende a liberdade econômica, onde o mercado é o regulador e organizador das relações sociais. Nesse sentido o Estado deve reduzir sua intervenção social para apenas as atividades e áreas em que o mercado não possa efetivamente prover.¹⁸ Nas palavras desses autores, o neoliberalismo:

“[...] defende um Estado absentista quando se refere a garantir direitos e um Estado forte quando se trata de retirar, flexibilizar, tornar precários os direitos (apresentados como privilégio), desmontar políticas sociais (mostradas como dispendiosas) e criminalizar movimentos sociais. [...] Ou seja, a burguesia não pretende uma total regulamentação dos mecanismos reguladores da economia, mantendo como imprescindível a presença do Estado para a defesa de seus interesses.”

No entanto, as ideias neoliberais não ganharam força nas décadas de 1940/1960 devido ao contexto sócio-histórico desse período, onde entre outros elementos se destaca o crescimento econômico e das taxas de lucro em um longo período do pós-guerra e o estágio da luta de classes, impulsionado pela ascensão do socialismo em diversos países no final da guerra.

Foi a partir da crise mundial de 1973 e seus desdobramentos na década de 1980 - com o declínio do Estado de Bem-Estar Social e a derrocada do socialismo real, entre outros – que o projeto neoliberal encontrou as bases necessárias para sua ofensiva a nível mundial.^{18, 19}

As justificativas para o ajuste neoliberal são os fenômenos advindos da crise dos anos 1970/80, como o déficit público, inflação crônica, aumento do desemprego, queda da produtividade, entre outros.²⁰ No entanto, “... o ajuste neoliberal não é apenas de natureza econômica; faz parte de uma redefinição global do campo político-institucional e das relações sociais.”²¹

Os principais pontos estimulados pela ordem neoliberal foram:

- ✧ Estado absentista – reduzindo os gastos públicos, através da adoção de políticas sociais restritivas, setoriais e focalizadas. *“Essas passam a ser geridas e financiadas pelo Banco Mundial, que decide, acima dos governos nacionais, qual o segmento da população que deve ser “focado” para ser assistido...”*;
- ✧ privatização das empresas estatais ou dos serviços públicos prestados pelo Estado;
- ✧ o Estado deve garantir a infraestrutura necessária ao desenvolvimento do capital;
- ✧ *desregulamentação da economia [...] a abolição da regulação do Estado sobre os preços da economia em geral e sobre as relações capital-trabalho*”;
- ✧ a ausência de uma política industrial na perspectiva do desenvolvimento nacional, pela incompatibilidade com a necessária mobilidade dos capitais; ^{21, 22, 23}

No governo de Fernando Henrique Cardoso (FHC), com a justificativa de tornar o Estado mais eficiente frente às mudanças trazidas pela globalização, *“[...] incorporou-se na agenda nacional a proposta de implantar os fundamentos de uma “Nova Gestão Pública”, afinada com a intensa abertura ao capital estrangeiro e permeada pela liberalização econômica.”*¹⁵.

A proposta foi elaborada pelo Ministério da Administração e Reforma do Estado e sintetizada no Plano Diretor da Reforma do Estado. O documento ressalta que no capitalismo contemporâneo, a noção de propriedade não deve se limitar entre privada e estatal, sendo necessário para se modernizar, estabelecer propriedades públicas não estatais, primordialmente no setor de serviços não exclusivos do Estado, o que traria inúmeros benefícios, como nos informa o próprio documento²⁴:

“[...] transferir para o setor público não estatal estes serviços (principalmente saúde), através de um programa de “publicização”, transformando as atuais fundações públicas em organizações sociais, ou seja, em entidades de direito privado, sem fins lucrativos, que tenham autorização específica do Poder Legislativo para celebrar contrato de gestão com o Poder Executivo e assim ter direito a dotação orçamentária; lograr maior autonomia e maior responsabilidade para os dirigentes desses serviços; lograr adicionalmente um controle social direto desses serviços...; lograr,

finalmente, uma maior parceria entre o Estado, que continuará a financiar a instituição, a própria organização social, e a sociedade a que serve e que deverá também participar minoritariamente de seu financiamento via compra de serviços e doações; umentar, assim, a eficiência e a qualidade dos serviços [...]".

A proposta tramitou durante 34 meses e foi promulgada em junho de 1998, através da Emenda Constitucional n.19 (EC 19), que provocou mais de 100 alterações legislativas.

Segundo Baraldi & Car²⁵, Molinaro²⁶ e Lima & Cockell²⁷ as principais modificações da EC 19 e de algumas leis subsequentes foram:

- ⤴ Regulamentação da contratação por tempo determinado de até dois anos com facilidade para a demissão, promovida pela livre negociação entre as partes e vedação de indexação dos salários;
- ⤴ Criação do banco de horas – as horas extras trabalhadas são “pagas” através da redução das horas na jornada normal, isso torna a jornada de trabalho flexível às exigências da produção e não representa nenhum ganho financeiro;
- ⤴ Criação do trabalho em tempo parcial – redução da jornada de trabalho semanal com redução proporcional no salário;
- ⤴ Limitação de gastos com servidores públicos – limita a verba dos entes federativos para gasto com contratação de pessoal. Essa medida foi consolidada pela Lei de Responsabilidade Fiscal de 2000;
- ⤴ Possibilidade de demissão de servidores concursados por excesso de despesas;
- ⤴ Implementação do Programa de Demissão Voluntária – estímulo para que os servidores do setor público pedissem demissão através de uma indenização;
- ⤴ Fim do Regime Jurídico Único como única forma de inserção no setor público;
- ⤴ Modificação nos concursos públicos - “[...] permitindo a diferenciação do concurso em razão da natureza do cargo, de modo a permitir que para cada caso sejam definidos requisitos específicos para a contratação.”.
- ⤴ Fim da isonomia salarial entre servidores públicos;

✧ Incentivo ao aumento da produtividade e colaboração dos trabalhadores através da Participação nos Lucros e Resultados da empresa (Lei 10.101/00)

✧ Entre outros.

Para o êxito dessas alterações foi necessário coibir a organização dos trabalhadores de ação combativa.

“Temos, assim, a característica fundamental de todas as reformas na área trabalhista, inspiradas no receituário neoliberal: o esforço por afastar o Estado das relações individuais de trabalho por um lado, eliminando e/ou flexibilizando os direitos dos trabalhadores protegidos em lei, e, por outro lado, intensificar a interferência do mesmo Estado nas relações coletivas de trabalho, sempre no sentido de restringir a ação coletiva dos trabalhadores, de punir a greve, e de coagir os sindicatos a se transformarem em instrumentos de controle dos trabalhadores, ao invés de serem um instrumento para a sua luta.”¹⁸

Para o setor saúde, e principalmente para o campo da saúde do trabalhador, essas alterações colocaram inúmeros desafios – de um lado o próprio trabalho dos profissionais da saúde pública foi atingindo pela desregulamentação e também por novas características de avaliação, como desempenho por metas quantitativas, etc. Por outro lado, a reestruturação produtiva levou a um reordenamento que dificulta a organização dos trabalhadores, e conseqüentemente sua participação nas ações de vigilância em saúde do trabalhador. E o aumento de trabalhadores com vínculos precários e informais se tornou uma problemática tanto para os sindicatos como para o campo da saúde do trabalhador, que não encontram saídas para lidar com essa conformação.

“O processo de desmonte do Estado brasileiro na área de saúde pública, ao longo da década de 90, conta com uma dupla estratégia: a primeira, mais geral, é a de desmonte da saúde pública, criando uma “universalização excludente”, com uma política pública de saúde voltada para os “pobres”, considerados não cidadãos porque não consumidores. A segunda estratégia é a de fragmentação dos trabalhadores em saúde – através da terceirização dos próprios – com débeis condições de trabalho, o que, por um lado, dificulta uma organização política unificada e, por outro, desqualifica o atendimento, com profissionais desvalorizados e desmotivados.”²⁸

1.2. Os modelos de atenção à saúde no trabalho

O trabalho e a saúde sempre estiveram estreitamente relacionados, tanto que é possível observar a abordagem do tema desde a era clássica, como por exemplo, nos registros de Hipócrates.

No entanto, é a partir do século XVIII, com o decorrer da Revolução Industrial, que se intensifica o debate acerca da saúde e trabalho. Bernardino Ramazzini com a obra “As doenças dos Trabalhadores” no ano de 1700 foi o responsável por um dos primeiros estudos sistematizado das doenças relacionadas ao trabalho.

A Revolução Industrial significou um grande salto tecnológico, principalmente no desenvolvimento de máquinas e dos transportes, acelerando em grande magnitude o ritmo da produção de mercadorias. Essas mudanças foram acompanhadas em igual proporção pelo aumento da exploração dos trabalhadores. Não havia regulação do trabalho fabril, crianças eram empregadas, o ambiente de trabalho era extremamente precário, as jornadas de trabalho estafantes e os salários mantinham as pessoas na miséria. Nesse cenário, milhares de trabalhadores adoecem e morrem.

Emerge então, no âmbito estatal, a medicina social, que apresenta diferentes modelos em cada país. No que tange à saúde no trabalho, destaca-se o exemplo inglês da medicina da força de trabalho. É nesse país que essa forma de medicina se desenvolve com maior potencialidade devido ao seu pioneirismo na Revolução Industrial, levando à geração de um proletariado numeroso.

A classe trabalhadora se torna uma dupla ameaça à ordem burguesa instituída. Por um lado, sua revolta e organização se constitui enquanto uma força política de enfrentamento; e por outro lado, os constantes problemas de saúde prejudicavam a produtividade do trabalho, reduzindo os lucros e, devido à aglomeração urbana, a classe dominante não estava imune às epidemias que acometiam os trabalhadores.²⁸ Foucault²⁹ aponta que a originalidade da medicina da força de trabalho inglesa está na...

“[...] realização de três sistemas médicos superpostos e coexistentes; uma medicina assistencial destinada aos mais pobres, uma medicina administrativa encarregada de problemas gerais como a vacinação,

as epidemias, etc., e uma medicina privada que beneficiava quem tinha meios para pagá-la.”

É também na Inglaterra do início do século XIX, que surge nas fábricas os primeiros serviços específicos de assistência à saúde dos trabalhadores, é o nascimento da Medicina do Trabalho. Essa estratégia de instalar tais serviços médicos visava, sobretudo, garantir a melhoria de saúde para que a produção não fosse prejudicada.³⁰

O médico da fábrica deveria ser sempre uma pessoa de confiança do proprietário, que defendesse os seus interesses. Esse profissional era inteiramente responsabilizado pelos agravos decorrentes do trabalho, e sua forma de ação era atuar para a recuperação rápida do corpo doente, através de interpretações unicasais dos agravos à saúde.

A Medicina do Trabalho apresenta como uma de suas funções, a seleção de trabalhadores mais adaptados para cada tipo de atividade laboral, permitindo assim a redução do adoecimento na fábrica. Esse modelo de serviço se generalizou no mundo, chegando tardiamente no Brasil, e só foi contestado a partir do contexto criado pela II Guerra Mundial.³¹

Em 1919 é criada a Organização Internacional do Trabalho (OIT), que terá forte influência mundial na orientação de políticas trabalhistas e de saúde. A OIT nasce com a principal tarefa - demandada pelos países centrais - de criar um padrão internacional de proteção ao trabalho, visando a garantia da igualdade de competição e da distribuição dos custos de produção. Nesse sentido, *“a proteção à saúde dos trabalhadores, no âmbito das relações internacionais, nasce sob o signo dos custos de transação no mercado, repassando-os aos produtos e de modo a garantir níveis similares de competitividade entre os países.”*³²

Após a Segunda Guerra Mundial (1945), a necessidade do incremento da produção ocasiona o aumento de acidentes e agravos do trabalho, apontando a debilidade da medicina do trabalho para dar conta da saúde dos trabalhadores. Dessa maneira, era necessário ampliar a área de atuação médica, através da inserção de outras áreas do conhecimento e de outros profissionais. O foco então deixa de ser apenas o corpo do trabalhador e passa

a ser também o ambiente, surge então a saúde ocupacional, com a preocupação de diminuir os riscos ambientais pela atuação da higiene industrial e de equipes multiprofissionais.³⁰

A saúde ocupacional, apesar de ser um modelo mais amplo que a medicina do trabalho, interpreta a relação trabalho e doença de uma maneira positivista, considerando simplesmente o ambiente nos seus aspectos de riscos físicos, químicos e biológicos. Os elementos constitutivos de riscos são analisados como se a somatória das partes fosse igual à totalidade, mas essa “equação matemática” encobre processos sociais inerentes a esses riscos.

À crítica a esses dois modelos apresentam os pressupostos que demarcam o campo da Saúde do Trabalhador. Podemos identificar principalmente três influências decisivas na conformação da área: da Saúde Coletiva; do Movimento Operário Italiano (e a consequente Reforma Sanitária Italiana); e a Medicina Social Latino-americana.^{30, 32, 33}

No âmbito da Saúde Coletiva a concepção do processo saúde-doença a partir dos determinantes sociais, possibilita à crítica ao modelo interpretativo da saúde ocupacional e da medicina do trabalho.

A influência da Medicina Social Latino-americana amplia o conceito de trabalho, agregando um novo sentido explicativo à categoria processo de trabalho.

*“A Medicina Social Latinoamericana propõe uma visão do conceito do trabalho que incorpora a ideia de processo de trabalho, na qual o foco não se restringe à sua composição ambiental constituída dos vários fatores/ agentes de risco e externo ao trabalhador, ao contrário, processo de trabalho é apreendido como uma categoria explicativa, que se inscreveria nas relações sociais de produção existentes entre capital e o trabalho (Lacaz, 1996). Ao mesmo tempo, esse paradigma incorpora uma ideia de trabalhador que diferente, da ideia de paciente, é visto enquanto um agente de mudança, com saberes e vivências acumuladas sobre seu próprio trabalho e acumuladas coletivamente”*³⁰

Ou seja, para além dos fatores biológicos e ambientais, o que irá definir as maneiras de adoecer e morrer da população, é sua forma de organização da produção material da vida e como os indivíduos se inserem nesse processo. O olhar sobre os processos de desgaste e saúde-doença deixa de ser sobre o corpo individual e passa a ser sobre o corpo social.³⁴

Além do conceito de processo de trabalho, a medicina social latino-americana também imprime na saúde do trabalhador as concepções de: relativização dos métodos quantitativos na determinação das associações entre causa e efeito; interdisciplinaridade na discussão do campo da saúde; incremento de práticas e gestões participativas em saúde; e a compreensão da dinâmica entre sujeito individual e coletivo.^{35, 36}

Já o movimento operário italiano trouxe como características para o campo da saúde do trabalhador, a participação do trabalhador como sujeito ativo na transformação da realidade, o princípio da não delegação da saúde à “terceiros”, a validação consensual em grupos homogêneos, e a luta contra a “monetização do risco”, que significa eliminar ou reduzir ao máximo a exposição às condições de trabalho prejudiciais à saúde em detrimento de ganhos financeiros compensatórios ao risco.^{32, 36, 37}

“Os conceitos de ‘validação consensual’ e de ‘não-delegação’ significam, por exemplo, traduzidos em fórmulas menos sibilinas, direito dos trabalhadores à plena consciência e à global determinação das condições produtivas que influenciam sua saúde; significam recusa a abandonar a própria integridade psicofísica ao arbítrio patronal mas também às decisões dos especialistas.”³⁸

A saúde do trabalhador, em um processo de incorporar superando, demonstra os limites das vigentes áreas da Medicina do Trabalho e Saúde Ocupacional para lidar com as questões de saúde no trabalho. Mais do que apenas proteger a força de trabalho através da determinação do cumprimento de normas e limites de tolerância, a intenção é atuar na promoção da saúde, intervindo nos ambientes e processos de trabalho. Sendo assim a Saúde do Trabalhador não deve ser entendida como uma evolução desses modelos, e sim enquanto um campo político que busca implantar concepções e práticas contra-hegemônicas.

“Praticamente toda a produção literária acadêmica que servia como balizamento teórico para a formulação e condução das práticas de ST [saúde do trabalhador] situava-se no campo da MT e da SO (Occupational Health na literatura internacional). Este fato explica, em parte, o imbróglgio conceitual, pelo que até hoje muitos se referem a ST como etapa evolutiva da MT e da SO. Ou seja, como é constantemente referenciado, estaríamos seguindo um percurso histórico em que a MT e a SO, campos de atuação técnica, política e institucional já bem constituídos e reconhecidos internacionalmente,

pouco a pouco seriam substituídos pela ST. Não é esse o nosso entendimento. [...] A ST, enquanto área própria e singular no campo de atuação da saúde pública foi se consolidando como escoadouro de idéias reformistas na saúde, na década de 1980, em que a vertente saúde-trabalho ganhou relevo após décadas de esquecimento no debate sobre as políticas públicas brasileiras de saúde, ou melhor, dizendo, sobre as políticas brasileiras de saúde pública.”³²

Ainda de acordo com esse autor³², as principais diferenças da Saúde do Trabalhador em relação à Medicina do Trabalho e a Saúde Ocupacional são: ampliação da compreensão do objeto de intervenção através da incorporação de categorias econômicas, sociais etc.; capacidade de intervenção pública sobre os determinantes dos agravos à saúde; a participação do trabalhador como protagonista em todo o processo; e a não limitação do entendimento da garantia da saúde aos limites normativos contratuais do trabalho.

Podemos destacar como principais características da saúde do trabalhador o seu caráter interdisciplinar e a incorporação do saber operário, buscando superar a sobreposição de disciplinas e técnicas. Esses elementos apontam uma nova perspectiva de compreensão dos processos de trabalho, contrapondo as abordagens tradicionais da Medicina do Trabalho e da Saúde Ocupacional.³⁹

CAPÍTULO 2- A SAÚDE DOS TRABALHADORES E AS POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL

No início do século XIX, enquanto nos países centrais são criados os primeiros serviços de Medicina do Trabalho, no Brasil estava se iniciando a consolidação de uma estrutura sanitária mínima.

Antes da chegada da Corte Portuguesa no Brasil em 1808, a assistência à saúde acontecia de acordo com os conhecimentos e cultura dos diversos grupos que constituíam o povo brasileiro, como índios, negros, portugueses e imigrantes europeus. Nessa época, aqueles que detinham algum conhecimento mais próximo dos estudos médicos europeus, atendiam apenas à elite da população, que podiam pagá-los.⁴⁰

Com a vinda da família real ao Brasil tornou-se necessário a organização de um serviço mínimo de saúde, capaz de dar suporte ao poder que se instalava na cidade do Rio de Janeiro. Inicialmente foram instituídas ações de saúde pública com o objetivo de habilitar e fiscalizar o registro daqueles que se dedicavam à arte da cura (médicos, cirurgiões, farmacêuticos, parteiras, sangradores, etc.) e fiscalizar os navios para impedir que chegassem novas doenças nas cidades costeiras; são criadas também as primeiras faculdades e agremiações médicas.

Com o processo de independência (1822), as atividades de saúde passam a ser responsabilidade das câmaras municipais, isso possibilitou que cada localidade agisse de acordo com seus interesses e necessidades, as ações se restringiam basicamente em realizar vacinação antivariólica, controlar a entrada de escravos doentes nas cidades, expulsão do meio urbano dos acometidos por doenças contagiosas e “purificação” do ambiente.⁴¹

Apesar da existência dessas ações, elas aconteciam de maneira muito incipiente, e é somente no início do século XX, com o aumento da industrialização brasileira, que as questões de saúde começam a ser abordadas de maneira mais ordenada.

De acordo com Baptista⁴⁰, a partir de 1902, importantes mudanças ocorreram nas políticas de saúde, com a reforma implementada por Oswaldo

Cruz. Houve forte investimento em ações de saneamento e organização urbana, combate a endemias e inicia-se a interiorização do programa de saúde pública no país. No entanto, várias ações desenvolvidas foram de cunho autoritário e normativo, o melhor exemplo, foi a obrigatoriedade da vacina. Essa forma policialista de lidar com a saúde foi alvo de intensas críticas e culminou no movimento denominado Revolta da Vacina.

Há uma forte influência da Medicina Social no estabelecimento da saúde pública brasileira, no entanto, Pinheiro⁴² afirma que há divergência entre autores quanto ao caráter e objetivo central das ações implementadas no país. Alguns defendem a similaridade com o modelo inglês, que objetivava impulsionar o desenvolvimento capitalista no Brasil, através do controle e manutenção da força de trabalho. Outros acreditam, que o modelo brasileiro segue mais a medicina de Estado do exemplo alemão, visando o fortalecimento e legitimação do Estado, centrando a atuação nas populações pobres, excluídas e marginalizadas, que seriam uma ameaça à ordem vigente.

Em síntese, a medicina de Estado propunha a melhoria do nível de saúde da população, através de práticas que culminaram no que se denominou de polícia médica. O objeto da prática médica nessa noção não era a adaptação da força de trabalho ao processo de industrialização em curso, mas sim fortalecer o Estado, os indivíduos que o compunham globalmente. Nas palavras de Foucault²⁹, a viabilização dessa estratégia foi possível...

“Com a organização de um saber médico estatal, a normalização da profissão médica, a subordinação dos médicos a uma administração central e, finalmente, a integração de vários médicos em uma organização médica estatal, tem-se uma série de fenômenos inteiramente novos que caracterizam o que pode ser chamada a medicina de Estado.”

Para além de tentar categorizar a saúde pública do período em questão, devemos considerar a coexistência dos dois modelos, que direta ou indiretamente propiciaram as condições necessárias para o desenvolvimento e consolidação do capitalismo. De um lado, as ações embrionárias de vigilância de controle das doenças infecto-epidêmicas que fortaleciam a consolidação do Estado; e do outro, as intervenções sobre as condições de trabalho nas

fábricas. É interessante ressaltar que as inspeções nos locais de trabalho, e toda a abordagem estatal da relação entre saúde e trabalho no início do século XX, era função exclusiva do setor saúde.⁴²

No âmbito acadêmico, os primeiros estudos registrados no país sobre a relação saúde-doença-trabalho abordaram a intoxicação crônica de trabalhadores por chumbo e foram apresentados no período entre 1880 e 1903 à Faculdade de Medicina da Bahia.⁴³

Na esfera do mundo do trabalho, o século XX inicia com duas greves gerais e diversas manifestações, reivindicando principalmente a jornada de trabalho de 8 horas. No entanto, até a década de 1930 apenas algumas leis pontuais e por categorias foram criadas, a nível nacional destacam-se três leis: 1) a permissão para criar sindicatos nas indústrias, que deveriam ter como finalidade “confraternizar as classes”; 2) o direito de indenização em caso de acidentes de trabalho; 3) a proibição do trabalho para menores de 14 anos. Vale ressaltar, que a existência de tais leis não significa sua aplicabilidade.⁴⁴

A década de 1930 inicia-se com a grave crise econômica instaurada em novembro de 1929, uma crise de superprodução, que gerou milhões de desempregados no mundo e ocasionou o colapso da bolsa de valores de Nova Iorque. O Brasil, que tinha sua economia baseada na exportação de produtos agrários, foi afetado pela dificuldade de venda dos produtos primários e de importação de mercadorias industrializadas.

Diante desse panorama, Getúlio Vargas assume a presidência e irá provocar grandes mudanças políticas e econômicas. O Estado passa a intervir na economia, criando as condições para a expansão da indústria nacional, apostando no modelo de “substituição de importações”.

Para concretização desse modelo de desenvolvimento, a burguesia dos novos setores industriais necessitava de ordem e estabilidade política diante dos trabalhadores. Nesse sentido, uma nova postura é adotada diante do movimento operário, é necessário cooptar os trabalhadores para a ideia de colaboração entre as classes, pela harmonia entre capital e trabalho. E quando isso não fosse possível, recorria-se às formas clássicas de repressão.⁴⁴

Vargas já inicia seu governo com a criação do Ministério dos Negócios do Trabalho, Indústria e Comércio, e com a implantação de diversas leis trabalhistas.

“A implantação das leis trabalhistas e sociais atendia a três necessidades históricas:

- 1- Racionalizar e regulamentar as relações de trabalho, possibilitando o desenvolvimento capitalista, que estava emperrado. Esta necessidade devia-se à visão estratégica da equipe do Governo Vargas que projetava um rápido crescimento da indústria e, conseqüentemente, da classe operária.*
- 2- Esvaziar as pressões da classe operária, que visava conquistar os mesmos direitos das classes operárias de outros países. Entre esses direitos, 8 horas de trabalho diário, salário-mínimo, descanso semanal, regulamentação do trabalho da mulher e dos menores, previdência social.*
- 3- Atender às pressões da OIT, que exigia um mínimo de igualdade de condições para não desequilibrar a concorrência entre os vários países.*

Junto com as leis de proteção ao trabalhador, também são criadas leis e normas regulamentadoras da vida sindical, visando um maior controle sobre ela, para castrá-la.⁴⁴

Em 1939, a organização da estrutura sindical é completamente modificada pelos novos decretos da ditadura de Vargas. É imposto o reconhecimento de apenas um sindicato por categoria, e a proibição de existência de sindicatos externos ao sistema oficial. Os sindicatos adotam um estatuto padrão, elaborado pelo Ministério do Trabalho, que entre outras coisas, torna o sindicato um espaço de prestação de serviços assistenciais.⁴⁴

Como forma de garantir a incorporação dos trabalhadores nos sindicatos oficiais, foi estabelecido que os benefícios legais só seriam concedido aos sindicalizados, com isso o governo Vargas consegue moldar um novo sindicalismo. Além de assistencial, os sindicatos passam a ser colaboradores para a paz social, para a conciliação das classes, sendo o Estado o grande mediador dos conflitos, o “pai de todos”.

Getúlio Vargas completa sua regulação trabalhista, com a publicação em 1º de maio de 1943, da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT).

Dentro da vasta legislação trabalhista criada, as questões de saúde dos trabalhadores passa a ser função do setor trabalho, forjando um processo de cisão e exclusão institucional do setor saúde nas fiscalizações dos ambientes de trabalho. A área da saúde passa então a assumir apenas à assistência aos trabalhadores.^{34,35}

A política de saúde do governo Vargas era organizada basicamente em dois subsetores: a saúde pública, que objetivava criar condições sanitárias mínimas; e a medicina previdenciária, que além da consolidação dos direitos trabalhistas, tem como marco a criação dos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAP's).⁴⁵

Os IAP's ao invés de serem organizados por local de trabalho passam a ser por categorias profissionais, mas mantêm a obrigatoriedade do vínculo formal de trabalho. Isso ocasionou serviços de qualidades diversas, pois dependia do poder de arrecadação de cada categoria e do montante de trabalhadores existentes. O financiamento, inspirado no modelo Bismarckiano, se torna tripartite, com participação do Estado, do empregador e do trabalhador. No entanto, o governo se apropria dos recursos da previdência para investir na industrialização do país.⁴¹

Esse modelo previdenciário demonstra que nessa época para se ter direitos sociais no país era necessário não apenas estar empregado, mas ter vínculo empregatício no setor produtivo reconhecido pelo Estado, ou seja, ser trabalhador que estivesse inserido na esfera produtiva que atendesse aos interesses do desenvolvimento econômico do país. Nesse sentido, configurava-se uma cidadania regulada e excludente.⁴⁰

“Como podemos sintetizar o papel de Getúlio Vargas na história brasileira? [...]”

Personalidade extremamente contraditória criou muitas leis trabalhistas e, ao mesmo tempo, organizou uma poderosa máquina de repressão que se abateu sobre os trabalhadores. A hábil propaganda... levou muitos trabalhadores a considerarem Vargas o “pai dos pobres”. Ao mesmo tempo, foi um ditador cruel, pronto a tomar qualquer atitude repressiva que julgasse necessária. [...] Permitiu o funcionamento dos sindicatos, mas os atrelou totalmente ao governo. Sua estrutura sindical foi uma castração dos sindicatos.

Os trabalhadores agradeciam os “benefícios” recebidos, e os empresários eram gratos pela forte expansão industrial, três vezes superior, em dez anos, à que havia ocorrido nos cinquenta anos anteriores. Ficou famosa a piada sobre Getúlio: “pai dos pobres e mãe dos ricos”.⁴⁴

De maneira geral, as políticas de saúde nesse início do século XX permaneceram com as mesmas características do final do século anterior, se constituindo em um modelo que irá perdurar até a década de 1960,

denominado sanitarianismo campanhista, que consistia em uma *“política de saneamento destinado aos espaços de circulação das mercadorias exportáveis e a erradicação ou controle das doenças que poderiam prejudicar a exportação”*.⁴¹

Em 1953 foi criado o Ministério da Saúde, o que na verdade limitou-se a um mero desmembramento do antigo Ministério da Saúde e Educação sem que isto significasse uma nova postura do governo e uma efetiva preocupação em atender aos importantes problemas de saúde pública de sua competência.

No governo de Juscelino Kubitschek é proposto a unificação dos Institutos de Aposentadoria e Pensões, que é criticado, pois ocorreria o nivelamento por baixo dos benefícios dos trabalhadores, já que cada IAP tinha uma condição diferente.

Num contexto de grande efervescência política no país, João Goulart assume a presidência em 1960, e propõe as Reformas de Base, dentre as quais da Saúde e Educação. Eram reforma democratizantes, com forte apoio popular, pois garantiriam mais direitos aos trabalhadores. A direita política, insatisfeita com a ascensão de Jango à presidência, e receosa com a possível implantação das Reformas de Base, inicia o planejamento do Golpe que ocorrerá em 1964.

Em março de 1964, o presidente assina o decreto das reformas, e no dia 1º de abril sofre o Golpe Militar.

O governo instaurado pelos militares visava paralisar o movimento operário e garantir um projeto de desenvolvimento associado à entrada do capital internacional no país.

A tática adotada para os sindicatos foi transformá-los em órgãos puramente assistenciais e de negociação com o governo, retirando assim seu caráter de politização e reivindicativo.

Através de decretos-leis os militares tomaram diversas medidas para concretizar a tática de descaracterização dos sindicatos e atrelá-los ao governo, entre elas: distribuição de bolsa de estudos para os filhos dos trabalhadores; doação de terrenos para diversas finalidades; ampliação e reforma dos departamentos médico e odontológico dos sindicatos; assistência jurídica gratuita prestada pelos sindicatos; implantação do “Plano de

valorização dos sindicatos”, que consistia basicamente no oferecimento de empréstimo bancário para os associados, e na construção de casas populares com dinheiro público.⁴⁴

Ainda de acordo com Giannotti⁴⁴, o crescimento econômico que inicia-se no governo militar, é garantido, entre outros aspectos, pelo aumento da exploração da força de trabalho, com aumento do ritmo e das horas extras, e com arrocho salarial. Esses são alguns dos fatores que contribuirão para que o Brasil no início da década de 1970 seja o campeão mundial de acidente e mortes no trabalho.

A população em geral era cooptada pelo discurso do “milagre econômico”, e no intuito de conter as tensões sociais e garantir legitimidade ao regime, o Estado implementou uma ampla política assistencial. Uma das principais foi a ampliação do sistema previdenciário, através da unificação dos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAP), no Instituto Nacional da Previdência Social (INPS), que em 1970 incluiu entre seus beneficiados as empregadas domésticas, trabalhadores rurais e autônomos. O INPS foi muito criticado, pois nivelou à assistência a saúde por baixo, gerando insatisfação das categorias que tinham IAP forte; além de retirar os trabalhadores da gestão do sistema.¹⁷

O sistema de saúde nesse período sofreu forte influência do capitalismo internacional, caracterizado pela medicalização da vida social. Enfatizou-se o modelo de atenção privatista e curativista, com enfoque hospitalar, provocando a expansão do complexo médico-industrial.⁴⁵

Em decorrência da crise econômica mundial de 1970, o governo brasileiro passa por uma crise política, institucional e econômica, e na tentativa de garantir a manutenção do poder, inicia no final dessa década, e de forma lenta e gradual a abertura política

E nesse cenário, de busca pela redemocratização do país e agudizado pelos reflexos sociais da crise internacional, que emerge um movimento organizado da saúde, também conhecido como movimento sanitário, propondo uma reforma sanitária brasileira. E nesse âmbito de influências que surge o campo da saúde do trabalhador no país.

2.1. A emergência do movimento sanitário e da saúde do trabalhador

“O movimento sanitário organizado ao longo dos anos 60, 70 e 80 contou com o apoio de entidades de profissionais de saúde, de sanitaristas, as quais se somaram os movimentos de associação de bairro, entidades feministas, entidades estudantis e sindicais [...] aglutinaram o movimento social e um conjunto de lideranças políticas”⁴⁶

De acordo com Paim ⁴⁷, o movimento sanitário, que elabora o projeto da Reforma Sanitária Brasileira (RSB), se consolida no contexto da crise capitalista mundial do início dos anos de 1970, fim do “milagre econômico” brasileiro e forte contestação à ditadura militar. Na saúde estava instalada uma crise devido ao alto custo do modelo hospitalocêntrico e baixa eficácia e cobertura da assistência à saúde. A adoção de “novas” matrizes teóricas e a conseqüente produção científica na saúde politiza a discussão de concepções e conceitos sobre o processo saúde doença e a relação saúde-sociedade, instituindo nessa década o campo da saúde coletiva enquanto campo científico que nasce de certa forma da prática política do período.

Segundo Arouca⁴⁸, até a década 1960 a concepção de saúde se concentrava na multicausalidade, que considerava basicamente os fatores biológicos do indivíduo e a transmissibilidade das doenças, mas o período político em questão trouxe discussões e reflexões que desembocaram em um novo paradigma. A incorporação do materialismo histórico e dialético nas análises teóricas proporcionou a compreensão da determinação social no processo saúde-doença.

Essa nova concepção de saúde será o fio condutor da emergência do campo da Saúde Coletiva no Brasil. Vale ressaltar que a eclosão desse pensamento teve como influências, para além do contexto político repressivo, o exemplo da Reforma Sanitária Italiana e a construção teórica da Medicina Social Latino-americana.

No entanto, os atores políticos do movimento sanitário não defendiam a priori um projeto único e consensual do que seria a saúde pública pretendida. Nesse sentido, o contexto da ditadura militar e a luta pela redemocratização do Estado, foram fundamentais para que se consolidasse um movimento pela

saúde -que apesar de ter em seu bojo diferentes concepções políticas e partidárias- que através de muitas tensões e disputas, conseguiu formular um projeto que representasse, ao menos em suas formulações centrais, o consenso das diferentes forças. Nas palavras de Cohn⁴⁹, a Reforma Sanitária é *“um projeto de intervenção na realidade com conteúdos distintos, a partir de recortes políticos (projetos) de distintas propostas partidárias”*.

O movimento ganha força com a criação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) em 1976, que passa ser o principal espaço de propaganda e divulgação. Nesse período surge também o Movimento Popular de Saúde (MOPS), que juntamente com diversos sindicatos conferem ao movimento sanitário a característica de luta popular.⁵⁰

Os primeiros anos da década de 1980 foi um período de forte recessão econômica, conhecida como “crise da dívida externa”. A insatisfação com a situação social, econômica e com o governo repressor chegou ao ápice. Emergiram novas organizações políticas, com destaque para o Partido dos Trabalhadores (PT), Central Única dos Trabalhadores (CUT), e Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem-terra (MST). Dentro das fábricas florescem as Comissões de Fábrica e as Cipas.⁴⁴ Esses são os anos com o maior volume de greves registradas na história do Brasil. Na saúde, o movimento sanitarista se fortalece, e elabora de maneira mais consistente o projeto de Reforma Sanitária.

O Brasil caminhava na contramão da tendência mundial da década de 1980, que foi marcada pela diminuição das lutas dos trabalhadores e por uma profunda crise da esquerda. Isso ocorreu por um lado, pela anulação da força política da União Soviética, e sua dissolução em 1989, tendo como marco a queda do muro de Berlim. E por outro lado, pelo avanço das políticas liberais no mundo com a influência das vitórias eleitorais de Margareth Thatcher na Inglaterra, e de Ronald Reagan nos Estados Unidos.

Em 1982 ocorrem as eleições diretas para governadores, que resultou na vitória de partidos progressistas e democráticos em diversos estados. Essa conjuntura permitiu a criação dos primeiros Programas de Saúde dos Trabalhadores (PST's).

Esses serviços foram organizados visando articular ações de assistência à saúde, ações de vigilância dos ambientes de trabalho, e a interlocução com o movimento sindical e com outras instituições, através de uma prática multiprofissional; e apresentavam como características técnicas o uso da epidemiologia no planejamento e execução das ações; e uma vasta heterogeneidade de intervenções, devido por um lado, ao estabelecimento de prioridades pelos representantes dos trabalhadores e por outro, pelas limitações ou facilidades de cunho epidemiológico de cada região. Para Machado²³, essa diversidade de experiências é um exemplo para o setor saúde, acostumado sempre a executar programas verticalizados e padronizados.

Vários desses PST's se tornaram exemplos devido à qualidade elevada de suas ações e seu comprometimento com os trabalhadores, contribuindo principalmente com diagnósticos que apontavam o ocultamento e a submissão dos serviços de saúde empresariais, e das tradicionais inspeções do Ministério do Trabalho. Sua efetividade pode ser comprovada, entre outros fatores, pelo aumento do número relativo e absoluto de doenças ocupacionais registradas nas estatísticas da previdência social entre 1985 e 1987.^{50, 51}

O grande marco do movimento sanitário foi a 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986, onde as proposições da Reforma Sanitária foram defendidas e apontavam para uma reforma democrática do Estado. Essa conferência confirmou o caráter diversificado e massivo do movimento. Em dezembro do mesmo ano aconteceu a 1ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador (CNST)

Cria-se então o Sistema Único de Saúde, introduzido na Constituição Federal de 1988 e promulgado com a Lei Orgânica da Saúde nº 8080 de 1990. No entanto, a trajetória do SUS tem sido marcada por dilemas que têm lhe configurado uma atuação distante daquela pela qual ele foi instituído, a ponto de se poder aludir a existência de um SUS “real” que em muito se distancia do SUS “constitucional”⁵².

Com a nova Constituição Federal, o setor saúde passa a ter papel institucional sobre a saúde dos trabalhadores, com competência estabelecida

para “executar as ações de saúde do trabalhador” e “colaborar na proteção do meio ambiente nele compreendido o do trabalho”.⁴³

“Do ponto de vista sindical, com esta nova constituição, cai a maioria das proibições da legislação imposta aos sindicatos. Acaba o Estatuto Padrão, terminam as cassações e intervenções nos sindicatos e os funcionários públicos podem sindicalizar-se. É mantida, porém, a unicidade sindical, o monopólio da representação, o imposto sindical e o poder normativo da Justiça do Trabalho. Esta agora decide quais são as categorias essenciais, que podem ou não podem fazer greve. Ao mesmo tempo, muitos direitos são colocados na nova Carta sem, porém, qualquer regulamentação. Essas regulamentações viriam no futuro... em cinco, dez ou vinte anos, ou, quem sabe, no dia de “São Nunca”.”²²

2.2. A consolidação jurídica da Saúde do Trabalhador e da Vigilância em Saúde do Trabalhador.

“o [...] momento, da implantação da Saúde do Trabalhador no SUS, [...] por mais paradoxal que seja, é marcado por um lado pela legislação nesse campo, que adquire status de instrumento operacional, por outro, por um período de mudanças na orientação das políticas econômicas e sociais e reformas administrativas na máquina do Estado.”³⁰

Após a CF88 e a promulgação da Lei 8080/90, ocorreram inúmeras transformações no setor saúde como um todo. Uma importante modificação foi que passou a ser atribuição legal do SUS o exercício de fiscalização dos ambientes de trabalho, rompendo assim com a dependência da vigilância frente às Delegacias Regionais do Trabalho (DRTs) para realização das ações de inspeção. Diante desse fato, esse período foi marcado pelo acirramento da tensão entre MS e o MTE.⁵³

“Num curto período de tempo, o campo da VIST [VISAT] ia ganhando uma visibilidade ainda maior. Nos anos seguintes [após 1989], ocorreria um rico e variado movimento de mobilização, em diversas instâncias institucionais e sociais, com avanços e resistências, onde conviviam simultaneamente, a criação de novos PST, o desenvolvimento de instrumentos de trabalho (manuais, fichas de investigação, sistemas de informação), a realização de eventos (cursos, seminários, conferências, oficinas de trabalho), uma série de conflitos de ordem institucional-jurídico, a edição de portarias, e um aumento da produção científica.”⁴²

Nos anos de 1991 e 1992 houve um aumento significativo no número de PST abrangendo todo o território nacional. Apesar do predomínio de atividades assistenciais, essa disseminação de serviços contribuiu para a intensificação da discussão no esforço de estruturar e implantar as práticas de VISAT no SUS.

A criação e disseminação desses serviços especializados no interior do SUS tinha sido alvo de discussão no final da década de 1980. Por um lado a estratégia era considerada necessária para conquistas de avanços setoriais, principalmente para lidar com as dificuldades de recursos financeiros e capacitação de profissionais para a área, além de possibilitar uma maior aproximação com o movimento sindical; por outro lado a crítica a esses serviços era que isso poderia contribuir para o isolamento da área, criando uma rede paralela frente aos serviços e às políticas de saúde no SUS, o que de fato acabou ocorrendo.⁵⁰

Apesar desse embate, em termos operacionais e estratégicos, a capilaridade do SUS, devido ao processo de municipalização, permite que as ações de VISAT sejam acompanhadas de maneira mais próxima pelas instâncias institucionais locais por meio principalmente de parcerias com os trabalhadores, seja pelo sindicato, membros da CIPA, comissões de fábrica, comissões por locais de trabalho, etc., possibilitando assim uma maior concretização das intervenções.³⁵ Se fosse estabelecido uma real parceria intrasetorial com as demais instâncias do SUS, evitando assim a marginalização do setor, os serviços de saúde do trabalhador conseguiriam realizar as ações de VISAT, pois teriam como retaguarda os serviços de assistência à saúde do restante do SUS para lidar com os casos de recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores.

Em 1994, envolto de um período de afirmação e legitimação dos programas saúde do trabalhador como instâncias do SUS, ocorreu a 2ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, onde são definidas linhas gerais para a política, no entanto...

[...] com o movimento da IICNST, é evidenciada essa primeira disseminação de ações de saúde do trabalhador, porém sem ênfase na vigilância, e sim com uma concentração em ações assistenciais focada muitas vezes nas disputas de diagnóstico e denexo causal

com a previdência. É característico da II CNST o embate entre corporações dos setores da saúde e do trabalho, reproduzindo um conflito de competências bastante utilizado pelas empresas e por seus representantes legais no constrangimento de ações de vigilância realizadas pelas instancias do SUS.”⁵³

Ainda em 1994 foi elaborada a Norma Operacional de Saúde do trabalhador (NOST), que só será promulgada em 1998 (portaria 3908) com o objetivo de contribuir para a implantação e instrumentalizar as ações de saúde do trabalhador no SUS. Em 1998 esse documento é sancionado na Portaria N.º 3.908. Nesse documento são colocados como principais desafios para a vigilância em saúde do trabalhador:

“c) as ações de vigilância dos ambientes e processos de trabalho e de proteção à saúde dos trabalhadores são raras, em geral assistemáticas, pontuais e desvinculadas de um planejamento e estabelecimento de prioridades;
d) a carência e o despreparo, ou não capacitação, dos profissionais de toda a rede de serviços, desde os níveis básicos até os secundários, terciários e os setores de vigilância epidemiológica e sanitária;
e) carência de informações a respeito dos riscos existentes no parque produtivo de seu território;
f) as relações interinstitucionais ocorrem com dificuldade, mais como atuações pontuais de alguns técnicos, do que como políticas institucionais estabelecidas e cumpridas;
g) além das dificuldades que afetam o Sistema como um todo: a crise financeira e a falta de condições materiais de toda a rede de assistência à saúde; a persistência do modelo centrado na consulta médica, individual, em detrimento das ações coletivas de vigilância em saúde, dentre outras.”⁵⁴

Antes de iniciarmos a análise do panorama dos anos recentes, é necessário retornar um pouco na trajetória histórica apresentada até aqui no intuito de apresentar de maneira mais esquematizada as especificidades da Vigilância em Saúde do Trabalhador

CAPÍTULO 3 - A VIGILÂNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR COMO POLÍTICA DE ESTADO

“A partir da apresentação do campo da Saúde do Trabalhador, observamos que este é marcado por influências sociais e políticas e, assim, a política de atenção à saúde dos trabalhadores no Brasil vem sendo construída e desenvolvida. Na Vigilância em Saúde do Trabalhador, esse desenvolvimento tem buscado a superação das concepções clássicas da vigilância sanitária e epidemiológica e da vigilância médica dos agravos à saúde relacionados ao trabalho, revisando competências institucionais, incorporando outros atores sociais e avançando em direção a práticas de caráter multiprofissional, interdisciplinar e intersetorial.”³³

Os programas de vigilância no Brasil só se iniciam em 1970, mais especificamente através da Campanha de Erradicação da Varíola, emergindo assim a Vigilância Epidemiológica. Mas é em 1975 que o processo de vigilância ganha status e abrangência nacional, com a criação do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica, e do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. A criação independente das duas instituições consolida e materializa a dicotomia entre as duas vigilâncias, realidade que se apresenta ainda nos dias atuais como obstáculo para uma efetiva intervenção da VISAT.

O sistema nesse primeiro período seguia o modelo estadunidense, de ações centralizadoras e verticalizadas, e não existia uma preocupação com a formação técnica para a vigilância.⁴²

Basicamente, a vigilância epidemiológica trabalhava com o controle das doenças transmissíveis, enquanto a vigilância sanitária era responsável pelas fiscalizações de produtos (principalmente alimentos e medicamentos) e pelo controle de aeroportos, fronteiras e portos. No entanto, na vigilância epidemiológica já se encontrava em suas atribuições a de fiscalização sobre as condições de trabalho dos trabalhadores da saúde.

Com o movimento da Reforma Sanitária, o modelo de vigilância, e especialmente a sanitária, é muito criticado. Há nesse período um intenso debate com o intuito de repensar a vigilância através dos princípios e referenciais do movimento sanitário. As principais críticas às ações de vigilância referiam-se ao seu caráter autoritário, centralizador e coercitivo. Pensava-se também na importância de romper com a descontinuidade das

ações e de criar estratégias que aumentasse o âmbito de cobertura das intervenções.⁴²

De acordo com o mesmo autor, as práticas de Vigilância em Saúde do Trabalhador no Brasil não tiveram origem no campo geral das estruturadas vigilâncias epidemiológica e sanitária, tão pouco surgiram das inspeções nos ambientes de trabalho realizadas pelo Ministério do Trabalho. A tese é de que as ações de VISAT nasceram no setor saúde, nos Programas de Saúde do Trabalhador na década de 1980, *“de forma heterogênea e contraditória, combinando elementos da experiência internacional e nacional das chamadas vigilância em saúde pública (sanitária e epidemiológica), vigilância à saúde, inspeção/fiscalização do setor Trabalho, e do movimento italiano e latino-americano da saúde do trabalhador”*.⁴²

Os já mencionados Programas de Saúde do Trabalhador (PST) que surgiram no início da década de 1980 apresentavam em sua concepção a necessidade de atuar para além da assistência, sendo necessário realizar processos de vigilância, uma vez que os agravos à saúde decorrentes do trabalho são preveníveis e previsíveis, sendo seus determinantes passíveis de intervenção.

De maneira geral, os elementos desenvolvidos nesses programas e que se tornaram referência para o processo de VISAT são: participação permanente dos trabalhadores em todo o processo; uso do conceito de mapa de riscos; equipe multiprofissional; articulação intra e intersetorial; uso da epidemiologia para estabelecer prioridades e conhecer a realidade, criando informações que balizam o planejamento, execução, avaliação e monitoramento das ações;

“A concepção de vigilância da saúde do trabalhador surgiu dentro dos PST, combinou componentes das vigilâncias sanitária e epidemiológica e das inspeções em ambientes de trabalho, congregou componentes para a abordagem interdisciplinar da relação processo de trabalho e saúde como: tecnologias utilizadas nos processos de produção; epidemiologia para a avaliação de risco; elementos sociais como as condições econômicas e de organização dos trabalhadores, incorporando o processo de trabalho como categoria e objeto fundamental para sua análise e intervenção. Essa concepção requer abordagem ampliada e deve ser exercida pelos diferentes atores que tenham envolvimento com a questão, extrapolando o setor saúde .

A vigilância em saúde passou a constituir-se em ação de cidadania, fundamentada na união das vigilâncias sanitária, epidemiológica, e posteriormente da vigilância da saúde do trabalhador, com bases no enfoque de risco e na epidemiologia social.”⁵⁵

É inerente ao objeto das ações da VISAT a característica do conflito, isso porque ela é uma prática social que se insere numa sociedade específica, regida pela contradição entre capital e trabalho. As relações sociais de produção no capitalismo conformam duas classes antagônicas, com interesses distintos e inconciliáveis.⁴²

Nesse sentido, essa tensão existente na VISAT é estrutural e não conjuntural. No entanto longe de ser neutra nesse conflito, a concepção brasileira insere o trabalhador como elemento central das ações de VISAT, tomando assim partido do lado dos trabalhadores.

“O objeto e o campo de ação da VIST é portanto um espaço particular onde se situa a gênese e a mediação de conflitos entre o capital e o trabalho, e ao mesmo tempo a VIST estabelece uma relação com as partes em conflito que não é neutra e que também é heterogênea, conflitante, contraditória e permeada por diversos conflitos inertes a sua própria natureza enquanto uma política de Estado”⁴².

Foi a incorporação jurídico-constitucional da Saúde do Trabalhador dentro das políticas públicas, através da Constituição Federal/1988 e da Lei Orgânica da Saúde/1990, que impulsionou o processo da construção do conhecimento e das práticas de Vigilância em Saúde do Trabalhador no país.

A constituição do SUS é um marco para a saúde do trabalhador, pois além da institucionalização normativa-jurídica do campo, teve o mérito de recolocar no âmbito do setor saúde a responsabilidade e competência de fiscalizar e intervir sobre as condições e ambientes de trabalho, rompendo assim com a dependência da vigilância frente às Delegacias Regionais do Trabalho (DRTs) para realização das ações de inspeção. Diante desse fato, esse período foi marcado pelo acirramento da tensão entre o Ministério da Saúde e o Ministério do Trabalho e Emprego, que até então, era o único detentor de poder de intervenção nos ambientes de trabalho.⁵³

No contexto dessa disputa, ganha centralidade a discussão dos conceitos de vigilância e fiscalização, como tentativa de delimitar o objeto, e o

campo de prática de cada instituição.⁴² Esse conflito até hoje se apresenta enquanto obstáculo ao planejamento de ações interinstitucionais, que poderiam ser mais resolutivas pela intervenção conjunta.

Na busca de fomentar a mudança de prioridade das ações dos PST rumo à vigilância, a II Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, ocorrida em 1994, apresentou como um dos eixos temáticos o papel da Vigilância como prática orientadora das ações em saúde do trabalhador. O encontro definiu como diretrizes gerais para a difusão da VISAT: incorporação do controle social; criação de parcerias com as universidades; garantia de autonomia da vigilância através do aumento de recursos tecnológicos; integração das ações nas três esferas de governo; manter integralidade com a assistência; e priorizar as ações nos locais de maior risco iminente à saúde dos trabalhadores.^{42, 53}

Outro ponto abordado na conferência e alvo de muitas polêmicas, foi o debate entre unificar ou integrar as ações de vigilância / fiscalização do Ministério da Saúde e do Ministério do Trabalho e Emprego, após horas de discussão prevaleceu na votação pela unificação das ações, mas que na prática não surtiu efeito.

Outro documento importante, elaborado em 1995, foi o “Manual de Normas e Procedimentos Técnicos para a Vigilância em Saúde do Trabalhador no Sistema Único de Saúde”

Segundo Pinheiro⁴², os objetivos propostos para a VISAT nesse manual eram: conhecer a realidade de saúde dos trabalhadores, intervir nos fatores determinantes dos agravos, avaliar as medidas de controle adotadas, subsidiar o planejamento e a formação de recursos humanos e estabelecer um sistema de informações. Para alcance desses objetivos, eram estratégias centrais: superar as dicotomias entre as vigilâncias, participação ativa dos trabalhadores, elaborar mapas de risco, elaborar critérios de priorização das atividades.

O “manual” apresenta quatro estratégias de abordagem para as intervenções dos processos de trabalho:

1) Intervenção por base sindical (ou demanda sindical): é quando os sindicatos expõem através de denúncias alguma situação-problema passível de

intervenção pela vigilância. Geralmente essas ações são desencadeadas por aqueles sindicatos com maior tradição organizativa e de luta.

2) Intervenção por ramo produtivo: são ações impulsionadas por avaliações epidemiológicas ou por agravos reconhecidamente decorrentes de certo ramo de atividade. Esse tipo de intervenção visa a mudança dos processos tecnológicos e organizacionais, com atuação em todas as empresas.

3) Intervenção por microregião (ou território): é a ação de diagnóstico de todos os problemas de saúde do trabalhador de determinada área geográfica, sendo muito aplicada a divisão de distritos sanitários. Após o levantamento, são elencadas prioridades para o ordenamento da atuação da vigilância.

4) Intervenção epidemiológica (ou evento-sentinel): ocorre quando um agravo ou acidente de trabalho gera um alerta epidemiológico, exigindo assim a intervenção em determinada empresa.³⁴

Para instrumentalizar as ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador o Manual não determina uma metodologia específica, mas aponta etapas gerais das ações: levantamento do perfil produtivo da região; identificação das demandas; planejamento da intervenção através da análise do processo produtivo. Como técnicas de análise são indicados: inquéritos de investigação, o mapeamento de riscos, a identificação das cargas de trabalho e formas de desgaste do trabalhador, a construção da árvore de causas, e de estudos epidemiológicos, entre outros.³⁴

Como limitação desse manual, o autor nos informa que ele não apresenta um conceito de quem seria o trabalhador, questão essa que foi alvo de intensos debates conceituais no período em questão.⁴²

Ainda com o objetivo de fornecer subsídios para intensificar a implementação da VISAT, é lançada em 1998 a Portaria 3120, que estabelece a Instrução Normativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS. O documento traz como pressuposto que é necessário conservar a heterogeneidade das ações que ocorrem pelo país devido às peculiaridades regionais, mas que o processo de vigilância *“deve manter linhas mestras de atuação, especialmente pela necessidade de se compatibilizarem instrumentos, bancos de informações e intercâmbio de experiências.”*⁵⁴

Essa portaria trata sobre os princípios, estratégias, metodologias de ação, e sistemas de informação e conceitualiza a vigilância em saúde do trabalhador como:

*“[...] uma atuação contínua e sistemática, ao longo do tempo, no sentido de detectar, conhecer, pesquisar e analisar os fatores determinantes e condicionantes dos agravos à saúde relacionados aos processos e ambientes de trabalho, em seus aspectos tecnológico, social, organizacional e epidemiológico, com a finalidade de planejar, executar e avaliar intervenções sobre esses aspectos, de forma a eliminá-los ou controlá-los”.*⁵⁴

A portaria 3120 pode ser considerada uma tentativa sistematizada de resposta ao que Machado⁶³ define como principais problemas da época (que em diferente grau permanecem até os dias atuais) que dizem respeito ao assistencialismo das ações, a dificuldade de articulação intersetorial e intrasetorial, a um sistema de informações precário, e a frágil participação dos trabalhadores.

A metodologia da VISAT apontada na portaria se assemelha às estratégias indicadas no já mencionado ‘manual’ de 1995, mas destaca que desde a fase preparatória, bem como nas fases de planejamento, intervenção, acompanhamento e avaliação, é primordial a participação dos trabalhadores e/ou representantes sindicais.⁵⁵

Essa Instrução Normativa enfatiza a necessidade de articulação para um desenvolvimento efetivo e eficaz da Vigilância em Saúde do trabalhador, e apresenta as características centrais...

*“...a universalidade das ações; a integralidade; a plurinstitucionalidade, através de ações articuladas entre as instâncias de vigilância em saúde do trabalhador, centros de atendimento e assistência, instituições, universidades e centros de pesquisa sobre saúde e ambiente; instâncias de controle social, com a incorporação dos trabalhadores e de seus representantes, em todas as etapas da vigilância; as práticas de interdisciplinariedade, incorporando as diversas áreas de conhecimento técnico com o saber operário; a pesquisa-intervenção, em que esta subsidia e aprimora a ação; o caráter transformador das intervenções sobre os fatores determinantes e condicionantes dos problemas de saúde relacionados aos processos de trabalho.”*⁵¹

Apesar dos avanços legais e dos esforços dos militantes da área, podemos sintetizar que na década de 1990:

“O... modelo brasileiro de vigilância em saúde do trabalhador configura-se nesta polarização: de um lado, a perspectiva de ampliação da atuação institucional, aliada ao movimento sindical relativo às condições de saúde e trabalho, implanta ações de saúde do trabalhador no ainda incipiente SUS; de outro, a atuação institucional, restrita às ações das DRTs, aliada a um controle gerencial interno das empresas estabelece, a partir de pressões e políticas industriais, os parâmetros de autovigilância, constituindo um modelo patronal de intervenção (Gawryszewski, 1988) ou que, simplesmente, se demonstra ineficaz (Oliveira, 1994). Em síntese, esse processo de conflito e de interação está presente no modelo brasileiro de vigilância em saúde do trabalhador.”³⁶

Quanto ao sistema de informações é sugerido que sejam utilizadas várias fontes de dados, secundários e primários, internos e externos ao SUS, bem como sejam construídos indicadores de morbi-mortalidade e de atividades e processos produtivos, permitindo assim trabalhar com indicadores de exposição e de determinantes e condicionantes, para além dos tradicionais de agravos / efeitos.⁴²

Nos anos 2000 houve inúmeras iniciativas na tentativa de consolidar o campo da saúde do trabalhador nas políticas públicas de saúde, especialmente considerando os aspectos de promoção e prevenção da saúde através de processos de vigilância em saúde do trabalhador. Possivelmente, os pontos mais relevantes foram a intensa discussão sobre a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Trabalhador (cuja consulta pública foi realizada em 2004 e no final de 2011, originando a Portaria 1823 de 2012), e a criação da Rede Nacional de Atenção a Saúde do Trabalhador (RENAST).

A partir de 2003, observa-se um aumento no número de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), porém ainda com uma forte tendência ao assistencialismo e uma secundarização ou inexistência de processos de vigilância. Existem também aspectos relacionados às diferenças regionais que interferem diretamente nos resultados das ações, como o grau de organização e mobilização dos trabalhadores, a capacidade instalada, a estrutura organizacional e as políticas locais, bem como da qualidade dos profissionais envolvidos e da influência acadêmica.^{56, 52}

Machado⁵⁶ destaca que quando ocorrem, as ações de VISAT em diversos lugares são marcadas por uma concepção empresarial. Isto é

observável na definição das equipes que segue o padrão das empresas e pelo uso das normas regulamentadoras como base técnica operacional.

A área da vigilância em saúde do trabalhador é formalizada como componente da Vigilância em Saúde no ano de 2009 por meio da publicação da Portaria 3252. Em 2011, a discussão iniciada em 2004 da Política Nacional de Saúde do Trabalhador é retomada com a minuta de consulta pública, que ficou aberta para possíveis alterações até o mês de julho do mesmo ano. Ainda não foi divulgada a sistematização desse documento.

Em síntese, podemos definir que a vigilância em saúde do trabalhador nasce a partir de um processo político, prático e teórico, da conformação de um novo paradigma em saúde e de políticas de Estado. Suas ações devem ser interdisciplinares e intersetoriais, no intuito de abarcar tanto os aspectos técnicos quanto os sociais do trabalho, sendo essencial durante todo o processo a participação dos trabalhadores. Para o planejamento dessas ações é necessário um bom sistema de informações, que contribua para o estabelecimento de prioridades, para avaliação dos impactos e dar legitimação social. Como produto final da VISAT, além da promoção e prevenção da saúde dos trabalhadores, há também um beneficiamento do meio ambiente e subsequentemente da saúde da população em geral.

A despeito de um consenso na produção científica sobre esses pressupostos, percebemos que nessa trajetória de 24 anos da consolidação legal da área da saúde do trabalhador, houve inúmeros avanços, mas persistem desafios colocados desde o surgimento do campo, que aumentam a distância e dicotomia entre prática e teoria.

3.1. A estratégia da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast)

A idéia de criação de uma Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) surge como estratégica de consolidação da Saúde do Trabalhador no Sistema Único de Saúde, visando romper com a fragmentação, desarticulação interna à área, e com a marginalização frente aos demais serviços do sistema de saúde.⁵⁷

No entanto, a elaboração dessa estratégia foi realizada de maneira concorrente, apresentando ao final duas propostas. De acordo com Vasconcellos¹⁶, a primeira proposta surge como uma crítica à nucleação das ações de Saúde do Trabalhador nos PST. A análise era de que a disseminação desses programas apesar de ter gerado avanços para a área, contribuiu concomitantemente para manter a saúde do trabalhador à margem do sistema como um todo.

“Dentre os pontos de estrangulamento do modelo calcado em programas ou centros de referência, situados à margem da rede de serviços, pode ser destacado, além do foco assistencial e da dificuldade de provisão de recursos já assinalados, o isolamento entre si os programas. A ausência de intercâmbio técnico, científico, de troca de experiências e diálogo político-institucional entre os centros aprofundava o fosso de isolamento, aumentando a sua fragilidade e vulnerabilidade. Daí, surgiu a intenção do Ministério da Saúde em promover essa integração mais efetiva, consignando uma rede inteligente de reforço institucional dos programas: a 1ª Renast.”³²

Essa primeira proposta focava principalmente a necessidade de consolidação das ações assistenciais nos diversos serviços do SUS, para que os serviços “especializados” de saúde do trabalhador pudessem atuar de maneira mais sistemática na promoção e prevenção da saúde, principalmente através da Vigilância em Saúde do Trabalhador.

Mas, outros atores, diante de uma oportunidade política aberta na Secretaria de Assistência à Saúde, do Ministério da Saúde, apresentam em 2002 uma proposta diferente para a RENAST, consolidada na Portaria 1679 no mesmo ano.

Essa portaria sofreu críticas quanto ao seu processo de elaboração, considerado verticalizado, e por enfatizar as ações assistenciais.

“O foco assistencial das práticas, além de gerar um paralelismo com os equipamentos assistenciais já instalados, propicia que a rede se sinta desobrigada de prestar a assistência devida. Uma vez que exista um atendimento específico, os profissionais da rede tendem a encaminhar os trabalhadores para os CRST, especialmente no caso de acidentes de trabalho e doenças mais visivelmente relacionadas ao trabalho. O senso comum e a observação participante assim nos têm mostrado.

A tendência, com a consolidação da Renast nos moldes atuais, é provocar um aumento crescente da demanda aos centros, com a também crescente “simplificação” dos casos ingressos, tais como o acompanhamento de fraturas e procedimentos fisioterápicos, suturas,

*trocas de curativos e diagnósticos de doença com baixa capacidade de referenciamento, já que a rede de serviços continua "desobrigada" e não capacitada para o enfoque da saúde do trabalhador. Além disso, a sobrecarga de trabalho, trazida pela prática assistencial aos técnicos dos CRST, sufoca a possibilidade de redirecionamento para atividades de planejamento, processamento de informações, vigilância, ensino, pesquisa e, principalmente, articulação intra e trans-setorial, em especial com as instâncias de controle social."*³²

A concepção da Renast enquanto estratégia segue alguns pressupostos: a garantia do direito ao trabalho, à saúde e à previdência e assistência social; a necessidade de articulação das ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde dos trabalhadores, independentemente do vínculo empregatício e tipo de inserção no trabalho; e a atenção integral à saúde do trabalhador, que deve ser objeto de todos os serviços de saúde.^{58, 43}

A RENAST estabelecida na Portaria 1679 de 2002 é definida como uma *"rede nacional de informações e práticas de saúde, organizada com o propósito de implementar ações assistenciais, de vigilância, prevenção, e de promoção da saúde, na perspectiva da ST."*²

O documento aponta como tática para implantação da RENAST, a estruturação de uma rede de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest), que são considerados *"centros de suporte técnico e científico, pólos irradiadores da cultura da centralidade do trabalho no processo de produção social das doenças e, ainda, locus de articulação inter e intra-setorial das ações de Saúde do Trabalhador no seu território de abrangência."*³³

Contudo, apesar das críticas, a RENAST foi amplamente apoiada e trouxe inegáveis avanços como: a habilitação de Centros de Referência por todo país; desenvolvimento de processos de capacitação; ter dotação orçamentária própria; a elaboração de protocolos de agravos e procedimentos; entre outros.^{33, 32}

A RENAST foi ampliada em 2005 através da Portaria 2437. Esse documento trata da ampliação e adequação dos CEREST; da inclusão da saúde do trabalhador na atenção básica; da implementação da VISAT; da criação de rede de serviços sentinelas; estabelece a pactuação dos planos estaduais e municipais nas esferas de controle social; incentiva a educação permanente; menciona a criação de uma política de comunicação; redefine o

financiamento; dispõe sobre as funções da gestão de cada ente federativo e dos CEREST regional e estadual, bem como da composição mínima da equipe desses serviços.

Leão e Vasconcellos⁵⁹ acreditam que nos anos que se seguiram não foram apresentados resultados concretos que indicasse a incorporação da saúde do trabalhador nas práticas cotidianas do SUS, motivando assim a publicação em 2009 da Portaria 2728, que volta a dispor sobre a implementação da Rede. *“O fato em si demonstra as dificuldades de implementação das ações propostas nas portarias anteriores, principalmente observando-se que a nova portaria mantém as mesmas diretrizes de inclusão, implementação e fomento da Renast.”* A novidade dessa portaria está no fornecimento de subsídios para a implementação da rede de serviços sentinelas, definição clara dos blocos de financiamento, e a inclusão da possibilidade de serem habilitados CEREST municipais.

O inventário de avaliação da RENAST de 2009² aponta que o processo de produção de informações sobre os resultados e impactos das ações sobre a saúde dos trabalhadores é incipiente, dificultando assim a constatação real do quadro atual. Os desafios destacados para melhor estruturação da rede são: *“a garantia da continuidade do financiamento [...] falta do estabelecimento de prioridades com base em informações epidemiológicas e do perfil produtivo [...] integração com a atenção básica, o aperfeiçoamento da vigilância”*. O documento ainda coloca a necessidade do instrumento de avaliação ser aperfeiçoado principalmente nos aspectos de avaliação do processo de VISAT nos CEREST, melhorias essas que já estarão presentes na nova avaliação que estava programada para o ano de 2012.

Ademais, acrescentam-se outros fatores determinantes para os baixos efeitos apresentados desde a criação da RENAST, como o baixo grau de formalidade dos vínculos de trabalho dos profissionais envolvidos, dificuldade de gerir o orçamento, pouca capacidade operacional dos Cerests estaduais e regionais e descontinuidade das ações devido à dificuldade de articulação com estruturas já existentes.

3.1.1. A avaliação da RENAST

O “1º Inventário de Saúde do Trabalhador, 2009 - Avaliação da Rede Nacional de Atenção Integral em Saúde do Trabalhador, 2008-2009” foi elaborado a partir das repostas dos Cerest estaduais e regionais ao questionário de pesquisa. No período da coleta de dados, maio a setembro de 2009, havia 26 Cerest estaduais, sendo que apenas o serviço de Pernambuco não respondeu; e 153 regionais, destes, 115 responderam a pelo menos um dos dois módulos do questionário.²

Os Cerest regionais, em 2009, cobriam 82,2% do país, correspondendo a 5,8% da População Economicamente Ativa (PEA). As coberturas mais baixas foram de 25% no Acre, Amapá e Roraima, enquanto Distrito Federal, Pernambuco e Tocantins apresentaram cobertura total. Por região as proporções foram: 61,0% na região Norte, 87,4% no Nordeste, 86,4% na Sudeste, 75,5% na Sul, e 73,7% na Centro-Oeste.²

Um dos problemas da execução dos processos de vigilância reside na magnitude da cobertura populacional, que é em média de 500 mil trabalhadores, inviabilizando ações em diversos campos de trabalho. Essa dificuldade se relaciona também com a organização da regionalização seguida pela RENAST que *“não está em conformidade com a estrutura dos entes federativos, nem do SUS, o que gera dificuldades operacionais no uso dos recursos e desenvolvimento de atividades.”*

Quanto à vinculação institucional dos Cerest, o inventário constatou que 61,5% dos serviços estavam vinculados à Vigilância em Saúde; 18,5% às instâncias de Assistência à Saúde; e 20% à outras. Ainda que em pequena proporção, a vinculação dos centros com a assistência, demonstra que ainda persiste certa ênfase na solução de casos individuais em detrimento de intervenções coletivas. Ressalta-se, por outro lado, que unicamente a vinculação à vigilância em saúde não é garantia de que as ações sejam mais no âmbito coletivo do que individual.

“Embora se considere que o cuidado assistencial seja uma resposta necessária, e que deve ser imediata e de qualidade, isso não pode comprometer a missão fundamental do Cerest que é a ação na perspectiva da Saúde Coletiva, visando o controle dos determinantes

de modo a se alcançar a melhoria das condições de trabalho e de saúde, num plano coletivo e populacional. As ações que compõem a Vigilância à Saúde são emblemáticas desse trabalho, e refletem as diretrizes da Política de Saúde do Trabalhador em vigor.”²

Em relação às inspeções em ambientes de trabalho, cerca de 1/3 dos Cerest referiram estar em fase de implantação, sendo essas ações menos desenvolvidas nos centros estaduais do que nos regionais.

As demandas atendidas nos serviços tem como fonte principal os sindicatos (38,8%), seguida pelo Ministério Público (34,4%), e serviços sentinela (34,0%), ou seja, pela notificação. Esse é um dado curioso, uma vez que, nas ações de VISAT é relatada pouca participação dos sindicatos. Isso pode ser um indicativo de que as demandas originadas por esse ator social são em grande parte individuais, não gerando ações de VISAT.

“Sobressai a demanda por identificação e definição denexo causal para casos de agravos suspeitos de relação com o trabalho. Esta é uma ação de apoio às lutas de reconhecimento dos direitos dos trabalhadores vinculados ao Instituto Nacional de Seguridade Social, INSS, e revela a falha do seu sistema médico pericial, e no geral, de identificação de casos. Isso se evidencia no bem estudado problema de subnotificação e sub-registro de agravos relacionados ao trabalho. Assim, essa demanda traduz de modo emblemático que no SUS há um melhor acolhimento das lutas individuais dos trabalhadores diante dos processos institucionais de garantia de seus direitos. É uma ação importante, mas vale ressaltar, distanciada dos objetivos de promoção da saúde e intervenção da VISAT nos determinantes sanitários.”

Sobre a inclusão dos trabalhadores nas ações de VISAT existe um predomínio da participação desses nas inspeções nos ambientes de trabalho, enquanto nas outras fases das ações a adesão é baixa (TABELA 1). O documento indica principalmente duas causas de baixa adesão, primeira, o constrangimento ao que o trabalhador está exposto ao participar abertamente de tais ações, podendo ocasionar retaliações e punições no trabalho; segunda, a valorização técnica e normativa excessiva por parte do Cerest em detrimento do conhecimento do trabalhador.

TABELA 1- Participação dos trabalhadores nas ações de VISAT

Variável	Estadual (%)	Regional (%)	Total (%)
Ações desenvolvidas (1) Vigilância em Saúde do trabalhador			
Participação dos Trabalhadores nas ações	33,3	21,8	24,0
Realização de inspeções nos ambientes de trabalho	50,0	60,2	58,4
Avaliação da Visat	23,8	27,5	26,8

Fonte: MS, Inventário da Renast. (2011, p.51)

A avaliação das ações aponta como outro grande desafio a produção de informações pelos centros de referência, fator essencial para o desenvolvimento da VISAT, no sentido em que atua duplamente: por um lado respalda e orienta as ações, contribuindo na escolha de prioridades e mecanismos de planejamento, intervenção, acompanhamento, etc; e por outro lado contribui para a legitimação social dos Cerest. Os dados, referentes aos serviços estaduais, indicam que: 38,1% (8 de 21) realizaram levantamentos do perfil produtivo, 33,3% (7 de 21) relataram fazer síntese de dados demográficos e ocupacionais, 28,6% (6 de 21) a análise de dados de mortalidade, e 14,3% (3/21), a análise de dados de morbidade.

Ainda sobre a produção de informações, outro eixo estrutural da VISAT é a notificação dos agravos relacionados ao trabalho no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Ainda que de maneira desigual, por região do país e por tipo de agravo, houve um crescimento no número de notificações. Esse é um indicativo do avanço qualitativo e quantitativo das ações da RENAST, dos Cerest, da rede sentinela, e dos serviços de atenção básica em saúde, especialmente a Estratégia de Saúde da Família.

“O cenário político institucional do país nesse momento é marcado por um processo expressivo de desenvolvimento, com incremento significativo do emprego e a conquista de um lugar importante na economia mundial, sendo reconhecido pela efetividade de suas políticas sociais. O SUS e o seu modelo de atenção à saúde do trabalhador, de caráter universal, e incorporada à atenção primária de saúde, poderão, potencialmente, atingir todos os trabalhadores brasileiros. Esta integração com a atenção básica, o aperfeiçoamento da vigilância, e a produção de informações precisas e abrangentes, são alguns dos seus principais desafios.”

CAPÍTULO 4- ENFOQUES DE ANÁLISE DAS PRÁTICAS DE VISAT

Para a implantação e consolidação da vigilância em saúde do trabalhador os estudos apontaram desafios de diversas ordens, que referiam-se à: tensão com o Ministério do Trabalho sobre a competência e poder de intervenção nos ambientes de trabalho; sistema de informações insatisfatório; subnotificação de acidentes de trabalho; modelo hegemônico de atenção à saúde voltada para a assistência; deficiência quantitativa e qualitativa de profissionais na área, juntamente com a baixa remuneração e falta de vínculos estáveis desses; limitações de estrutura física e de recursos materiais; dificuldades nas relações intra e interinstitucionais; falta de apoio local do poder público; a imprecisão de atribuições no SUS e entre instituições; dificuldades de efetiva participação dos trabalhadores; legislação com brechas e aplicada de formas diversas e sem fiscalização rigorosa; dificuldades no estabelecimento de prioridades e incorporação nas ações programáticas existentes; entre outros.^{30,42,50,33,60,61}

A seguir apresentamos especificamente alguns dos desafios mais relevantes encontrados na revisão bibliográfica.

4.1. A categoria trabalho como determinante social do processo saúde-doença

Quintino⁶² e Vasconcellos⁵³ indicam que o fato da categoria trabalho não ser reconhecida e valorizada como um fator complexo de determinação social da saúde é uma das principais razões que contribui para a marginalidade da área da saúde do trabalhador, bem como para a não integração do aspecto ocupacional nas ações de prevenção e promoção do Sistema de Saúde. *“Seja intencionalmente, por suas implicações com o poder econômico, ou não, o trabalho permanece invisível como determinante fundamental da relação saúde-doença.”*

“Mesmo as tentativas mais recentes de imprimir um novo desenho ao olhar da saúde coletiva sobre grandes questões de relevância social, tais como a violência (doméstica, do trânsito, urbana), a prostituição (infantil ou adulta), os fluxos migratórios e as ocupações desordenadas do espaço urbano, a diáspora das populações rurais

*devido ao modelo agrícola brasileiro, os danos ambientais, a bioética, enfim, encontram grandes dificuldades de estabelecer relações mais explícitas com a área de saúde do trabalhador, ou em última instância, com a categoria trabalho.*³²

Existe também a dificuldade em contextualizar a categoria trabalho e processo de trabalho para a configuração contemporânea do mundo laboral, marcada pela informalidade, precarização, desemprego estrutural. Isso porque a elaboração de tais conceitos foi fundamentada principalmente no trabalho fabril.⁶³

Esse ponto é muito interessante, pois na grande maioria dos trabalhos revisados, o trabalho não é discutido enquanto categoria em si. Há breves menções sobre o papel do trabalho, ou sobre a configuração do mundo do trabalho contemporâneo e seus efeitos na saúde. Cabe a ressalva que essa impressão pode estar equivocada por se tratar de uma amostra de trabalhos muito específicos, viciados em um certo tratamento do objeto em questão. De qualquer maneira, seria importante aos autores da área que atentassem para o fato de resgatar sempre que possível essa categoria central, pois tratar isso como um pressuposto, como uma categoria compreendida consensualmente, pode empobrecer conceitualmente o debate do campo.

4.2. As transformações no mundo do trabalho e a crise do sindicalismo

*“A crise política (e ideológica) das estratégias de classe criou as condições “subjetivas” para a nova hegemonia do capital na produção. É uma variável política decisiva se considerarmos que, o que se procura constituir com o novo complexo de reestruturação produtiva, caracterizado pelo toyotismo sistêmico, é uma captura da subjetividade operária pela lógica do capital, um novo consentimento operário (ativo e propositivo), em especial no plano de suas organizações sindicais, compatível com as necessidades da produção capitalista na pós-grande indústria (o que implica debilitar posturas classistas de cariz socialista, avessas à parceria do capital na produção)”.*⁶⁴

Stotz⁶⁵ descreve que o movimento sindical brasileiro - forte na década de 1970 – se desorganizou frente a forte recessão econômica entre 1981 e 1983. Em 1984 o sindicalismo retomou impulso, mas de forma progressiva foi enfraquecendo e adotando práticas cada vez mais focalizadas às categorias profissionais e limitadas à negociações por empresa.

Ainda de acordo com esse autor, a crise sindical provocada pelas transformações advindas da reestruturação produtiva e da ofensiva neoliberal, é marcada pelo *“decréscimo no número de associados, perda de prestígio e esvaziamento do papel dos sindicatos, com dificuldade maior de articular a vontade coletiva dos trabalhadores em suas respectivas bases.”*⁶⁵

*“Diante desse complexo processo de mudanças, que afetou a capacidade das organizações sindicais manterem o mesmo grau de mobilização verificado na década anterior, os estudiosos do sindicalismo brasileiro identificaram a emergência de um novo padrão de ação sindical, no qual a chamada “estratégia do confronto” teria cedido lugar a uma ação sindical mais institucionalizada, negociadora e propositiva”.*⁶⁶

Nesse contexto, o nível de consciência predominante no âmbito sindical tende a limitar-se à esfera corporativa, fruto das mudanças políticas e ideológicas dentro dos sindicatos, que tem como cerne a dificuldade de conservar o poder de resistência e organização da classe frente à reestruturação produtiva. O sindicalismo entra em crise justamente por não saber como lidar com essa pulverização dos trabalhadores nas diversas formas de vínculos precários e informais

Em pesquisa feita pelo IBGE com os sindicatos no ano de 2001, essa postura negociadora fica clara até mesmo nas pautas de greve. De acordo com o estudo 73% das greves foram motivadas por: "manutenção de direitos adquiridos anteriormente" (27%), "não cumprimento de acordo" (24%) e "abertura de negociações" (22%); os restantes correspondiam a reivindicações para ampliação de direitos (21%) e “outros motivos” (6%).⁶⁷

De acordo com Alves⁶⁸ a crise do sindicalismo não significa apenas a queda na taxa de sindicalização, mas também a redução da eficácia em suas ações, que ficaram circunscritas a uma segmentação setorial ou por empresa. O autor aponta três elementos geradores dessa baixa eficácia: 1) transferência das negociações para o Poder Judiciário em ações individuais ou por grupos; 2) descentralização das negociações coletivas - os sindicatos tem evitado a realização de greves gerais em detrimento de negociações e greves por empresa; 3) aumento da participação dos sindicatos em fóruns tripartite de políticas públicas.

O autor também nos informa que essa segmentação por setor ou empresa conforma uma dualidade entre trabalhadores empregados formalmente e os precários, sendo que os primeiros apresentam maior poder de barganha sindical, pautando a recomposição de perdas salariais na participação dos lucros e resultados em períodos de crescimento da empresa; enquanto os segundos sofrem maior pressão devido à facilidade nos processos de demissão e debilidade de se organizarem. Ou seja, a precarização do trabalho...

“[...] é também a precarização das relações entre os mesmos {trabalhadores} na medida em que estabelece segmentação e dificulta sua mobilização [...]. A flexibilização retira do movimento sindical a natureza de ser una, uma só classe. Cria novas categorias, atribuindo-lhes a alcunha de subcategorias, preconiza a desigualdade dentro de uma mesma classe.”⁶⁶

“De certo modo, o maior desafio do sindicalismo no Brasil na virada para o século XXI é romper com o viés burocrático-corporativo, organizar e mobilizar um contingente maciço de jovens operários e operárias, empregados e empregadas e, inclusive, trabalhadores por conta própria precarizados, explorados pelo capital. Em decorrência da crise do sindicalismo, que possui um componente estrutural (os limites do sindicalismo diante da nova lógica de acumulação capitalista), a capacidade de agitação sindical no sentido de sua inserção nas lutas sociais tornou-se bastante exígua (o próprio viés neocorporativo contribuiu para seu isolamento relativo dos problemas prementes do mundo do trabalho). Os sindicatos parecem incapazes de representar, não apenas em virtude de problemas burocráticos organizativos (ainda bastante verticalizados), mas principalmente político-ideológicos, o novo (e precário) mundo do trabalho que surge com a mundialização do capital.”⁶⁸

4.2.1 A participação sindical e o controle social nas ações da VISAT

Um dos problemas nas ações da VISAT é a ausente ou fraca parceria com os sindicatos. Em parte, isso ocorre pelo que já foi mencionado sobre a atual conjuntura do sindicalismo brasileiro e pela conformação do trabalho a partir da década de 1990. Por um lado, vários trabalhadores não contam com um instrumento de organização e representação devido à fragilidade dos contratos de trabalho (ou pela inexistência deles), ou estão desagregados e pulverizados em inúmeros sindicatos; de outro lado, o movimento sindical nas últimas décadas tem se caracterizado por uma política não combativa, de atitude defensiva, secundarizando a pauta da saúde.

Pinheiro⁴² sobre essa questão da parceria com os sindicatos, indica que outro ponto de conflito está relacionado com a VISAT ser uma prática de Estado, devido ao seu papel coercitivo, que cria uma base frágil e instável para uma aliança realmente orgânica entre trabalhadores e VISAT.

“Embora os tempos sejam de maior democratização no Brasil, não se pode ignorar que o Estado continua assumindo seu papel também coercitivo, de “poder de polícia” inclusive na VIST. Esta natureza policialesca, justificável socialmente ou não em algumas circunstâncias, traz profundas contradições e desconfianças nas suas relações com os próprios trabalhadores e com os empregadores. Tenta-se, no entanto, substituir o cenário e a noção do vigiar e punir para vigiar e negociar. Apesar destes esforços, a construção de uma almejada aliança orgânica na VIST entre Estado e os trabalhadores, não deixa de se assentar sobre uma base extremamente frágil, instável e questionável. Paira no ar sempre a dúvida se tal relação sob o capitalismo é possível e/ou desejável.”

Vários autores apontam as transformações ocorridas na década de 1990 como obstáculos para a atuação da Vigilância em Saúde do Trabalhador, entre as dificuldades são apontadas:

- a dificuldade dos sindicatos em lidar com a precarização do trabalho, marcada pela informalidade nas relações de trabalho, bem como para empreender novas formas de representação e organização dos trabalhadores desempregados etc.;^{62,63}
- a vigilância não atua sobre os novos espaços de trabalho, como por exemplo dos profissionais autônomos que muitas vezes não possuem um espaço físico delimitado, ou então, que trabalham na própria residência;⁴²
- em decorrência do baixo nível de organização/mobilização dos órgãos de representação dos trabalhadores, a participação destes (quando existe!) nos espaços de controle social do setor saúde não ocorre de maneira efetiva, dificultando assim a pressão social necessária para a inclusão e priorização das pautas da saúde do trabalhador nos planejamentos de cada esfera;³³
- devido aos aspectos mencionados anteriormente, ocorre um distanciamento dos trabalhadores em relação à área da saúde do

trabalhador no SUS, limitando dessa maneira, sua capacidade de desencadear e acompanhar as demandas de vigilância;

Como nos informa Santos³⁰ outro dificultador na análise da participação dos trabalhadores e suas representações é a falta de registro dessas informações nos serviços de saúde do trabalhador. De acordo com relatos, os Centro de Referência em Saúde do Trabalhador apresentam como uma das formas de desencadeamento das ações de VISAT, a aproximação com os sindicatos, seja pelo encaminhamento de pacientes, ou por denúncias específicas. No entanto, a participação é heterogênea dependendo sobretudo da força de organização sindical, e apesar dessas buscas pelo serviço de saúde, de maneira geral, os sindicatos não fazem do Cerest um parceiro de luta pela Saúde do Trabalhador.

Há também o outro lado da questão da articulação entre serviços e sindicatos. Muitas vezes os serviços de saúde do trabalhador, por diversos motivos, realizam intervenções de maneira verticalizada, sem envolver outros setores ou atores implicados, ou seja, praticam ações sem o planejamento e acordo conjunto das estratégias que serão desenvolvidas. Dessa forma, podemos afirmar que o controle social não é efetivamente exercido, pois em diversas ações não há a participação de parceiros externos nos processos de planejamento e avaliação das ações.⁵³

“Apesar dos avanços nas duas últimas décadas, os cenários do mundo do trabalho apresentam-se ainda bastante desfavoráveis para a Saúde dos Trabalhadores. Desemprego estrutural, rebaixamento dos níveis salariais, exigências crescentes de qualificação no mercado formal, desregulamentação e perda de direitos trabalhistas, informatização do trabalho, aumento do trabalho temporário e autônomo, da terceirização nos diversos setores econômicos, do trabalho em domicílio e fragilização das organizações sindicais, acrescido de crescente utilização de milhares de substâncias químicas, são algumas das características desse quadro, acarretando diversos e diferentes problemas de saúde para a população trabalhadora.”⁴³

4.3. A interdisciplinaridade e as relações intra e intersetoriais na VISAT

Juntamente com o envolvimento dos trabalhadores, a interdisciplinaridade e a articulação intra e interinstitucional, são fundamentais

para uma prática efetiva em vigilância em saúde do trabalhador; mas também são esses mesmos fatores que apresentam talvez as maiores dificuldades do campo.

A importância da interdisciplinaridade reside principalmente na possibilidade de ampliação do entendimento sobre a relação do processo saúde-doença com os processos de trabalho. Esse problema é visível na formação dos profissionais das diversas instituições, enraizados por uma estrutura acadêmica (ou departamental) compartimentada e disciplinar, que resulta em preconceitos e disputas de competência e poder, dificultando o diálogo.

“A falta de uma base conceitual capaz de ajustar as ações transversais, aliada a hierarquizações que não correspondem aos papéis possíveis de serem desempenhados por uma ou outra instituição isoladamente, constitui um dos empecilhos fundamentais para a objetivação das ações de VST. A proposta do SUS, em sua formulação da Saúde do Trabalhador, estabelece uma centralidade disciplinar da epidemiologia, configurando um saber dogmático frequente na área da saúde. Por sua vez, no âmbito do Ministério do Trabalho, o arcabouço interdisciplinar da saúde do trabalhador acaba reduzindo-se à submissão das disciplinas a possibilidade de negociação no âmbito das relações de trabalho e do engessamento de sua prática por um mosaico inacabado de referenciais normativos.”⁶⁹

Essa formação fragmentada é também um dos fatores para outro desafio a ser enfrentado na vigilância em saúde do trabalhador: a ausente ou incipiente articulação intra e intersetoriais.

“A superação dessa fragmentação [intra e intersetorialidade] tem duas faces: uma bem simples, baseada na decisão política de provocar a reengenharia administrativa, e uma bastante complexa, baseada na decisão política de favorecer cenários para a mudança da cultura institucional. A complexidade da segunda medida implica na mudança para o paradigma de vigilância em saúde, que depende da revisão de perfis profissionais e da implementação ostensiva de novos mecanismos de formação, reciclagem e educação permanente. Depende, ainda, de que a mudança de cultura institucional transponha o setor saúde, propriamente dito, e alcance o plural: mudança de culturas institucionais nas áreas de interesse da saúde. Ou seja, depende uma política de Estado trans-setorial.”⁶⁹

Intrasetorialmente podemos destacar como central o fato da vigilância em saúde ter sido fragmentada desde sua criação; primeiramente, com a separação entre vigilância sanitária e epidemiológica; em segundo lugar, com o

distanciamento entre os serviços de vigilância e assistência do SUS. Isso dificulta, por exemplo, o estabelecimento de nexos causais entre condições de trabalho (vigilância) e doenças (assistência).⁶²

Para uma maior eficácia e abrangência das ações de visat alguns apoios interinstitucionais são fundamentais: as instituições acadêmicas contribuem com a divulgação de experiências, pelo apoio interdisciplinar e legitimação técnica, e pela formação de novos profissionais; o Ministério Público Estadual e o Ministério Público do Trabalho auxiliam pela sua maior eficiência e poder de investigação e penalização; o poder legislativo no âmbito das Assembléias Legislativas é importante na definição e pactuação de consensos em diretrizes a serem cumpridas pelas empresas e órgãos executivos, etc.³⁵.

Sobre as relações intersetoriais, novamente surge a tensão entre Ministério da Saúde e Ministério do Trabalho e Emprego, marcada principalmente pelo conflito de competência sobre as ações nos ambientes de trabalho. Pinheiro⁴² aponta como dificuldades para unificação das ações de vigilância/inspeção: o receio do setor trabalho e dos seus profissionais da perda de prestígio, de poder político, e de campo de atuação (podendo ocasionar diminuição de postos de trabalho); bem como às divergências conceituais das duas áreas.

Há ainda um conflito entre os profissionais da Saúde do Trabalhador, e aqueles que trabalham nos serviços de medicina do trabalho das empresas; as divergências muitas vezes apresentam como pano de fundo (mesmo que inconscientemente) o posicionamento político do cargo em questão.

As inspeções nos ambientes de trabalho foram realizadas historicamente pelas Delegacias Regionais do Trabalho (DRT), com a função de garantir o cumprimento das Normas Reguladoras (NR's). Apesar das limitações e do reducionismo das questões de saúde presente nas NR's, criou-se uma legitimação social ampla desse tipo de intervenção sobre os processos de trabalho. A vigilância em saúde do trabalhador, embora apresente legitimação legal, ainda busca o reconhecimento social de suas ações, sendo esse um motivo para criar parcerias com as DRT's.³⁵

“Partindo do pressuposto de que saúde, em seu sentido ampliado, significa os poderes que nos permitem viver no meio, incluindo

trabalho, educação, cultura, moradia, saneamento, lazer, convívio social, ecossistema saudável, entre outras coisas, a ST necessita considerar que saúde dos trabalhadores não se remete apenas a problemas diretamente relacionados a aspectos do processo de trabalho no qual se insere e atuar sobre ela. Isso não significa dizer que a VST deva dar conta de todos esses fatores e agir sobre eles, e sim que deve procurar estabelecer parcerias, por meio da intersetorialidade, a fim de buscar uma atuação mais abrangente e eficaz.

O enfoque da promoção da saúde e a proposta da vigilância da saúde vêm se colocando como um instrumento poderoso para que a ST possa integrar-se e sair do isolamento em que se encontra nas políticas públicas de saúde, por meio de sua inserção na proposição de políticas saudáveis, procurando mostrar que os problemas de saúde por essa área colocados não dizem respeito apenas aos trabalhadores, mas também ao meio ambiente e à população como um todo, em termos de condições de moradia e de saneamento, acesso à educação e a serviços de saúde, entre outras coisas.”⁷⁰

Na área da saúde do trabalhador a articulação de organizações não-governamentais, com grupos da sociedade organizada e com diferentes organizações laborais, a despeito de experiências bem sucedidas e exemplares, ainda é insuficiente no geral, e necessita de estratégias mais contínuas para sua efetivação.

4.4. Informação para a ação: a inexistência de um sistema para a saúde do trabalhador

Outra problemática para a VISAT é a inexistência de um sistema informações que permita diagnosticar a situação real dos agravos e acidentes relacionados ao trabalho no Brasil. O maior e mais utilizado banco de dados é o da previdência social. No entanto, frente à população economicamente ativa (PEA) sua representatividade é baixa, pois os dados abrangem apenas trabalhadores formais regidos pela CLT, excluindo assim categorias como funcionários públicos estatutários, autônomos, trabalhadores domésticos, bem como todo o setor informal, que representa mais de 50% da PEA.^{30,71}

Além disso, mesmo entre os trabalhadores incluídos nos seguro acidentário, a subnotificação de acidentes de trabalho fica em torno de 80%. Os dados disponíveis são de pouca aplicabilidade em estudos epidemiológicos, pois como o objetivo é apenas o de regular e controlar o pagamento de benefícios, as informações coletadas tornam homogêneos os eventos.

Faz-se necessário, no intuito de potencializar os processos de vigilância, a criação de um sistema de informações que contemple as questões de saúde do trabalhador. Esse sistema deve considerar as especificidades locais e ser articulado nacionalmente, além de estar integrado à diversos sistemas e abranger a universalidade dos trabalhadores.

À respeito das informações locais, foi citado na revisão bibliográfica, que nos serviços de saúde do trabalhador, não ocorre um registro sistemático das ações por estes desenvolvidas, dificultando assim uma análise avaliativa sobre a atuação dos Centro de Referência em Saúde do Trabalhador.^{30,35,55}

4.5. Os conflitos de interesses envolvidos nas ações de vigilância em saúde do trabalhador

Vários autores mencionam como problema para a VISAT, o caráter de conflito inerente ao seu objeto, ao lidar com as contradições capital-trabalho. A ‘vontade política’ de assumir as atividades de vigilância pode ser inibida pelos poderes em jogo. Diversos governos estão atrelados ao apoio político e financeiro das grandes empresas, e não estão dispostos à comprometer tais parcerias. Isso agregado aos outros dificultadores já mencionados no processo de VISAT respalda muitas vezes a inércia de determinados serviços.^{35,55}

“[...]É importante salientar a dificuldade apresentada pela própria característica do campo da Saúde do Trabalhador que o coloca no meio de uma relação complexa entre o capital e o trabalho. Se por um lado, essa característica aproxima do campo atores envolvidos e ligados através do componente ideológico e do agir político, por outro lado, distancia as questões de saúde dos assuntos prioritários, em virtude de lidar com questões que mexem com interesses econômicos e, por isso, são alvo de pressões políticas para que se mantenha o status quo.”³³

Outro conflito, esse interno, é inerente à vigilância como uma prática do Estado. Isso ocorre em dois sentidos. Primeiro, através da sucessão da alternância entre governos com diferentes posições políticas para a temática, desestabilizando o planejamento e a continuidade das ações. Essa fragilidade afeta também as relações intra e intersetoriais, que ficam susceptíveis à existência de relações interpessoais.

4.6. A predominância do modelo médico centrado e das ações assistenciais.

Apesar dos avanços na construção teórica de um novo paradigma do modelo de atenção à saúde, o que se observa nas práticas dos serviços é a hegemonia do modelo médico centrado, com ênfase em ações curativas e de reabilitação. A mudança desse modelo constitui um grande desafio para a almejada prática em saúde do trabalhador na perspectiva de promoção e prevenção dos agravos e acidentes relacionados ao trabalho.

Mesmo nos serviços de saúde do trabalhador observa-se a predominância da assistência em detrimento da vigilância, bem como uma completa dicotomia entre essas ações. Enquanto a ênfase for o atendimento à demanda espontânea que se apresenta aos Cerest será difícil a reorganização da atenção à saúde na perspectiva de atuar sobre os determinantes sociais, prevenindo e promovendo a saúde dos trabalhadores.^{62,43,72}

Para que as ações de vigilância sejam priorizadas nos serviços de saúde do trabalhador, é necessário que os demais serviços do SUS incorporem as ações assistenciais. No entanto, a falta de capacitação e a não compreensão da categoria trabalho como determinante da saúde tem inviabilizado uma assistência integral e com qualidade nos serviços. Além disso, a sobrecarga de trabalho dos profissionais da saúde, e a existência de uma rede específica de atenção à saúde do trabalhador, contribuiu para que os casos relacionados ao trabalho sejam encaminhados para esses serviços especializados.

É necessário então aos Programas de Saúde do Trabalhador, e mais especificamente aos Cerest, disseminar informações e capacitar os demais serviços de saúde para lidarem com os problemas decorrentes da relação trabalho e saúde, construindo uma rede de referência e contra-referência com esses serviços.

Outra problemática, é que as ações de VISAT em diversos lugares são marcadas por uma concepção empresarial. Isto é observável na definição das equipes de vigilância, que muitas vezes são formadas apenas por engenheiros e técnicos de segurança do trabalho, rompendo assim com o pressuposto básico da área da saúde do trabalhador de desenvolver ações interdisciplinares

e intersetoriais. Juntamente com essa limitação da equipe está o uso das Normas Regulamentadoras (NR's) como base técnica operacional, seguindo assim o exemplo dos roteiros utilizados pelas Delegacias Regionais do Trabalho, tão criticados por sua visão reducionista sobre a relação entre processos de trabalho e processo saúde-doença.^{53,30}

Dentre os estudos selecionados na pesquisa bibliográfica, há um emblemático exemplo da predominância de ações reducionistas na Vigilância em Saúde do Trabalhador.

Um dos artigos apresenta um estudo de caso sobre o processo de VISAT realizado por um Cerest no setor canavieiro. Os autores realizam uma abordagem teórica em consonância com os pressupostos e princípios da conformação do campo da saúde do trabalhador, apresentando como desafios diversos elementos que foram apontados nesse artigo. Descrevem também o processo inicial da consolidação do processo de vigilância, demonstrando a criação de uma equipe multiprofissional e a capacitação de seus integrantes em cursos sobre VISAT. Anteriormente às inspeções nas usinas do setor canavieiro houve discussões e planejamento em conjunto com os diversos municípios envolvidos, bem como o estudo de documentos para preparação das ações. No entanto, ao apresentar os resultados alcançados com a fiscalização nas usinas, os autores apenas listam uma série de alterações relacionadas ao descumprimento de Normas Regulamentadoras.

Ao apresentar esse exemplo, não é o intuito negar a importância de tal fiscalização e de tais achados, mas apenas demonstrar que a discussão teórica em muitos casos, apesar da tentativa de sua implementação, destoam dos seus resultados práticos.

4.7. Especificidades de gênero na relação entre trabalho e saúde

Na pesquisa bibliográfica apenas um estudo abordava a necessidade da Vigilância em Saúde do Trabalhador buscar estratégias de desvelamento e enfrentamento às desigualdades de gênero no processo de adoecimento da população trabalhadora.

De acordo com a autora, a noção clássica de risco não consegue lidar com as diferenças ocasionadas pela divisão sexual do trabalho, e por isso deve ser revista, incorporando categorias de risco que atendam especificamente à realidade das trabalhadoras.⁷³

As investigações das desigualdades de gênero não devem se reduzir às diferenças epidemiológicas na maneira de adoecer e morrer entre os sexos, e sim, tentar entender como as relações de gênero e trabalho *“intervêm no processo de determinação de saúde-doença, levando em conta que essas relações se modificam historicamente e que têm expressões distintas nos diversos grupos humanos.”* É importante ainda compreender a categoria gênero como um determinante das condições de trabalho, e que também é determinada por essas mesmas condições.

O atual modelo de intervenção, no entanto, ainda não consegue lidar com as desigualdades produzidas pelas relações sociais no trabalho, sejam elas de classe e/ou de gênero

CAPÍTULO 5 – AVANÇOS E POTENCIAIS PARA A CONSOLIDAÇÃO DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR

Apesar dos inúmeros desafios e obstáculos para uma consolidação efetiva da VISAT, tivemos ao longo desses anos experiências que se constituem como exemplos emblemáticos de processos de vigilância em consonância com os referenciais teóricos. Os de maior repercussão a nível nacional foram as intervenções relacionadas ao jateamento de areia; ao benzeno; e ao amianto. Outras experiências locais, como a dos Cerest Piracicaba, Campinas, demonstram esforços despendidos na construção de articulações intra e intersetoriais, que foram fundamentais no desenvolvimento das ações de vigilância e para a continuidade das mesmas.^{61,74,51}

5.1. Alguns exemplos bem sucedidos de VISAT

5.1.1. A experiência na indústria naval

No final da década de 1980, a partir de uma demanda do Sindicato dos Metalúrgicos de Niterói, o Programa de Saúde do Trabalhador do Rio de Janeiro (PST/RJ) iniciou um processo de avaliação da situação de saúde dos trabalhadores da indústria naval.

O objeto de análise era a técnica de jateamento de areia seca para limpeza de chapas metálicas em estaleiros de reparação e construção, e sua relação com casos de silicose. Em uma primeira avaliação, o ambulatório de saúde ocupacional da Universidade Federal Fluminense (UFF), diagnosticou no período de 1988 a 1989, 23 trabalhadores com silicose.⁷⁵

Diante desse cenário, criou-se a Comissão Técnica Estadual de Pneumopatias Ocupacionais (CTEPO), que tinha como objetivo mapear e dimensionar os casos de silicose no estado.

Várias instituições e atores começaram a se envolver nas ações sobre a indústria naval. Os estaleiros passaram por processos de inspeção da vigilância, que foram essenciais para definição dos fatores determinantes na silicose.

Como resposta às investigações foi promulgada a Lei Estadual 1979/1992, que proíbe o jateamento de areia seca na indústria naval. Respaldo pela legislação, intensifica-se as intervenções da vigilância no estado do Rio de Janeiro, que passa a avaliar também os impactos das novas tecnologias adotadas em substituição ao jateamento de areia.

Ainda em 1992 foi criada a Câmara Técnica da Saúde do Trabalhador na Indústria Naval (CTIN), com a participação dos sindicatos dos metalúrgicos de Niterói, Angra dos Reis e Rio de Janeiro; dos Programas de Saúde do Trabalhador desses municípios e do estado; da CTEPO; do Centro de Estudos de Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana da FIOCRUZ; do Fundacentro; do DIESAT; da DRT; da Secretaria de Estado do Trabalho e Ação Social; e da FEEMA.³⁵

Foram realizadas mais de 30 inspeções e diversas oficinas de trabalho para discussão dos problemas do setor naval, o que gerou a formulação de um parecer técnico, em 1994, estabelecendo as diretrizes da vigilância à saúde dos trabalhadores na indústria naval.

No ano de 1994 foram implantadas nas empresas do setor Comissões Internas de Vigilância em Saúde do Trabalhador, que tinham como objetivo analisar as mudanças adotadas pelas empresas. Essa iniciativa foi de extrema importância para a continuidade das ações, no entanto, nesse período, a participação sindical foi instável, chegando em alguns momentos a ser um obstáculo para os processos de vigilância.

Como forma de acompanhamento também foi estabelecida a avaliação clínica e biológica de inúmeros jateadores da indústria naval. Como desdobramento de todas essas ações, a área de atuação da vigilância expandiu-se para outras empresas que utilizavam processos de jateamento, conformando assim uma busca ativa dos casos de silicose no estado.⁷⁵

Um fator de constante conflito era a relação interinstitucional com o INSS, relacionado principalmente ao estabelecimento de nexos causais da silicose com o trabalho, o que dificultava o encaminhamento individual dos trabalhadores para uma solução definitiva.

Apesar dos desafios encontrados, seja no âmbito do embate com as empresas; da fragilidade de participação dos sindicatos; na relação com o

INSS, etc; percebemos como a experiência da vigilância em saúde do trabalhador na indústria naval foi emblemática. A partir de uma denúncia foi desencadeada uma série de ações que incluiu desde a preparação, até à intervenção e acompanhamento. Foram estabelecidas parcerias essenciais, com o envolvimento de um grande número de instituições e atores sociais, constituindo uma rede de colaboração, empenho e dedicação na execução de todas as etapas do processo.

5.1.2. A experiência do benzeno

A primeira iniciativa do controle do benzeno no Brasil foi uma resolução interministerial de 1983, do Ministério da Saúde e do Ministério do Trabalho e Emprego, em consenso com representações industriais; que reduzia a contaminação por benzeno em produtos acabados em até 1% do seu volume.

No mesmo período inicia-se uma forte discussão sobre a exposição ocupacional ao benzeno, potencializada por casos de leucopenia dos trabalhadores da Companhia Siderúrgica Paulista (Cosipa) na Baixada Santista. Essa situação desencadeia um estudo de caso da siderúrgica, realizado conjuntamente pela Fundacentro, sindicato, DRT e Ministério Público.

Machado et al⁷⁴ caracteriza esse período como o primeiro momento da vigilância da exposição ao benzeno no Brasil, que abrange os anos de 1983 até 1994. Esses são os anos em que se constrói as bases de intervenção, marcado principalmente pela construção de alianças entre poder público e movimento sindical; e pelo avanço teórico de estudos pioneiros sobre o benzeno.

Com o acúmulo adquirido, e com a introdução do benzeno como substância carcinogênica pelo Ministério do Trabalho, em 1994 é firmado o acordo de controle do benzeno. O texto é inserido como anexo na Norma Regulamentadora 15 da lei 3214 do MTE.

O acordo proíbe o uso do benzeno, admitindo como exceção as indústrias que o produzem e aquelas que possuem processos onde ele não pode ser substituído. Superando o conceito de “limites de tolerância”, o documento utiliza-se do Valor de Referência Tecnológico (VRT), assumindo

que não existe exposição segura ao benzeno, devendo portanto ser adotado o princípio da precaução.

Para o acompanhamento da implantação do acordo é constituída uma Comissão Nacional Permanente do Benzeno (CNP-Bz), há ainda a construção de Grupos de Trabalhadores do Benzeno (GTBs), que institui para dentro das Cipas a prioridade sobre a vigilância ao benzeno.

A ação da CNP-Bz trouxe inúmeros avanços que abarcam desde a redução da circulação e exposição ao benzeno, até a consolidação de processos de disseminação de informação, de educação e capacitação, etc.

5.1.3. A experiência do amianto

Os riscos relacionados à exposição ao amianto são conhecidos e documentados há muitos anos. Diversos países já baniram seu uso, no entanto no Brasil, apesar da existência de legislação de limites e controles, a proibição do uso do amianto se aplica apenas em alguns estados.

No Brasil, os dados sobre os agravos relacionados ao amianto não representam a realidade, devido principalmente à subnotificação e ao não reconhecimento do nexos causal em muitos casos. Essa situação de invisibilidade levou à fundação da Associação Brasileira dos Expostos ao Amianto (ABREA), organização não-governamental, sem fins lucrativos, fundada em 1995 em Osasco/São Paulo. Depois foram criadas filiais nos estados da Bahia e Rio de Janeiro.³⁹

Em ação conjunta da ABREA- RJ com o Programa de Saúde do Trabalhador e do Conselho Estadual de Saúde do Trabalhador do Rio de Janeiro foram realizadas inspeções em indústrias que utilizavam o amianto em seu processo de trabalho. Esse foi o início de um longo trabalho de Vigilância em Saúde do Trabalhador dos expostos ao amianto.⁷⁵

Diante da realidade encontrada, expandiu-se o movimento pela banição do amianto, conformando uma rede nacional com o envolvimento de inúmeras instituições e atores sociais, atuando em diversas frentes de ação.

Novello³⁹ cita as principais estratégias e produtos que foram gerados no intuito de expandir as ações:

“_a realização de uma oficina latino-americana em Buenos Aires, com a participação de pesquisadores, técnicos e professores do Brasil, Chile, Argentina, Colômbia, Peru, entre outros, com o objetivo de homogeneizar os sistemas de vigilância ambiental e epidemiológica na América Latina;
_ aplicação do SIMPEAQ-AMIANTO, onde os Estados e Municípios que compõe a vigilância de expostos ao amianto no Brasil passam a cadastrar os trabalhadores nos seus estados;
_elaboração de curso de formação tais como: de multiplicadores em saúde do trabalhador, abordando a temática do amianto, suas conseqüências e intervenção na realidade e de profissionais/técnicos para manuseio do software de coleta e sistematização dos dados sobre amianto nos Estados e municípios; _elaboração e publicação de folders instrucionais, material pedagógico (cartilhas, etc);
_produção de diversos materiais, tais como: manual de procedimento diagnóstico, relatório e textos para publicação e um vídeo, relatando todo o processo de trabalho e resgatando a realidade vivenciada pelos expostos a fibra e as repercussões na sociedade.”

No campo legislativo, existe a proibição do amianto nos estados do Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul e Pernambuco, sendo que, desde 2004 tramitam processos para impugnar tais leis. Os estados de São Paulo e Mato Grosso do Sul já tiveram leis de banimento, mas que foram derrubadas em 2003 por decisão do Supremo Tribunal Federal. No âmbito municipal, tramitam ou já existem leis de proibição em mais de 50 cidades do país.

Outro avanço legislativo é a exigência do acompanhamento por parte das empresas, dos trabalhadores e população expostos ao amianto pelo período mínimo de 30 anos após o término da exposição. Em 2005, a promulgação da Portaria 2572, fortalece esse acompanhamento ao obrigar as empresas que utilizam amianto a fornecer uma lista com todos os trabalhadores que já trabalharam ou trabalham na empresa, propiciando dessa maneira um instrumento para as ações da VISAT.

Ainda há enormes desafios para o alcance do objetivo máximo, a proibição do uso do amianto no país, mas essa experiência demonstra como a articulação de atores e instituições comprometidas com a saúde dos trabalhadores podem ir avançando nas conquistas mesmo diante de uma correlação de forças que a princípio parece tão desigual.

5.2. Avanços recentes

Pautado pelas experiências bem sucedidas, e pelo empenho e dedicação de formulação teórica dos militantes do campo, foram elaborados dois documentos que podemos considerar o padrão ouro para orientar a consolidação da VISAT no Sistema Único de Saúde. São eles: a portaria 1823 de 2012 que institui a “Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora” (PNST); e as “Diretrizes para Implementação da Vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS”. Ambos documentos enfatizam a necessidade de compreensão da categoria trabalho como determinante do processo saúde-doença, e a valorização da temática da Saúde do Trabalhador em todos os serviços de saúde, contribuindo assim para tirar o campo da marginalidade que ele se encontra dentro do sistema de saúde.

O esforço agora deve ser concentrado na divulgação, socialização e estudo de tais documentos pelos profissionais de saúde e demais atores sociais envolvidos. O disparador desse processo deve ser a Renast, que ao executar tais ações, reafirma e fortalece seu papel frente aos demais serviços.

A seguir apresentamos resumidamente cada documento.

5.2.1. As Diretrizes para implementação da Vigilância em Saúde do Trabalhador

As diretrizes abordam desde a conceituação da VISAT até a sua operacionalização, indicando as formas de organização das ações. O documento explica quais devem ser as atribuições dos profissionais da VISAT, e dos demais serviços de saúde, e como essa articulação intrasetorial pode ser impulsionada pela área da saúde do trabalhador.

Como principais ações de VISAT, o documento aponta: a vigilância da situação de saúde dos trabalhadores; a intervenção nos fatores determinantes dos riscos e agravos à saúde da população trabalhadora; o monitoramento da intervenção; a divulgação sistemática de informações; e a educação em saúde do trabalhador.

Essas ações devem ocorrer a partir da análise dos elementos epidemiológicos, tecnológicos e sociais dos processos de trabalho, e deve ser realizado de maneira interinstitucional e interdisciplinar. O saber do trabalhador, como elemento central para a compreensão das condições e modo de trabalho, deve ser sistematizado através do registro dos depoimentos dos mesmos a respeito da organização do trabalho, e sobre sua percepção dos agravos e riscos relacionados à atividade.

Para a operacionalização das ações, o documento destaca o estabelecimento de critérios de prioridade e dos tipos de abordagem. A prioridade pode ser definida, por exemplo, a partir da origem da demanda: as identificadas por indicadores epidemiológicos e sociais; as originadas pelos movimentos sociais e sindicais; ou as institucionais, normalmente referentes à projetos intersetoriais.

A abordagem da Vigilância em Saúde do Trabalhador pode ser: a) territorial- abrange a identificação dos diversos processos de trabalho e suas conseqüências à saúde, em uma região geográfica delimitada; b) por ramo de atividade econômica- abrange a intervenção sobre as atividades de risco de determinado ramo produtivo, e as ações são generalizáveis e com conseqüências em diversas empresas do mesmo ramo; c) por cadeias produtivas- *“mapeamento de todo o ciclo de vida dos produtos e insumos envolvidos, desde a produção primária de insumos, ao processo produtivo em si, a distribuição, o consumo e o descarte final dos resíduos.”*

Como ferramentas metodológicas são indicadas: Modelo de Análise e Prevenção de Acidentes de Trabalho (MAPA), metodologia da Análise Interdisciplinar e Participativa de Acidentes (AIPA), metodologia de definição de indicadores e ações (Força Motriz da OMS), metodologia de avaliação de risco da Agency for Toxic Substances and Disease Registry (ATSDR), análise de discurso e de conteúdo, grupos focais, etnografia, análise de território/cenário, pesquisa-ação, percepção de risco, monitoramento epidemiológico (construção de matrizes), entre outras.

O texto ainda aborda as atribuições dos profissionais da VISAT, e da rede assistencial em cooperação com a vigilância.

Compete à média e alta complexidade, prestar assistência especializada de acordo com a organização da atenção à saúde, criar articulação com os setores de vigilância e, diagnosticar e notificar agravos relacionados ao trabalho. Esse último ponto deve ser impulsionado pelos Cerest através de programas de qualificação/aprimoramento, e de protocolos; que auxiliem a identificação da relação entre trabalho e saúde pelos profissionais dos diversos serviços e que contribuam para a criação de uma consciência sanitária da categoria trabalho como determinante no processo saúde-doença.

A atenção primária em saúde tem um papel central na consolidação da VISAT no SUS, de acordo com o documento, os profissionais desses serviços devem executar algumas ações de vigilância em saúde do trabalhador como: identificar os processos produtivos no seu território de abrangência e o perfil de saúde dos trabalhadores; identificar e notificar as situações de risco e agravos relacionados ao trabalho; e estabelecer nesses locais que foram identificados riscos ações de educação em saúde.

Apesar da importância da atenção primária na consolidação da VISAT, é necessário discutir a viabilidade de operacionalização dessas ações pelos trabalhadores desses serviços, que já se encontram sobrecarregados com a assistência e com os demais programas atribuídos a esses serviços.

5.2.2. A Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora

*“Art. 2º A Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora tem como finalidade definir os princípios, as diretrizes e as estratégias a serem observados pelas três esferas de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), para o desenvolvimento da atenção integral à saúde do trabalhador, **com ênfase na vigilância**, visando a promoção e a proteção da saúde dos trabalhadores e a redução da morbimortalidade decorrente dos modelos de desenvolvimento e dos processos produtivos.”*

Os objetivos da PNST são: fortalecer a VISAT e a integração com as outras vigilâncias; promover ambientes e processos de trabalho saudáveis; inserir ações de saúde do trabalhador em toda a rede de atenção do SUS, garantindo a integralidade na atenção aos trabalhadores; ampliar a compreensão do caráter transversal das ações de saúde do trabalhador; garantir a incorporação da categoria trabalho nas análises de situação de

saúde e nas ações de promoção da saúde; assegurar que os serviços de saúde do SUS identifiquem em todas suas ações e intervenções a ocupação, a situação de trabalho e suas possíveis conseqüências para a saúde, dos usuários atendidos; e por fim, assegurar a qualidade da atenção à saúde do trabalhador no SUS.

Para o alcance dos objetivos propostos, o documento indica as estratégias e formas de operacionalização, principalmente no que tange à articulação intra e intersetoriais; a consolidação da Renast; a participação dos trabalhadores em todo o processo; a capacitação dos recursos humanos; o desenvolvimento de estudos e pesquisas; e a identificação situacional dos perfis produtivos.

A Política Nacional ainda informa de maneira clara quais são as atribuições dos gestores de cada esfera de governo; e dos CEREST e das Equipes Técnicas. Bem como, esclarece sobre o financiamento e as etapas de vigilância de monitoramento e avaliação.

Em síntese, os dois documentos apresentados expressam de maneira completa a construção teórica a respeito da Vigilância em Saúde do Trabalhador. E mais do que isso, mostra a viabilidade de operacionalização das ações de VISAT com orientações claras. Obviamente, sua aplicabilidade depende invariavelmente da vontade política dos governos locais, especialmente no aspecto de reorganização e re-orientação da atenção à saúde. Ressalta-se mais uma vez, a urgente necessidade de se avaliar o papel da Atenção Primária, que nos últimos anos tem se tornado estratégia central para inúmeros programas, mas sem receber em contrapartida o apoio técnico, estrutural e humano condizente; criando assim uma sobrecarga de trabalho para os profissionais do setor.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As práticas de vigilância em saúde do trabalhador, como foi exposto, ainda não condizem plenamente com o marco teórico do campo, e os desafios são inúmeros e de difícil resolução. No entanto, percebe-se a ampliação constante da discussão, elaboração e disseminação de estratégias de organização da saúde do trabalhador no Sistema Único de Saúde.

Sempre haverá uma distância entre teoria e prática, isso porque essas áreas se retroalimentam constantemente, ora uma avançando frente à outra. E na área das práticas os condicionantes políticos, econômicos e sociais tendem a ser mais determinantes do que no nível teórico de construção do conhecimento.

A criação da Renast, a publicação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, e das Diretrizes para Implementação da Vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS; são as estratégias centrais para um salto de qualidade para as práticas cotidianas da área.

Estamos em um momento muito propício para mudanças; nos últimos anos o campo da Saúde do Trabalhador reuniu muitas experiências, o que proporcionou o acúmulo teórico necessário para alcançar o patamar em que se encontra hoje.

Podemos dizer que a Saúde do Trabalhador cumpriu a etapa de elaboração teórica de um campo em construção. Isso não significa que essa é uma fase acabada, ao contrário, a teoria é constantemente revista e reformulada. O que queremos afirmar, é que com a produção atual, a área se consolida não só conceitualmente, mas apresenta as resoluções necessárias para reproduzir na prática suas aspirações teóricas.

O papel que deve ser cumprido agora é de execução, de impulsionar a transformação do panorama atual rumo ao cumprimento dos documentos apresentados. E isso será sem dúvida, a fase mais difícil. O esforço deverá ser institucional e político, pois não basta querer reproduzir o que está escrito, os profissionais envolvidos deverão acreditar no que está sendo proposto. Trabalhar na Saúde do Trabalhador, e mais especificamente, na Vigilância em

Saúde do Trabalhador, não exige apenas conhecimento técnico, exige um posicionamento político frente às contradições capital-trabalho.

Nesse sentido, é fundamental disseminar processos de formação/capacitação profissionais, de preferência com a participação de trabalhadores e representantes sindicais, como estratégia para que esses se reaproximem dos serviços de saúde estabelecendo uma parceria efetiva e contínua.

Em geral, o sindicalismo nos últimos anos tem apresentado poucas pautas reivindicativas e propositivas que sejam inovadoras; a preocupação atual é a manutenção dos direitos adquiridos. No entanto, eles representam também a maior fonte geradora de demandas aos Cerest, mas predominantemente de casos individuais.

Se observarmos as lutas pela saúde do movimento sindical, percebemos que elas são ainda secundarizadas, e quando acontecem, tem um caráter de monetização do risco (lutas por adicional de insalubridade, por riscos diversos, etc.). Claro que há exceções, com experiências em que a saúde do trabalhador é entendida de maneira ampliada, e muitas vezes com parcerias bem consolidadas com os Cerest.

É fato que sem a participação dos trabalhadores, processos efetivos de VISAT são inviabilizados, por isso se faz necessário também aprofundar o entendimento da conjuntura atual da luta sindical com vistas à elaboração de estratégias que “reconquistem” os trabalhadores para o envolvimento contínuo na Vigilância em Saúde do Trabalhador.

O caminho é longo, mas os avanços foram grandes e reflexo da luta política conjunta dos atores da academia, dos serviços de saúde e trabalhadores em geral, cabe a nós seguir caminhando...e lutando!

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. TOBAR, Frederico; YALOUR, Margot R. **Como fazer teses em saúde pública**. FIOCRUZ, Rio de Janeiro. 2002
2. BRASIL. **1º Inventário de Saúde do Trabalhador: Avaliação da Rede Nacional de Atenção Integral em Saúde do Trabalhador, 2008-2009**. Brasília, 2011.
3. MINAYO, Maria Cecília S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa**. Hucitec. São Paulo, 2010.
4. MARX, Karl. **O capital: crítica da economia política**. Livro I, volume 1. Civilização Brasileira. Rio de Janeiro, 2006.
5. NETTO, J. P.; BRAZ, M. **Economia Política: uma introdução crítica**. Cortez. São Paulo, 2009
6. LESSA, Sergio; TONET, Ivo. **Introdução à filosofia de Marx**. Expressão Popular. São Paulo, 2008
7. LUKACS, Georg. **As bases ontológicas do pensamento e da atividade do homem**. s/d. Tradução de Carlos Nelson Coutinho. Disponível em: <http://moviments.net/espaimarx/docs/818f4654ed39a1c147d1e51a00ffb4cb.pdf>
8. ENGELS, F. **Sobre o papel do trabalho na transformação do macaco em homem**. In: ANTUNES, Ricardo (org). A dialética do trabalho: escritos de Marx e Engels. Expressão Popular. São Paulo, 2004.
9. MARX, Karl. **Trabalho assalariado e capital & salário, preço e lucro**. Expressão Popular. São Paulo, 2010.
10. LESSA, Sergio. **O processo de produção/reprodução social; trabalho e Sociabilidade**. Publicado em *Capacitação em Serviço Social e Política Social*, Módulo 2, CEAD-UNB, 1999
11. HARVEY, Davis. **Condição pós-moderna**. Loyola. São Paulo, 1992
12. PINTO, Geraldo A. **A organização do trabalho no século 20: taylorismo, fordismo e toyotismo**. Expressão Popular. São Paulo, 2010.
13. ANTUNES, Ricardo. **Produção liofilizada e a precarização estrutural do trabalho**. In: Sant'ana et al (orgs.). O avesso do trabalho II: trabalho, precarização e saúde do trabalhador. Expressão Popular e FAPESP. São Paulo, 2010.

14. IASI, Mauro. **Trabalho: emancipação e estranhamento?** In: Sant'ana et al (orgs.). O avesso do trabalho II: trabalho, precarização e saúde do trabalhador. Expressão Popular e FAPESP. São Paulo, 2010
15. AMORIM, Andresa S. **Terceirização e desidentidade sindical: uma (ou mais uma?) estratégia ideológica do capital.** Revista da Rede de Estudos do Trabalho, a.1, n. 2. 2008
16. ALVES, Giovanni. **Trabalho, capitalismo global e “captura” da subjetividade: uma perspectiva crítica.** In: SANT'ANA et al (orgs.). Avesso do trabalho II: trabalho, precarização e saúde do trabalhador. Expressão Popular e FAPESP. São Paulo, 2010.
17. SANTOS, Ana Lucia P. J. **O conflito nas relações no trabalho no contexto da flexibilização e reforma do Estado: a terceirização às avessas.** Dissertação (mestrado). Rio de Janeiro, 2007
18. MARCOSIN, Cleier; CAETANO, Mira. **Neoliberalismo, reestruturação produtiva e exploração do trabalho.** In: BRAVO, Maria Inês et al (org.). Movimentos sociais, saúde e trabalho. ENSP/FIOCRUZ. Rio de Janeiro, 2010.
19. RIZOTTO, Maria Lúcia F. **Neoliberalismo e saúde.** In: PEREIRA, Isabel; LIMA, Júlio (org.). Dicionário da Educação profissional em saúde. EPSJV. Rio de Janeiro, 2008
20. ANDRADE, Laíse R. **A FE no SUS: Fundação Estatal como proposta de gestão do trabalho para a Estratégia Saúde da Família na Bahia.** Dissertação (mestrado). Rio de Janeiro, 2009.
21. SOARES, Laura Tavares R. **Os custos sociais do ajuste neoliberal na América Latina.** Cortez. São Paulo, 2009.
22. PIRES, Maria R. G. M.; DEMO, Pedro. **Políticas de Saúde e Crise do Estado de Bem- Estar: repercussões e possibilidades para o Sistema Único de Saúde.** Revista Saúde e Sociedade. v. 15, n. 2. Rio de Janeiro, 2006
23. DRUCK, Graça; FRANCO, Tânia. **A Alca e as principais implicações para o trabalho e a saúde dos trabalhadores.** Revista Ciência & Saúde Coletiva, 8 (4). 2003.
24. GONÇALVES, Wagner. **Parecer sobre Terceirização e Parcerias na Saúde Pública.** 1998. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cns/temas/waqterc.htm>
25. BARALDI, Solange; CAR, Marcia R. **Flexibilização e desregulamentação laboral dos trabalhadores da área de enfermagem no Brasil: o caso PROFAE.** Revista Latino-Americana de Enfermagem, v.16, n. 2, 2008.

26. MOLINARO, Alex A. **Do estado gerencial ao estado precário: o emprego público federal na década de 1990**. Dissertação [mestrado]. Rio de Janeiro, 2004.
27. LIMA, Jacob C.; COCKELL, Fernanda F. **As novas institucionalidades do trabalho no setor público: os agentes comunitários de saúde**. Revista trabalho, Educação e Saúde, v. 6, n. . Rio de Janeiro, 2009.
28. LIMA, Julio C. F. **Bases Histórico-Conceptuais para a Compreensão do Trabalho em Saúde**. In: FONSECA, Angélica F; STAUFFER, Anakeila B. (orgs.) O processo histórico do trabalho em saúde. EPSJV/Fiocruz. Rio de Janeiro, 2007.
28. PEREIRA, Larissa D. **A Gestão da Força de Trabalho em Saúde na Década de 90**. PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 14(2):363-382, 2004
29. FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. Graal. São Paulo, 2008.
30. SANTOS, Ana Paula. **Entre o imediatismo e o planejamento: o desafio da construção da Vigilância em Saúde do Trabalhador no Centro de Referência em Saúde do Trabalhador do Espírito Santo**. Dissertação [mestrado]. Escola Nacional de Saúde Pública/Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2001.
31. MENDES, René; DIAS, Elizabeth Costa. **Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador**. Revista Saúde Pública- online, v.(25), n.(5). 1991
32. VASCONCELLOS, Luiz Carlos F. **Saúde, trabalho e desenvolvimento sustentável**. Tese [doutorado]. FIOCRUZ. Rio de Janeiro, 2007
33. ALMEIDA, Milena. **Um olhar sobre a vigilância em saúde do trabalhador: a dinâmica entre o saber e o fazer no município do Rio de Janeiro**. Dissertação [mestrado]. Escola Nacional de Saúde Pública/Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2012.
34. SILVA, Denise. **Processos de Vigilância em Saúde do Trabalhador: relato de um ceireiro de experiências em Barra do Piraí**. Dissertação [mestrado]. Escola Nacional de Saúde Pública/Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 1999.
35. MACHADO, Jorge M. H. **Alternativas e processos de Vigilância em Saúde do Trabalhador: a heterogeneidade da Intervenção**. Tese [doutorado]. Escola Nacional de Saúde Pública/Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 1996
36. MACHADO, Jorge M. H. **Processo de vigilância em saúde do trabalhador**. Cadernos de Saúde Pública [online], vol.13, suppl.2. Rio de Janeiro, 1997.

37. SATO, Leny. **As implicações do conhecimento prático para a vigilância em saúde do trabalhador**. Cadernos de Saúde Pública, vol.12, n.4. Rio de Janeiro, 1996
38. BERLINGUER, Giovanni. **A saúde nas fábricas**. Cebes/hucitec. 1983
39. NOVELLO, Cyro. **A Vigilância em Saúde do Trabalhador e controle social: o caso do amianto no estado do Rio de Janeiro**. Dissertação [mestrado]. Escola Nacional de Saúde Pública/Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2006.
40. BAPTISTA, Tatiana W. **História das políticas de saúde no Brasil: a trajetória do direito à saúde**. In: Matta, Gustavo C.; PONTES, Ana Lúcia M.. Políticas de saúde: organização e operacionalização do sistema único de saúde. EPSJV / Fiocruz. Rio de Janeiro, 2007
41. ESCOREL, Sarah; TEIXEIRA, Luiz Antonio. História das políticas de saúde no Brasil de 1822 a 1963: do império ao desenvolvimentismo populista. In: GIOVANELLA et al. **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Fiocruz, Rio de Janeiro, 2008.
42. PINHEIRO, Tarcisio M. M. **Vigilância em Saúde do Trabalhador no Sistema Único de Saúde: a vigilância do conflito e o conflito da vigilância**. Tese [doutorado]. Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 1996.
43. Brasil. **Vigilância em Saúde - Parte 1**. Coleção Para Entender a Gestão do SUS. Brasília, 2011.
44. GIANNOTTI, Vito. **História das lutas dos trabalhadores no Brasil**. Mauad. Rio de Janeiro, 2009.
45. BRAVO, Maria Inês Souza. **Política de Saúde no Brasil**. In: Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional. Disponível em: <http://webmail.profunisua.com.br/~luziamag/Pol%EDtica%20de%20Sa%FAde/Bravotexto1-5.pdf>
46. BAHIA, Ligia; COSTA, Nilson Rosario; STRALEN, Cornelis van. **A saúde na agenda pública: convergências e lacunas nas pautas de debate e programas de trabalho das instituições governamentais e movimentos sociais**. Ciência & saúde coletiva, Rio de Janeiro, 2010.
47. PAIM, Jairnilsom. **A reforma sanitária brasileira e o Sistema Único de Saúde: dialogando com hipóteses concorrentes**. Physis Revista de Saúde Coletiva, 18 [4]. Rio de Janeiro, 2008
48. AROUCA, Sergio. **Reforma Sanitária Brasileira: que bicho é esse?** 2002. In: Caderno do encontro "III Seminário Livre pela Saúde". Recife.

49. COHN, Amélia. **Reforma Sanitária Brasileira após 20 Anos do SUS**: reflexões. Cadernos de Saúde Pública, 25(7). Rio de Janeiro, 2009.
50. PAIM, Jairnilson Silva. **Reforma Sanitária Brasileira**: Contribuição para Compreensão e Crítica. Tese (Doutorado). Universidade Federal da Bahia, Instituto de Saúde Coletiva, Salvador. 2007
50. SANTOS, Ana Paula L.; LACAZ, Francisco A. C. **Saúde do trabalhador no SUS**: contexto, estratégias e desafios. In: MINAYO GOMEZ, Carlos et al (org.). Saúde do trabalhador na sociedade brasileira contemporânea. FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2011.
51. VILELA, Rodolfo A. de G.; MACHADO, Jorge H. **Vigilância em Saúde do Trabalhador e produção acadêmica**. Ciência e saúde coletiva, vol.16, n.8. Rio de Janeiro, 2011.
52. BAHIA, Ligia. Avanços e percalços do SUS: a regulação das relações entre o público e o privado. In: **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v.4, n.1, p.159-169, 2006
53. VASCONCELLOS, Luiz Carlos F.; RIBEIRO, Fátima S N. **A construção e a institucionalização da saúde do trabalhador no Sistema Único de Saúde**. In: VASCONCELLOS; BARROS (orgs.). Saúde, trabalho e direito: uma trajetória crítica e a crítica de uma trajetória. Educam. Rio de Janeiro, 2011
53. MACHADO, Jorge M. H. **Perspectivas e pressupostos da vigilância em saúde do trabalhador no Brasil**. In: MINAYO GOMEZ, Carlos et al (org.). Saúde do trabalhador na sociedade brasileira contemporânea. FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2011.
54. BRASIL. **Legislação em saúde**: caderno de legislação em saúde do Trabalhador. Ministério da Saúde. Brasília, 2005
55. VASCONCELLOS, Luiz Carlos F.; et al. **Vigilância em Saúde do Trabalhador**: passos para uma pedagogia 2010. Trabalho, Educação e Saúde, v. 7 n. 3. Rio de Janeiro, 2010.
55. BALISTA, Salma et al. **A descentralização da vigilância da saúde do trabalhador no Município de Campinas, São Paulo, Brasil**: uma avaliação do processo. Cadernos de Saúde Pública, vol.27, n. 4. Rio de Janeiro, 2011.
- 56 MACHADO, Jorge M. H. et al. **Vigilância em saúde ambiental e do trabalhador**: reflexões e perspectivas. Cadernos de Saúde Coletiva, vol.19, n. 4. Rio de Janeiro, 2011.

57. DIAS, Elizabeth Costa et al. **Condições de emprego e iniquidades em saúde**: um estudo de caso no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*[online]. vol.27, n.12, 2011
58. BRASIL. **Legislação em saúde**: caderno de legislação em saúde do Trabalhador. Ministério da Saúde. Brasília, 2005
59. LEÃO, Luis Henrique C; VASCONCELLOS, Luiz Carlos F. **Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast)**: uma rede que não enreda. In: VASCONCELLOS; BARROS (orgs.). *Saúde, trabalho e direito: uma trajetória crítica e a crítica de uma trajetória*. Educam. Rio de Janeiro, 2011
60. SANCHEZ, Mariana et al. **Atuação do Cerest nas ações de vigilância em saúde do trabalhador no setor canavieiro**. *Saude e sociedade* [online], vol.18, sup.1. Rio de Janeiro, 2009.
61. MACHADO, Jorge M.; PORTO, Marcelo F. **Promoção da saúde e intersectorialidade**: a experiência da vigilância em saúde do trabalhador na construção de redes. *Epidemiologia e serviços de saúde*, vol.12, n.3. 2003
62. QUINTINO, Nayara. **Vigilância em saúde dos trabalhadores potencialidades da matriz FPEEEA**. Dissertação [mestrado profissional]. Escola Nacional de Saúde Pública/Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2009.
63. MINAYO GOMEZ, Carlos; LACAZ, Francisco A. C. **Saúde de trabalhador**: novas-velhas questões. *Ciência e Saúde Coletiva*, vol.10, n.4. Rio de Janeiro, 2005.
64. LESSA, Iris. **Resenha**: O novo e precário mundo do trabalho - reestruturação produtiva e crise do sindicalismo. *Trabalho Necessário*, n.3, v.3. 2005
65. STOTZ, Eduardo N. **Trabalhadores, direito à saúde e ordem social no Brasil**. *São Paulo em Perspectiva*, 17(1). São Paulo, 2003.
66. SILVA, Sidney J. **Sindicalismo do setor público nos anos 90**: persistência da lógica do conflito. *Tempo da Ciência* (12) 24. 2005
67. IBGE. **Sindicatos**: indicadores sociais 2001. Rio de Janeiro, 2003
68. ALVES, Giovanni. **Trabalho e sindicalismo no Brasil**: um balanço crítico da “década neoliberal” (1990-2000). *Revista de Sociologia e Política*, n. 19, p. 71-94. Curitiba, 2002.
69. MACHADO, Jorge Mesquita Huet. **A propósito da Vigilância em Saúde do Trabalhador**. *Ciência e saúde coletiva* [online], vol.10, n.4. Rio de Janeiro, 2005.

70. ALVES, Roberta Belizário. **Vigilância em saúde do trabalhador e promoção da saúde**: aproximações possíveis e desafios. Cadernos de Saúde Pública [online], vol.19, n.1. Rio de Janeiro, 2003.

71. HENNINGTON, Élida A.; MONTEIRO, Márcia. **O perfil epidemiológico dos acidentes de trabalho no Vale dos Sinos e o sistema de vigilância em saúde do trabalhador**. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, v. 13, n.4. Rio de Janeiro, 2006.

72. SANTANA, Maria C. C. P. et al. **Fonoaudiologia e saúde do trabalhador: vigilância é informação para a ação!** Revista CEFAC, vol.11, n.3. 2009

73. BRITO, Jussara. **Uma proposta de vigilância em saúde do trabalhador com a ótica de gênero**. Cadernos Saúde Pública [online], vol.13, sup.2. Rio de Janeiro, 1997.

[74.](#) MACHADO, Jorge et al. **Alternativas e processos de vigilância em saúde do trabalhador relacionados à exposição ao benzeno no Brasil**. Ciência saúde coletiva. vol.8, n.4. 2003.

[75.](#) COSTA, Kelly C. F. **Análise da trajetória do controle social em saúde do trabalhador no estado do Rio de Janeiro**. Dissertação [mestrado]. FIOCRUZ. Rio de Janeiro, 2009.

ANEXO A – QUADRO RESUMO DA BIBLIOGRAFIA PRINCIPAL

AUTORES	TÍTULO	DATA	OBJETO DO ESTUDO
ALMEIDA, Milena	Um olhar sobre a vigilância em saúde do trabalhador: a dinâmica entre o saber e o fazer no município do Rio de Janeiro	2012	Relata práticas de vigilância em saúde do trabalhador, analisando-as a partir da construção teórica do campo da saúde do trabalhador
ALVES, Roberta Belizário	Vigilância em saúde do trabalhador e promoção da saúde: aproximações possíveis e desafios	2003	Trabalho teórico que aborda a necessidade da articulação da VISAT com o campo da promoção da saúde
BALISTA, Salma R. R. SANTIAGO, Sílvia Maria FILHO, Heleno R. C.	A descentralização da vigilância da saúde do trabalhador no Município de Campinas, São Paulo, Brasil: uma avaliação do processo	2011	O trabalho avalia o processo das práticas de descentralização da vigilância da saúde do trabalhador em Campinas.
BRASIL	1º Inventário de Saúde do Trabalhador: Avaliação da Rede Nacional de Atenção Integral em Saúde do Trabalhador, 2008-2009	2011	Estudo avaliativo das ações da Rede Nacional de Atenção Integral em Saúde do Trabalhador, Renast.
BRASIL	Vigilância em Saúde - Parte 1	2011	Documento que apresenta o campo normativo e diretrizes gerais para implantação da vigilância em saúde
BRITO, Jussara.	Uma proposta de vigilância em saúde do trabalhador com a ótica de gênero	1997	Estudo teórico que discute a necessidade da VISAT incorporar nas suas ações elementos para lidar com as desigualdades de gênero presentes nos processos de trabalho e nos processos saúde-doença.
DIAS, Elizabeth Costa OLIVEIRA, Roberval P. MACHADO, Jorge H. MINAYO-GOMEZ, Carlos PEREZ, Marco Antonio G. HOEFEL, Maria da Graça L. SANTANA, Vilma S.	Condições de emprego e iniquidades em saúde: um estudo de caso no Brasil.	2011	Este trabalho descreve aspectos das condições de trabalho e emprego e suas relações com a saúde, no contexto brasileiro, enfatizando as desigualdades sociais relacionadas com a inserção no mercado de trabalho.
HENNINGTON, Élide A. MONTEIRO, Márcia.	O perfil epidemiológico dos acidentes de trabalho no Vale dos Sinos e o sistema de vigilância em saúde do trabalhador	2006	O estudo discute o papel e a relevância do sistema de vigilância em saúde do trabalhador diante dos acidentes de trabalho
LACAZ, Francisco A C; MACHADO, Jorge M. H.	Estudo da situação e tendências da Vigilância em Saúde do Trabalhador no Brasil.	2006	Estudo avaliativo do perfil das ações da VISAT no país

PORTO, Marcelo F. S.			
LEÃO, Luis Henrique C. VASCONCELLOS, Luiz Carlos F.	Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast): uma rede que não enreda	2011	O estudo aborda a problemática da construção de uma efetiva rede na atenção à saúde do trabalhador
MACHADO, Jorge M. H.	Alternativas e processos de Vigilância em Saúde do Trabalhador: a heterogeneidade da Intervenção	1996	O estudo discute bases teóricas e técnicas da VISAT através de dois exemplos de processos de vigilância.
MACHADO, Jorge M. H. VILLARDI, Juliana W. R. NETTO, Guilherme F. ROLFS Daniela B. RANGEL, Cassia F. VAZ, Carlos Augusto DANIEL, Mariely BUENO, Priscila C. SILVA, Eliane L.	Vigilância em saúde ambiental e do trabalhador: reflexões e perspectivas	2011	O estudo apresenta os modelos e analisa os impactos das ações de Vigilância em Saúde Ambiental e em Saúde do Trabalhador desenvolvidas pelo Ministério da Saúde
MACHADO, Jorge M. H.	Perspectivas e pressupostos da vigilância em saúde do trabalhador no Brasil.	2011	Aborda as principais concepções e a consolidação da VISAT
MACHADO, Jorge M. H.	Processo de vigilância em saúde do trabalhador.	1997	O estudo discute bases teóricas e técnicas da VISAT
MACHADO, Jorge M. PORTO, Marcelo F.	Promoção da saúde e intersetorialidade: a experiência da vigilância em saúde do trabalhador na construção de redes	2003	O estudo sistematiza a experiência do campo da Saúde do Trabalhador diante das temáticas da promoção da saúde e da intersetorialidade.
MACHADO, Jorge M. H.	A propósito da Vigilância em Saúde do Trabalhador	2005	Estudo teórico que discute as práticas de VISAT como uma prática social transdisciplinar.
MENDES, René DIAS, Elizabeth C.	Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador	1991	Estudo teórico que apresenta a trajetória histórica das formas de atuar sobre a saúde no trabalho, e demarca as diferenciações entre Medicina do Trabalho, Saúde Ocupacional e Saúde do Trabalhador
MINAYO GOMEZ, Carlos LACAZ, Francisco A. C.	Saúde de trabalhador: novas-velhas questões	2005	O artigo discute a ausência de uma efetiva Política Nacional de saúde do Trabalhador; a fragmentação e dispersão da produção científica da área; e o enfraquecimento dos movimentos sociais e dos trabalhadores.
NOVELLO, Cyro	A Vigilância em Saúde do Trabalhador e controle social: o caso do amianto no estado do Rio de Janeiro.	2006	Relato de experiência do caso de amianto e da importância da participação popular exercendo o controle social nesse processo, bem como as dificuldades encontradas.
PINHEIRO, Tarcisio M. M.	Vigilância em Saúde do Trabalhador no Sistema Único de Saúde: a vigilância do conflito e o	1996	Estudo teórico que descreve os principais conflitos (internos e externos) inerentes aos processos de VISAT

	conflito da vigilância.		
QUINTINO, Nayara.	Vigilância em saúde dos trabalhadores potencialidades da matriz FPEEEA	2009	O estudo avalia a matriz FPEEEA como instrumento para construção das ações de VISAT.
SANCHEZ, Mariana REIS, Márcia A. CRUZ, Ana Laura S. FERREIRA, Maercy P.	Atuação do Cerest nas ações de vigilância em saúde do trabalhador no setor canavieiro	2009	Relato de experiência do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest) de Bauru em ações de VISAT em usinas do setor canavieiro.
SANTANA, Maria C. C. P. BRANDÃO, Kristhine K. C. P. GOULART, Bárbara N. G. CHIARI, Brasília M.	Fonoaudiologia e saúde do trabalhador: vigilância é informação para a ação!	2009	Estudo teórico que apresenta as principais concepções da VISAT e mostra o papel da fonoaudiologia nesse campo.
SANTOS, Ana Paula L. LACAZ, Francisco A. C.	Saúde do trabalhador no SUS: contexto, estratégias e desafios	2011	Apresenta a configuração atual do campo da saúde do trabalhador, apontando as perspectivas e os obstáculos.
SANTOS, Ana Paula L.	Entre o imediatismo e o planejamento: o desafio da construção da Vigilância em Saúde do Trabalhador no Centro de Referência em Saúde do Trabalhador do Espírito Santo	2001	Relato de experiência de ações de VISAT no Cerest do Espírito Santo
SATO, Leny.	As implicações do conhecimento prático para a vigilância em saúde do trabalhador.	1996	Estudo teórico acerca da importância do conhecimento do trabalhador para a construção das ações de VISAT
SILVA, Denise	Processos de Vigilância em Saúde do Trabalhador: relato de um celeiro de experiências em Barra do Piraí	1999	Relato de experiência de ações de VISAT
VASCONCELLOS, Luiz Carlos F.	Saúde, trabalho e desenvolvimento sustentável	2007	A tese faz apontamentos para uma política de Estado integralizadora das variáveis saúde, trabalho, produção, consumo, meio ambiente e desenvolvimento sustentável
VASCONCELLOS, Luiz Carlos F. ALMEIDA, Carmen V. B. GUEDES, Dimitri T.	Vigilância em Saúde do Trabalhador: passos para uma pedagogia	2010	O artigo trata de uma proposta metodológica para a capacitação em Vigilância em Saúde do Trabalhador, a partir de experiências desenvolvidas no campo de ensino em serviço
VASCONCELLOS, Luiz Carlos F. RIBEIRO, Fátima S. N.	A construção e a institucionalização da saúde do trabalhador no Sistema Único de Saúde.	2011	Estudo teórico de caráter histórico sobre constituição do campo da Saúde do Trabalhador.
VILELA, Rodolfo A. de G. MACHADO, Jorge H.	Vigilância em Saúde do Trabalhador e produção acadêmica	2011	O estudo demonstra a importância da relação interinstitucional entre serviços de saúde do trabalhador e academia através do relato de experiências bem sucedidas de VISAT

