

**Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública**

**A abordagem da questão do trabalho no campo
da Saúde Coletiva e no Sistema Único de Saúde:
limites e desafios**

Francisco Mogadouro da Cunha

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Área de Concentração: Saúde Pública

Orientador: Prof. Dr. Áquilas Nogueira Mendes

São Paulo

2019

A abordagem da questão do trabalho no campo da Saúde Coletiva e no Sistema Único de Saúde: limites e desafios

Francisco Mogadouro da Cunha

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Área de Concentração: Saúde Pública

Orientador: Prof. Dr. Áquilas Nogueira Mendes

São Paulo

2019

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Catálogo da Publicação

Ficha elaborada pelo Sistema de Geração Automática a partir de dados fornecidos pelo(a) autor(a)
Bibliotecária da FSP/USP: Maria do Carmo Alvarez - CRB-8/4359

Cunha, Francisco Mogadouro da

A abordagem da questão do trabalho no campo da Saúde Coletiva e no Sistema Único de Saúde: limites e desafios / Francisco Mogadouro da Cunha; orientador Áquilas Nogueira Mendes. -- São Paulo, 2019.

116 p.

Dissertação (Mestrado) -- Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 2019.

1. Trabalho. 2. Saúde Coletiva. 3. Sistema Único de Saúde. 4. Saúde do Trabalhador. 5. Determinantes Sociais da Saúde. I. Mendes, Áquilas Nogueira, orient. II. Título.

A todas as pessoas cuja sobrevivência depende de sua própria força de trabalho; em especial, àquelas que sofrem, adoecem e morrem em decorrência da exploração de seu trabalho.

Ao Antônio, à Aurora, ao Caio, à Dandara, à Isis, à Laura Alice, à Mariana, à Marina, ao Max, à Paloma e ao Vicente, crianças nascidas em tempos difíceis, e portanto nossa esperança de dias melhores.

AGRADECIMENTOS

Para um observador desatento, esta dissertação pode parecer o resultado de um trabalho individual e solitário, cuja maior interação com o mundo exterior se deu na produção material de sua versão impressa: 33.359 palavras gravadas a tinta em 116 folhas de papel devidamente encadernadas, com a atuação de alguns trabalhadores de uma gráfica.

Essa percepção tem um fundo de verdade: parte do trabalho de pesquisa e escrita é mesmo individual, e a atuação dos trabalhadores da gráfica foi fundamental para que sua versão impressa ficasse pronta em tempo (obrigado!). Mas inúmeras pessoas contribuíram para a existência desta dissertação, das mais variadas formas.

Assim, cabe estender meu agradecimento a todos os outros cujo trabalho foi de alguma maneira condensado nestas páginas, ainda que em mínimas frações: os operários que fabricaram computadores, impressoras e demais dispositivos utilizados nesse processo; os programadores que elaboraram aplicativos e sistemas que facilitaram imensamente a pesquisa e a escrita; os trabalhadores administrativos, do bandeirão, da biblioteca, da limpeza e da vigilância da Faculdade de Saúde Pública e das outras unidades que frequentei nesse período; os incontáveis *motoristas de aplicativo*, categoria emblemática da precarização do trabalho contemporânea; entre tantos outros.

O trabalho de pesquisa e escrita propriamente dito também contou com a participação de muitas pessoas. Assim, mesmo correndo o risco de cometer alguma injusta omissão, agradeço:

Ao meu orientador, professor Áquilas Mendes, por me incentivar a fazer o mestrado e pela orientação ao mesmo tempo rigorosa e fraterna.

Às professoras Vera Navarro e Virginia Junqueira, pela generosa participação na banca do Exame de Qualificação; aos membros da banca da defesa, por aceitarem o convite; a todos os demais professores e professoras que contribuíram de alguma forma com este trabalho.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, pelo apoio financeiro para a participação da professora Vera Navarro na banca da qualificação, assim como para minha participação em congressos durante o mestrado.

Ao Allan Brum, que durante o 5º Seminário da Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde (Rio de Janeiro, março/2015) propôs ao Áquilas a criação de um grupo de estudos para ler *O Capital*. A todos que vêm participando do grupo *Saúde, Estado e Capitalismo* desde então.

Ao Felipe “Belém” Monte Cardoso, meu primeiro incentivador das leituras de Marx e da militância para além da Saúde, em plena residência de Medicina de Família e Comunidade. Aos colegas do CEREST Campinas (naquela época ainda CRST), por desde a residência me apresentarem a Saúde do Trabalhador, e pelo diálogo permanente desde então.

À Júlia Amorim Santos, grande amiga e parceira de caronas, de estudos e de militância desde nosso inusitado reencontro em Goiânia. À Juliana Turno, companheira de debates, eleições sindicais, greves e infinitas reuniões. A todas as demais pessoas que constroem o Coletivo Trabalhador@s em Luta, o Núcleo Campinas do Fórum Popular de Saúde e a Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde, assim como àquelas com quem convivi no Centro Acadêmico Oswaldo Cruz, na Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina e na Associação dos Médicos Residentes do Estado de São Paulo, entre outros espaços.

Aos colegas de trabalho e aos pacientes do Centro de Saúde DIC III, em especial da Equipe Vermelha e do Grupo Dignidade, com quem todos os dias aprendo muito mais do que em qualquer curso. À coordenação do Centro de Saúde e à Secretaria Municipal de Saúde, pela liberação parcial de carga horária que possibilitou a realização desta pesquisa.

À Bia, pela incrível companhia que torna tudo mais leve, tanto que até mesmo a tragédia eleitoral de 2018 resultou em algo muito positivo (“já que o mundo está tão difícil, vamos procurar apartamento e morar juntos logo?”). À cunhada Mariana, pela imensa contribuição para minha estante de livros, que muito ajudou no processo de escrita. A toda a família Leite Figueiredo, pela acolhida. A toda a minha família, pelo carinho, apoio e incentivo que sempre tive, mesmo que muitas vezes à distância.

Lutar dia a dia, no interior do próprio sistema existente, pelas reformas, pela melhoria da situação dos trabalhadores, pelas instituições democráticas, é o único processo de iniciar a luta da classe proletária e de se orientar para o seu objetivo final, quer dizer: trabalhar para conquistar o poder político e abolir o sistema salarial. Entre a reforma social e a revolução, a social-democracia vê um elo indissolúvel: a luta pela reforma social é o meio, a revolução social o fim.

Rosa Luxemburgo, em *Reforma ou Revolução* (1900)

Vivemos num mundo conquistado, desenraizado e transformado pelo titânico processo econômico e tecno-científico do desenvolvimento do capitalismo, que dominou os dois ou três últimos séculos. Sabemos, ou pelo menos é razoável supor, que ele não pode prosseguir ad infinitum. O futuro não pode ser uma continuação do passado, e há sinais [...] de que chegamos a um ponto de crise histórica. As forças geradas pela economia tecnocientífica são agora suficientemente grandes para destruir o meio ambiente, ou seja, as fundações materiais da vida humana. As próprias estruturas das sociedades humanas [...] estão na iminência de ser destruídas pela erosão do que herdamos do passado humano. Nosso mundo corre o risco de explosão e de implosão. Tem de mudar.

Eric Hobsbawn, em *Era dos Extremos: O Breve Século XX: 1914-1991* (1996)

RESUMO

CUNHA, F. M. **A abordagem da questão do trabalho no campo da Saúde Coletiva e no Sistema Único de Saúde: limites e desafios**. Dissertação. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2019.

A partir do referencial teórico marxista e da centralidade do trabalho, estudamos como o campo da Saúde Coletiva e o Sistema Único de Saúde (SUS) vêm abordando a questão do trabalho. Partimos da hipótese de que o trabalho é fator central na determinação social da saúde, mas que a atuação estatal sobre essa questão é precária e insuficiente; ao mesmo tempo, entendemos que o campo da Saúde Coletiva vem se afastando do debate sobre o trabalho em uma perspectiva emancipatória. Realizamos revisão narrativa de 53 artigos publicados em três periódicos do campo, sendo 34 propriamente teóricos e 19 referentes a políticas públicas. Apresentamos o debate organizado por categorias, seguido de balanço crítico. Identificamos que é pouco abordada a relação entre o campo denominado Saúde do Trabalhador e o campo da Saúde Coletiva. Notamos a relativa ausência do debate sobre a *determinação social da saúde*, ao mesmo tempo que o termo *determinantes sociais da saúde* aparece com frequência. Constatamos que as obras de Marx e da Sociologia do Trabalho são relativamente pouco citadas, embora possam contribuir para a compreensão do trabalho em perspectiva emancipatória. Avaliamos que o debate sobre a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador aparece nos artigos de forma descritiva, abordando pouco a precariedade e a insuficiência da atenção à saúde dos trabalhadores no SUS. O papel da Atenção Primária à Saúde é mencionado sem levar em conta que a população trabalhadora já é atendida por esses serviços, como se as questões de Saúde do Trabalhador constituíssem uma nova atribuição. Os desafios estruturais do SUS são abordados de forma fragmentada e superficial. A atuação desarticulada dos setores do Estado sobre a questão do trabalho é retratada, mas não se analisa as contradições de forma mais ampla. Consideramos que é necessário retomar a articulação entre a Reforma Sanitária Brasileira e a perspectiva revolucionária de superação do capitalismo, ao menos em termos teóricos.

Descritores: Trabalho; Saúde Coletiva; Sistema Único de Saúde; Saúde do Trabalhador; Determinantes Sociais da Saúde.

ABSTRACT

CUNHA, F. M. **The approach to the issue of work in the field of Collective Health and in the Brazilian Unified Health System: limits and challenges.** Dissertation. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2019.

Based on the Marxist theory and on the theoretical reference of the centrality of work, we study how the field of Collective Health and the Brazilian Unified Health System (UHS) have been approaching the issue of work. We start from the hypothesis that work is a central factor in the social determination of health, but that state action on this issue is precarious and insufficient. At the same time, we understand that the field of Collective Health has been moving away from the debate about work in an emancipatory perspective. We carried out a narrative review of 53 articles published in three journals of the field, 34 of which are theoretical and 19 are related to public policies. We present the debate organized by categories, followed by critical review. We identify that the relationship between the field called Occupational Health and the field of Collective Health is little discussed. We note the relative absence of the debate on the *social determination of health*, while the term *social determinants of health* appears frequently. We find that the work of Marx and the Sociology of Work are relatively little cited, although they may contribute to the understanding of work in an emancipatory perspective. We evaluate that the debate about the National Network of Integral Attention to Workers' Health appears in the articles in a descriptive way, addressing little the precariousness and insufficiency of health care of workers in the UHS. The role of Primary Health Care is mentioned without taking into account that the working population is already served by these services, as if Workers' Health issues constituted a new assignment. The structural challenges of UHS are addressed in a fragmented and superficial way. The disjointed performance of the state sectors on the issue of work is portrayed, but contradictions are not analyzed more broadly. We consider that it is necessary to resume the articulation between the Brazilian Sanitary Reform and the revolutionary perspective of overcoming capitalism, at least in theoretical terms.

Descriptors: Work; Collective Health; Unified Health System; Workers Health; Social Determinants of Health.

LISTA DE SIGLAS

ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
APS	Atenção Primária à Saúde
BVS	Biblioteca Virtual de Saúde
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CEREST	Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
CONSEST	Conselho Estadual de Saúde do Trabalhador
CRST	Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
CSDH	<i>Commission on Social Determinants of Health</i>
DIRSAT	Diretoria de Saúde do Trabalhador
DORT	Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho
DRT	Delegacia Regional do Trabalho
ESF	Estratégia Saúde da Família
FEDP	Fundação Estatal de Direito Privado
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INSS	Instituto Nacional do Seguro Social
LER	Lesões por Esforço Repetitivo
LER/DORT	Lesões por Esforço Repetitivo/Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MEDLINE	<i>Medical Literature Analysis and Retrieval System Online</i>
MPC	Modo de Produção Capitalista
NOST	Norma Operacional de Saúde do Trabalhador
OMS	Organização Mundial da Saúde
OS	Organização Social
PCMSO	Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional
PND	Plano Nacional de Desenvolvimento
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
PNSTT	Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora
PPRA	Programa de Prevenção dos Riscos Ambientais
PSF	Programa Saúde da Família
PST	Programa de Saúde do Trabalhador

RENAST	Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador
RSB	Reforma Sanitária Brasileira
SciELO	<i>Scientific Electronic Library Online</i>
Sinratel	Sindicato dos Trabalhadores em Telemarketing
SUS	Sistema Único de Saúde
VISAT	Vigilância em Saúde do Trabalhador

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	14
1 TRABALHO E SAÚDE: FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	28
1.1 A QUESTÃO DO TRABALHO	29
1.1.1 Trabalho: questão superada ou categoria central?.....	29
1.1.2 O trabalho no modo de produção capitalista	33
1.1.3 O trabalho no capitalismo contemporâneo	38
1.2 TRABALHO, DESGASTE E SAÚDE	45
1.2.1 Trabalho e desgaste.....	45
1.2.2 Trabalho e determinação social da saúde	48
2 A QUESTÃO DO TRABALHO NA PRODUÇÃO CIENTÍFICA DA SAÚDE COLETIVA.....	52
2.1 LEVANTAMENTO BIBLIOGRÁFICO	52
2.1.1 Escolha dos periódicos	52
2.1.2 Definição da palavra-chave.....	53
2.1.3 Uso da plataforma de busca.....	54
2.2 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA.....	54
2.2.1 Delimitação da base de artigos	54
2.2.2 Classificação dos artigos.....	55
2.2.3 Seleção dos artigos.....	55
2.3 REVISÃO DOS ARTIGOS SELECIONADOS.....	56
2.3.1 Saúde do Trabalhador: constituição de um campo interdisciplinar	56
2.3.2 Gênero, trabalho e saúde.....	64
2.3.3 Saúde do Trabalhador e Saúde Ambiental.....	68
2.3.4 Determinação social ou determinantes sociais da saúde?	72
2.4 BALANÇO CRÍTICO	76
3 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E A QUESTÃO DO TRABALHO	80
3.1 REVISÃO DOS ARTIGOS SELECIONADOS.....	81
3.1.1 Política de Saúde do Trabalhador: antecedentes históricos	81
3.1.2 A estratégia da RENAST e a PNSTT	83
3.1.3 O papel da Atenção Primária à Saúde	86
3.1.4 Os desafios estruturais do SUS	88
3.1.5 A atuação intersetorial.....	90
3.2 BALANÇO CRÍTICO	92

CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	96
REFERÊNCIAS	100
APÊNDICE – LISTA DE ARTIGOS ESTUDADOS	111
CURRÍCULOS LATTES	116

INTRODUÇÃO

INTRODUÇÃO

Doutor, perdi o plano de saúde e fiquei desempregado porque a empresa faliu. Tenho tendinite no ombro há 12 anos, já fiz ressonância, fisioterapia e cirurgia. Vim para o SUS porque estou tentando me aposentar por invalidez mas o INSS exige novos exames e um laudo médico atualizado.

trabalhador metalúrgico, 48 anos

APRESENTAÇÃO

Por que estudar a questão do trabalho e sua relação com a saúde, com o Sistema Único de Saúde (SUS) e com o campo da Saúde Coletiva? Antes de mais nada, pela minha experiência pessoal de, atuando como médico de família e comunidade, atender todos os dias pessoas que sofrem e adoecem em consequência do trabalho que exercem, que um dia exerceram ou que precisam exercer mas não conseguem.

Mais ainda: por perceber o quanto essas pessoas procuram com frequência os serviços de saúde buscando “consumir” exames, procedimentos ou medicamentos para diagnosticar e tratar problemas que quase nunca têm solução no plano individual. São em sua grande maioria trabalhadoras e trabalhadores de condição social precária e baixa escolaridade, de categorias subalternas com pouca ou nenhuma organização sindical, submetidos a condições de trabalho que levam frequentemente a problemas como as Lesões por Esforços Repetitivos / Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (LER/DORT)¹ e os transtornos mentais relacionados ao trabalho.

Não se trata de uma situação específica: como pretendemos demonstrar nesta pesquisa, parte significativa da população brasileira sofre as consequências do trabalho precarizado e superexplorado, em detrimento de suas condições de vida e de saúde. Ainda que nem todas busquem atendimento no SUS (e que um número menor ainda seja efetivamente atendida), trata-se de uma pressão de demanda que

¹ LER/DORT é o termo oficial utilizado atualmente pelo Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) e pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2003). Seu uso não é uniforme: LER ou DORT aparecem como termos isolados em alguns contextos. Na mais abrangente revisão de literatura sobre o tema que encontramos, Maeno (2018) prefere a forma LER/DORT mas considera que LER e DORT são sinônimos. Adotamos o mesmo critério nesta dissertação.

certamente afeta as “portas abertas” do SUS de forma geral. Outra parcela significativa é atendida pelo setor privado, e eventualmente chega ao SUS somente depois de décadas de adoecimento e dezenas de “tratamentos” que na melhor das hipóteses amenizam a dor para permitir que continuem trabalhando nas mesmas condições.

Em contraste com essa demanda, a política de saúde efetivamente existente dá pouca atenção ao sofrimento e ao adoecimento relacionados ao trabalho, como também pretendemos apresentar neste estudo. Também é quase inexistente a articulação intersetorial, que seria necessária para que o Estado brasileiro interviesse efetivamente nas condições de trabalho insalubres e degradantes, a partir de um diagnóstico epidemiológico da demanda atendida pelo setor saúde. Aliás, o próprio trabalho em saúde no interior do SUS é constrangido pela precarização e pela terceirização em suas mais variadas formas – reflexo de problemas estruturais crônicos, como o subfinanciamento e o sucateamento do serviço público.

Além disso, a motivação para elaborar o presente estudo decorre da percepção de que a questão do trabalho tem pouco espaço não apenas na formação médica (graduação ou residência), mas também em espaços da Saúde Coletiva, como os congressos e seminários da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) e do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) – entidades que reivindicam o movimento da Reforma Sanitária Brasileira.

Um episódio significativo nesse sentido foi quando setores ligados a essas entidades² defendiam a proposta de Fundação Estatal de Direito Privado (FEDP) como solução para a gestão do trabalho no SUS – uma alternativa que seria “mais pública” do que as quase onipresentes Organizações Sociais (OS). Seus defensores afirmavam reiteradamente que eram *assuntos da menor importância* questões centrais levantadas pelos trabalhadores que divergiam da proposta: plano de carreira, remuneração, concurso público, estabilidade, tipo de vínculo, unicidade sindical.

² Seus principais defensores eram o governo federal e o governo estadual da Bahia, ambos sob gestão do Partido dos Trabalhadores na época (2007). A proposta contava com o apoio de setores da academia e de diversos integrantes da ABRASCO e do CEBES.

Assim, também pretendemos compreender neste estudo como o próprio campo científico da Saúde Coletiva (historicamente relacionado com a Reforma Sanitária Brasileira e com a constituição e implantação do Sistema Único de Saúde) vem abordando a questão do trabalho nas últimas três décadas – da criação do SUS aos dias atuais.

Por fim, vale registrar que o momento de elaboração do presente estudo coincide com um aumento de intensidade dos ataques contra as políticas sociais e a classe trabalhadora no Brasil, por parte do recém-eleito presidente Jair Bolsonaro.

Embora ainda não seja possível dimensionar em sua totalidade os efeitos de medidas como a extinção do Ministério do Trabalho e a asfixia financeira dos sindicatos de trabalhadores³, entendemos que essa conjuntura reforça ainda mais a necessidade de se estudar o mundo do trabalho.

CONTEXTO HISTÓRICO E JUSTIFICATIVA

O Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro foi uma conquista das lutas sociais das décadas de 1970 a 1990, momento de resistência à ditadura militar⁴ e de redemocratização do país.

Ao apresentar um balanço crítico do movimento da Reforma Sanitária Brasileira (RSB), Paim (2008) considera que seu principal desfecho foi uma *reforma parcial* de caráter predominantemente institucional e setorial: a implantação do SUS.

³ Aqui fazemos referência à Medida Provisória 873/2019, que impede os sindicatos de promover o desconto de mensalidade em folha de pagamento, obrigando-os a enviar boleto individual à residência de cada trabalhador (BRASIL, 2019a). Souto Maior (2019) chama essa medida de *exterminadora do futuro*, e avalia que sua intenção é “aniquilar os sindicatos e favorecer os projetos de privatização e de aumento da exploração do trabalho”.

⁴ Alguns autores vêm adotando os termos *civil-militar* ou *empresarial-militar* para fazer referência ao regime ditatorial vigente no Brasil entre 1964 e 1985/1988, de forma a enfatizar a participação de setores da classe dominante no golpe e nos governos do período. Optamos aqui por *ditadura militar* no sentido da advertência de Fico (2017, p. 53):

O golpe foi efetivamente dado (não apenas apoiado) civis e militares e, portanto, é possível chamá-lo de civil-militar. [...] O regime subsequente foi inteiramente controlado pelos militares, de modo que adjetivá-lo em ressalva [...] é supérfluo e impreciso – além de ter, como tudo mais em História do Tempo Presente, imediata implicação política: nesse caso, justamente por causa dessa adversatividade, a conotação é de redução da responsabilidade dos militares.

Na visão do autor, o projeto original da RSB apontava para uma *reforma geral* e para uma *revolução do modo de vida*, mas a correlação de forças acabou por afastar o movimento dessa perspectiva de transformação social mais ampla e radical. Parte desse resultado pode ser explicada pelo notável distanciamento entre a RSB e as organizações da classe trabalhadora – que Sérgio Arouca chamava de “fantasma da classe ausente” (PAIM, 2008, p. 310).

Para os fins do presente estudo, é importante resgatar uma questão presente em textos clássicos de autores vinculados à RSB, em especial aqueles mais próximos da teoria marxista: o papel da Medicina e das políticas de saúde na manutenção da força de trabalho, e portanto na reprodução da ordem social capitalista (AROUCA, 1975; DONNANGELO, 1976; MENDES-GONÇALVES, 1979; SCHRAIBER, 1989).

No capítulo em que desconstrói a ideia da Medicina como *ciência neutra*, Donangelo (1976) apresenta sua articulação com a exploração da força de trabalho pelo capital:

Diferentemente de outras práticas sociais, [...] a medicina tende a revestir-se mais facilmente de um caráter de neutralidade face às determinações específicas que adquire na sociedade de classes. (DONNANGELO, 1976, p. 29)

A continuidade do processo de acumulação capitalista ou da reprodução das condições [...] da produção constitui, portanto, o ponto de referência mais amplo para a análise da medicina como prática social na estrutura capitalista. O fato de que ele encontre na reprodução da força de trabalho um de seus componentes fundamentais aponta imediatamente para uma das formas de participação da medicina em tal processo, uma vez que o corpo representa, por excelência, o seu objeto. [...] A medicina não apenas cria e recria condições materiais necessárias à produção econômica mas participa ainda da determinação do valor histórico da força de trabalho e situa-se, portanto, para além de seus objetivos tecnicamente definidos. (DONNANGELO, 1976, p. 34)

[...] ao dirigir-se à força de trabalho ocupada na produção, a prática médica [...] contribui para o aumento da mais-valia através da redução do tempo de trabalho necessário para a obtenção do produto a que essa força de trabalho se aplica. (DONNANGELO, 1976, p. 35)

É notável o contraste entre tal formulação e a situação atual do campo⁵ da Saúde Coletiva, que corresponde à institucionalização acadêmica de setores vinculados à RSB: para Silva (2017) a Saúde Coletiva teria cedido ao ideário que legitima a sociedade capitalista, e buscaria compreender a saúde dentro de seus limites. Assim, o autor considera que a maior parte dos pensadores da Saúde Coletiva contemporânea partem do pressuposto de que vivemos em uma *sociedade pós-moderna*, e não mais na sociedade capitalista a ser superada.

Por outro lado, autores recentes como Cardoso (2013), Dantas (2014), Perito (2017), Santos (2016) e Silva (2016) retomam o método e as categorias marxistas para avançar no balanço crítico da RSB, da Saúde Coletiva e do SUS, avaliando questões como os dilemas do processo reformista e de suas opções pela *via democrática burguesa*; o rebaixamento do horizonte estratégico; as privatizações e a contrarreforma do Estado; e a inviabilidade de um Estado Social nos moldes europeus na realidade objetiva brasileira.

É nessa perspectiva de análise que pretendemos seguir, tendo como foco neste estudo a questão do *trabalho*.

Apesar de suas inúmeras contradições, a Constituição Federal de 1988 avançou significativamente ao prever o direito universal à saúde em uma perspectiva ampliada:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 1988, art. 196, grifo nosso)

Em outras palavras: caberia ao Estado não somente prestar atendimento aos problemas de saúde da população, mas também implantar e executar políticas sociais e econômicas que levassem à construção de uma sociedade mais saudável, atuando portando sobre a determinação social da saúde⁶.

⁵ O autor caracteriza a Saúde Coletiva como um *movimento*, ideia que considera mais apropriada do que *campo*. Aqui optamos pela denominação mais habitual.

⁶ No capítulo 1 abordaremos a necessária distinção entre *determinação social da saúde* e *determinantes sociais da saúde*. (ALBUQUERQUE; SILVA, 2014; BREILH, 2013; LOPES, 2017).

Essa lógica é coerente com a da 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986), cujo relatório final elencou componentes da determinação social da saúde em uma formulação bastante avançada, não por acaso encabeçada pelo *trabalho*:

Deste conceito amplo de saúde e desta noção de direito como conquista social, emerge a ideia de que o pleno exercício do direito à saúde implica em garantir:

a) trabalho em condições dignas, com amplo conhecimento e controle dos trabalhadores sobre o processo e o ambiente de trabalho;

b) alimentação para todos, segundo as suas necessidades;

c) moradia higiênica e digna;

d) educação e informação plenas;

e) qualidade adequada do meio ambiente;

f) transporte seguro e acessível;

g) repouso, lazer e segurança;

h) participação da população na organização, gestão e controle dos serviços e ações de saúde;

i) direito à liberdade, à livre organização e expressão;

j) acesso universal e igualitário aos serviços setoriais em todos os níveis. (BRASIL, 1986, p. 4–5, grifo nosso)

Ainda que em formulação menos radical, a mesma ideia está presente na chamada Lei Orgânica da Saúde (Lei Federal 8.080/1990), ao definir a Saúde do Trabalhador e estabelecer sua abrangência.

O texto legal deixa claro que essa política não se limitaria à assistência ou reabilitação de quem já adoeceu, mas consistiria de uma intervenção firme do Estado nas relações de produção, com o objetivo de proteger a saúde de quem trabalha:

Entende-se por saúde do trabalhador, para fins desta lei, um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho, abrangendo:

I - assistência ao trabalhador vítima de acidentes de trabalho ou portador de doença profissional e do trabalho;

II - participação, no âmbito de competência do Sistema Único de

Saúde (SUS), em estudos, pesquisas, avaliação e controle dos riscos e agravos potenciais à saúde existentes no processo de trabalho;

III - participação, no âmbito de competência do Sistema Único de Saúde (SUS), da normatização, fiscalização e controle das condições de produção, extração, armazenamento, transporte, distribuição e manuseio de substâncias, de produtos, de máquinas e de equipamentos que apresentam riscos à saúde do trabalhador;

IV - avaliação do impacto que as tecnologias provocam à saúde;

V - informação ao trabalhador e à sua respectiva entidade sindical e às empresas sobre os riscos de acidentes de trabalho, doença profissional e do trabalho, bem como os resultados de fiscalizações, avaliações ambientais e exames de saúde, de admissão, periódicos e de demissão, respeitados os preceitos da ética profissional;

VI - participação na normatização, fiscalização e controle dos serviços de saúde do trabalhador nas instituições e empresas públicas e privadas;

VII - revisão periódica da listagem oficial de doenças originadas no processo de trabalho, tendo na sua elaboração a colaboração das entidades sindicais; e

VIII - a garantia ao sindicato dos trabalhadores de requerer ao órgão competente a interdição de máquina, de setor de serviço ou de todo ambiente de trabalho, quando houver exposição a risco iminente para a vida ou saúde dos trabalhadores. (BRASIL, 1990, art. 6º, § 3º)

No entanto, passadas quase três décadas da criação do SUS, o país ainda tem pouco a comemorar quanto à saúde de seus trabalhadores. Segundo dados da Organização Internacional do Trabalho, em 2013 o Brasil ainda foi o quarto país com maior número absoluto de acidentes de trabalho, com cerca de 700 mil ocorrências, perdendo apenas para China, Índia e Indonésia (TRT15, 2015). Facchini et al. (2005) cita uma estimativa de 1,5 milhão de acidentes de trabalho/ano, tendo em vista a subnotificação.

Para além dos acidentes, um exemplo emblemático do adoecimento relacionado ao trabalho no capitalismo contemporâneo é um fenômeno tão recente quanto a criação do SUS: a *epidemia silenciosa* de Lesões por Esforço Repetitivo/Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (LER/DORT) (MAENO, 2018; RIBEIRO, 1997, 1999; SATO, 2001).

Os primeiros relatos clínicos de trabalhadores com dor osteomuscular crônica relacionada ao esforço repetitivo dos membros superiores surgiram na literatura

médica no século XVIII, mas foi na segunda metade do século XX que as LER/DORT ganharam dimensão mundial.

No Brasil, a primeira descrição de que se tem notícia ocorreu em 1982, e o primeiro reconhecimento oficial em 1987. Para Ribeiro (1999), trata-se de uma *violência oculta* característica do atual ciclo de desenvolvimento do capitalismo – em oposição aos acidentes de trabalho, uma *violência explícita* característica do ciclo anterior.

Em 2013, a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), permitiu estimar a prevalência de “diagnóstico médico de DORT⁷” na população trabalhadora brasileira com 18 anos ou mais. Segundo análise de tal pesquisa, essa prevalência foi de 2,29% na amostra estudada, o que corresponderia a 3.568.095 pessoas no universo da população brasileira (MAIA et al., 2015). Das pessoas que afirmaram ter esse diagnóstico, 30,3% relataram limitações às atividades diárias, índice superior ao de condições como doença do coração (27,0%), depressão (23,1%), insuficiência renal crônica (20,9%), câncer (19,5%) e diabetes mellitus (16,0%) (THEME FILHA et al., 2015).

A título de comparação, um estudo feito a partir da mesma pesquisa estimou em 6,2% a prevalência de diabetes na população avaliada, dado consistente com a literatura (ISER et al., 2015).

Vale destacar que diabetes é uma condição clínica de diagnóstico extremamente simples, em que a informação mais relevante é a glicemia de jejum, um exame laboratorial acessível e objetivo – ainda que exista alguma polêmica na literatura médica quanto ao uso de outros exames e à existência ou não de *pré-diabetes* como entidade clínica (WHO, 2006, 2011).

Por outro lado, as LER/DORT são uma entidade clínica complexa, cujo diagnóstico depende da escuta atenta das queixas do paciente, de um exame clínico detalhado (associado ou não a exames complementares) e da análise do trabalho –

⁷ Conforme nota 1, nesta dissertação optamos por utilizar o termo LER/DORT. Porém, nos questionários e relatórios da Pesquisa Nacional de Saúde o IBGE optou pelo termo DORT, sem explicitar as razões de tal escolha.

algo que, segundo Maeno (2018), nem mesmo os médicos peritos da Justiça do Trabalho costumam fazer:

Do ponto de vista genérico, faltaram algumas perguntas básicas por parte da maioria dos peritos sobre a atividade de trabalho: O que você faz? Como faz? Por que faz assim? Faz sempre assim? E se não fizer assim?

Classificar um quadro clínico como tendo ou não relação com o trabalho sem analisar o trabalho equivaleria a um diagnóstico de uma infecção pulmonar por uma bactéria, sem conhecer os efeitos que essa bactéria pode produzir ou se ela, em, condições normais ou excepcionais, poderia causar infecção em pulmões.

[...] No entanto, 34 laudos (40,97%) não tinham qualquer informação sobre as características da atividade de trabalho. Em 30 laudos (33,73%) havia a citação de alguns aspectos biomecânicos e em apenas 19 (25,30%) havia informações sobre jornada de trabalho, sobre ritmo de trabalho e alguns outros aspectos organizacionais. (MAENO, 2018, p. 304–305)

Além disso, o diagnóstico de LER/DORT pode ter repercussões muito mais profundas na vida do trabalhador do que o de uma doença como diabetes: se o trabalho é o principal fator etiológico, o tratamento e a plena reabilitação passam necessariamente por tomar medidas que evitem o agravamento e a recidiva do quadro, como afastamento do trabalho, readaptação e/ou restrições às atividades exercidas. É evidente que tamanhas consequências podem favorecer o subdiagnóstico e a subnotificação.

Ainda que não tenhamos acesso aos métodos utilizados, vale registrar também a informação do Sindicato dos Trabalhadores em Telemarketing (Sintratel) sobre a prevalência de doenças ocupacionais entre o cerca de um milhão de trabalhadores dessa categoria: 36% teriam LER, 30% transtornos psíquicos e 25% alguma perda auditiva ou de voz (MENDONÇA, 2018).

Além de diabetes, outra comparação interessante da prevalência referida de LER/DORT pode ser feita com a do uso de substâncias psicoativas. Em matéria jornalística, Garçoni (2019) apresenta alguns dados do 3º Levantamento Nacional

Domiciliar sobre o Uso de Drogas, que foi concluído em 2016 mas teve sua divulgação embargada pelo governo federal⁸.

Segundo os dados publicados pela reportagem, somente 0,9% dos entrevistados pela pesquisa afirmaram ter utilizado crack pelo menos uma vez na vida; da mesma forma, 3,1% já experimentaram cocaína e 7,7% maconha. Quando perguntados sobre o último ano, os dados caem para 0,3% (crack), 0,9% (cocaína) e 2,5% (maconha).

Assim, teriam então as LER/DORT uma prevalência comparável (ainda que supostamente inferior, com a ressalva da subnotificação) à de uma condição como diabetes mellitus, que recebe enorme atenção das políticas de saúde? E seria a prevalência de LER/DORT cerca de dez vezes superior à do uso eventual⁹ de crack, droga supostamente responsável por uma epidemia no país?

Certamente ainda mais silenciosa e negligenciada é a epidemia de transtornos mentais relacionados ao trabalho, que por seu caráter menos tangível são de detecção e notificação mais difícil que as LER/DORT (FRANCO; DRUCK; SELIGMANN-SILVA, 2010; JACQUES, 2007).

Também merece destaque a questão não resolvida da precarização do trabalho dentro do próprio sistema de saúde: grande parte dos trabalhadores do SUS têm vínculo precário, ainda que em diferentes graus de precarização; é generalizada a terceirização por meio de *novos modelos de gestão*¹⁰, quase sempre incorporando as tecnologias de gestão do trabalho típicas da iniciativa privada (CHIAVEGATO FILHO; NAVARRO, 2014; FNCPS, 2015; SOUTO MAIOR, 2015).

Se a estrutura do Estado brasileiro para prestar atendimento às necessidades de saúde da população é insuficiente e subfinanciada – falhando inclusive na prevenção de surtos e epidemias de doenças como dengue e febre amarela – que dizer da atuação estatal sobre os determinantes sociais, que seria muito mais ampla

⁸ Por iniciativa do site jornalístico *The Intercept Brasil*, o relatório cuja divulgação foi embargada pelo governo federal foi publicado de forma extra-oficial em <<https://assets.documentcloud.org/documents/6111419/Relato-Rio-Do-III-LNUD-v2018-07-05-Final.pdf>> no dia 31/05/2019.

⁹ Embora os dados parciais publicados pela reportagem não permitam tirar maiores conclusões, entendemos que o uso no último ano não necessariamente caracteriza uma situação de uso nocivo ou dependência.

¹⁰ Organizações Sociais, Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público, Fundações Estatais de Direito Privado, Serviços Sociais Autônomos, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, entre outros.

segundo a formulação da 8ª Conferência Nacional de Saúde? Parece bastante plausível a hipótese de que tal atuação é ainda mais tímida, diante da lógica do Estado capitalista cuja política econômica neoliberal sufoca todo gasto em políticas sociais (MARQUES, 2017; MARQUES; MENDES, 2012; MENDES, 2015; MENDES; FUNCIA, 2016; SANTOS, 2013).

Mais ainda: se a precarização do trabalho é generalizada dentro do próprio sistema de saúde, como poderia esse sistema atuar sobre as causas estruturais do adoecimento relacionado ao trabalho, intimamente relacionadas à exploração capitalista em condições precárias?

A Saúde do Trabalhador padece portanto de uma dificuldade adicional com relação às demais políticas de saúde: formulada desde sua origem como *alternativa operária* às mais “dóceis” Medicina do Trabalho e Saúde Ocupacional, ela pretende enfrentar as raízes do adoecimento gerado no próprio cerne do processo produtivo: a exploração da força de trabalho pelo capital, visando a extração de mais-valia (KEPPLER, 2015; MENDES; DIAS, 1991).

Vale ressaltar que para a própria sobrevivência histórica do modo de produção capitalista é importante que o adoecimento causado pela exploração do trabalho seja tratado e compensado de alguma forma, mas *dentro dos limites da ordem*, sem a perspectiva de superar a relação de exploração.

É esse o papel historicamente exercido pela Medicina do Trabalho e pela Saúde Ocupacional, ainda que com diferenças pontuais entre si. No limite, o interesse do capital é que continue hegemônica a lógica subjacente a ambas, e que portanto não exista uma política pública abrangente e consolidada de Saúde do Trabalhador.

Assim, a Saúde do Trabalhador é necessariamente **campo de luta entre as classes sociais**, expressando o caráter contraditório do modo de produção capitalista e sua *falha metabólica* que leva ao adoecimento dos trabalhadores (ALMEIDA, 2004; ALVES, 2013; LACAZ, 1997; MINAYO-GOMEZ; THEDIM-COSTA, 1997).

Apesar disso, alguns autores indicam que a produção acadêmica brasileira sobre saúde e trabalho é marcada pela construção de conhecimento fragmentado, disperso, unidisciplinar e até mesmo tecnicista; constata-se também um distanciamento das explicações mais globais, que dão lugar a estudos de situações particulares (MENDES, 2003; MINAYO-GOMEZ; LACAZ, 2005; MINAYO-GOMEZ; THEDIM-COSTA, 2003).

OBJETIVO E ESTRUTURA DA DISSERTAÇÃO

Partimos da hipótese de que, embora a questão do trabalho seja central na determinação do sofrimento e adoecimento da população brasileira, a atuação estatal sobre esse fator é precária e insuficiente – em contradição com as formulações originais da 8ª Conferência Nacional de Saúde e dos marcos legais do SUS.

Além disso, consideramos que o campo da Saúde Coletiva, marcado cada vez mais pela institucionalização acadêmica e pela disputa do Estado como principal estratégia de atuação, vem se afastando progressivamente das lutas sociais mais amplas e portanto do debate sobre o trabalho em uma perspectiva emancipatória.

Nesse sentido, o objetivo central do presente estudo é caracterizar o debate vigente no campo da Saúde Coletiva e no SUS sobre a questão do trabalho – tanto em termos de elaboração teórica, quanto na formulação e avaliação de políticas públicas.

Nosso ponto de partida para tanto é o referencial teórico marxista, cujas categorias centrais para a compreensão do trabalho e da saúde são apresentadas no primeiro capítulo, denominado *Trabalho e Saúde: Fundamentação Teórica*.

A base empírica pesquisada refere-se a um conjunto de artigos científicos publicados em periódicos do campo da Saúde Coletiva, selecionados mediante levantamento bibliográfico sistemático.

O capítulo denominado *A Saúde Coletiva e a Questão do Trabalho* traz um balanço do debate teórico sobre a questão do trabalho no campo da Saúde Coletiva, com base na leitura dos artigos selecionados.

Já o capítulo seguinte, denominado *O Sistema Único de Saúde e a Questão do Trabalho*, apresenta o histórico e algumas questões centrais sobre a política de Saúde do Trabalhador no SUS, inclusive a atuação intersetorial.

Esses dois últimos capítulos foram elaborados a partir da leitura integral dos artigos obtidos mediante levantamento sistemático, caracterizando uma *revisão narrativa* da literatura. Conforme Rother (2007), essa metodologia é apropriada para descrever e discutir o desenvolvimento ou estado da arte de um determinado assunto, sob ponto de vista teórico ou contextual. Nesse tipo de revisão o autor tem autonomia para escolher a literatura que será abordada, e muitas vezes não apresenta de forma transparente os critérios de escolha.

Vale ressaltar que não se trata de uma *revisão sistemática* da literatura, o que exigiria a definição de uma pergunta específica, a análise dos dados de forma previamente sistematizada, a revisão entre pares dos artigos científicos levantados, a realização de reuniões consensuais e a análise da metodologia dos estudos, entre outros desdobramentos (BERNARDO; NOBRE; JATENE, 2004; ROTHER, 2007). Esse tipo de revisão vem sendo largamente utilizado no campo biomédico, com ênfase em desfechos clínicos, mas não corresponderia aos objetivos do presente estudo.

1 TRABALHO E SAÚDE: FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

1 TRABALHO E SAÚDE: FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

É que *O Capital* constitui, por excelência, uma obra de unificação interdisciplinar das ciências humanas, com vistas ao estudo multilateral de determinada formação social. Unificação entre a economia política e a sociologia, a historiografia, a demografia, a geografia econômica e a antropologia.

As categorias econômicas, ainda quando analisadas em níveis elevados de abstração, se enlaçam, de momento a momento, com os fatores extraeconômicos inerentes à formação social. [...] Ao contrário do que pretendem críticas tão reiteradas, o enfoque marxiano da instância econômica não é economicista, uma vez que não a isola da trama varidada do tecido social. (GORENDER, 2013, p. 31)

Adotamos nesta dissertação a defesa do *trabalho* como categoria analítica central para a compreensão de uma determinada sociedade humana – e, em particular, da sociedade em que vigora o modo de produção capitalista. Assim, tomamos posição contrária à de alguns pensadores¹¹, que vêm defendendo o *fim do trabalho* como questão central.

Para melhor compreender a relação entre trabalho e saúde no estágio atual do desenvolvimento capitalista, consideramos necessário retomar as principais categorias propostas por Marx para analisar o trabalho em geral e o trabalho no capitalismo. Entendemos que a teoria formulada pelo autor no século XIX ainda tem grande validade, tanto que propicia fértil debate no campo da Sociologia do Trabalho.

Consideramos que a questão do trabalho tem relação central com a *determinação social da saúde*, categoria herdada da Medicina Social latinoamericana que fundamentou a constituição da Saúde Coletiva brasileira. Assim, é relevante caracterizar essa relação e situar o debate contemporâneo sobre os *determinantes sociais da saúde*.

¹¹ Segundo Antunes (2006), a obra pioneira nesse sentido foi *Adeus ao Proletariado*, livro publicado em 1980 pelo filósofo austro-francês Gorz: “capturando uma tendência em curso que indicava uma significativa redução do operariado industrial nas sociedades capitalistas avançadas, [...] vaticinou o *fim do proletariado*, com todas as consequências *teóricas e políticas* decorrentes” (ANTUNES, 2006, p. 17).

Araújo (1999) também identifica Habermas, Offe, Baethge, Schaf, Kurz, Coriat, Touraine, Lojkine, Gounet e Mandel como *críticos da sociedade do trabalho*, ainda que com diferentes enfoques e referenciais.

Assim, neste capítulo apresentamos os pressupostos teóricos da presente pesquisa. Em contraste com o debate sobre o *fim do trabalho*, abordamos o trabalho em geral e o trabalho no capitalismo na perspectiva da teoria marxista. Apresentamos a seguir uma síntese do debate sobre as transformações no mundo do trabalho na história recente. Por fim, abordamos a relação entre saúde e trabalho, passando pela questão do desgaste e pelo papel central do trabalho na determinação social da saúde.

1.1 A QUESTÃO DO TRABALHO

1.1.1 Trabalho: questão superada ou categoria central?

Desde os anos 1980, alguns pensadores vêm defendendo o *fim do trabalho* ou *fim da sociedade do trabalho*, apontando o conhecimento, a comunicação e a informação como novas questões centrais no mundo contemporâneo, e a ciência como *nova força produtiva*. Em consequência, a classe trabalhadora deixaria de ter papel central na transformação social, e sairia de cena a perspectiva de superação da ordem capitalista (ARAÚJO, 1999; AUGUSTO, 1998; CARDOSO, 2011; SALAZAR, 2009; SANTOS, 2009).

Lessa afirma que o principal filósofo da corrente que nega a centralidade do trabalho é o alemão Habermas, autor de *Teoria do Agir Comunicativo* (1981): “Habermas se converteu no autêntico filósofo da burguesia nesta época de crise, pois forneceu as bases para uma concepção de mundo em tudo compatível com o mercado e com as relações político-democráticas do capitalismo desenvolvido” (LESSA, 2012, p. 179).

Netto e Braz (2012) afirmam que a corrente que defende o *fim do trabalho* parte de duas constatações estatísticas relevantes: o aumento dos níveis de desemprego em escala mundial e a redução do contingente de trabalhadores alocado à produção de bens materiais¹².

¹² Essa diminuição, observada principalmente na produção industrial e nos países centrais, não correspondeu a uma redução mundial no número de trabalhadores sob regime assalariado: segundo análise do *McKinsey Global*

No entanto, os autores discordam da conclusão a que chegam esses pensadores, entendendo que eles acabam por legitimar a sociedade burguesa em vez de contribuir para sua crítica:

Aqueles dois fenômenos [...] são perfeitamente compreensíveis quando se considera a dinâmica essencial da sociedade capitalista e, devidamente analisados, **não autorizam a desconsideração da centralidade do trabalho**. A redução do contingente de trabalhadores explica-se pelo formidável desenvolvimento das forças produtivas, que exponenciaram a produtividade do trabalho; [...] quanto ao extraordinário desemprego dos dias atuais, ele está diretamente ligado aos limites da sociedade burguesa, no interior da qual não há soluções que permitam inscrever todos os homens e mulheres aptos nos círculos do trabalho. [...] O fato de parte das Ciências Sociais, em face dos limites da sociedade burguesa, não contribuírem para a sua crítica, mas, ao contrário, colaborarem para desqualificar o trabalho como “um valor superado”, esse fato é eloquente acerca da função legitimadora e apologética dessa parcela das disciplinas acadêmicas. (NETTO; BRAZ, 2012, p. 62–63)

No mesmo sentido, Antunes (2006) identifica as formulações do *fim do trabalho* com a fragmentação pós-moderna, com o culto fetichizado do ideário dominante e com a recusa de reconhecer o sentido ativo e transformador do trabalho e da classe trabalhadora.

O autor afirma ainda que na atualidade o trabalho é mais complexificado, socialmente combinado e intensificado nos seus ritmos e processos, ao mesmo tempo em que o capital não pode prescindir do trabalho vivo, criador de valor. Além disso, considera que há crescente imbricação entre trabalho material e imaterial, e que ambos encontram-se centralmente subordinados à lógica de produção de mercadorias e de capital (ANTUNES, 2006).

Assim, em defesa da tese da centralidade do trabalho – tomada como pressuposto inicial do presente estudo –, passamos a apresentar as bases da teoria marxista sobre o tema, presentes no Livro I de *O Capital*.

Institute com base em dados do Banco Mundial e da Organização Internacional do Trabalho, esse número cresceu de 1,2 bilhão de pessoas em 1980 para 2,9 bilhões de pessoas em 2010, com destaque para o setor de serviços (DOBBS et al., 2012).

Para Marx, o *trabalho* é um processo de transformação da natureza que é específico do ser humano, pois é precedido de uma finalidade concebida mentalmente que antecede a sua execução, uma ideação prévia:

A fim de se apropriar da matéria natural de uma forma útil para sua própria vida, ele põe em movimento as forças naturais pertencentes a sua corporeidade: seus braços e pernas, cabeça e mãos. Agindo sobre a natureza externa e modificando-a por meio desse movimento, ele modifica, ao mesmo tempo, sua própria natureza. [...] Pressupomos o trabalho numa forma em que ele diz respeito unicamente ao homem. Uma aranha executa operações semelhantes às do tecelão, e uma abelha envergonha muitos arquitetos com a estrutura de sua colmeia. Porém, o que desde o início distingue o pior arquiteto da melhor abelha é o fato de que o primeiro tem a colmeia em sua mente antes de construí-la com a cera. No final do processo de trabalho, chega-se a um resultado que já estava presente na representação do trabalhador no início do processo, portanto, um resultado que já existia idealmente. (MARX, 2013, p. 255)

O processo de trabalho, como expusemos em seus momentos simples e abstratos, é atividade orientada a um fim, [...] apropriação do elemento natural para a satisfação de necessidades humanas, condição universal do metabolismo entre homem e natureza, perpétua condição natural da vida humana, [...] comum a todas as suas formas sociais. (MARX, 2013, p. 261)

Por ser especificamente humano, o trabalho diferencia o homem dos outros animais – que seguem instintos biologicamente preestabelecidos, ainda que com algum grau de organização coletiva em determinadas espécies. Trata-se de característica ontológica, constituidora do *ser social* humano:

Estamos afirmando que o trabalho [...] só deve ser pensado como a atividade exercida exclusivamente por homens, membros de uma sociedade, atividade através da qual – transformando formas naturais em produtos que satisfazem necessidades – se cria a riqueza social; estamos afirmando mais: que o trabalho não é apenas uma atividade específica de homens em sociedade, mas é [...] o processo histórico pelo qual surgiu o ser desses homens, o **ser social**. Em poucas palavras, *estamos afirmando que foi através do trabalho que a humanidade se constituiu como tal*. (NETTO; BRAZ, 2012, p. 46)

Ainda nas palavras de Netto e Braz (2012), o trabalho é categoria central para compreensão do fenômeno humano-social, pois faz referência ao modo de ser dos homens e da sociedade.

Ao analisar o *processo de trabalho*, Marx apresenta seus momentos simples: 1) a atividade orientada a um fim, ou trabalho propriamente dito; 2) o objeto do trabalho; 3) os meios de trabalho.

O processo de trabalho é portanto a interação desses três momentos – atividade humana previamente concebida que transforma objeto do trabalho em produto do trabalho, mediante aplicação dos meios de trabalho:

No processo de trabalho, portanto, a atividade do homem, com ajuda dos meios de trabalho, opera uma transformação do objeto do trabalho segundo uma finalidade concebida desde o início. O processo se extingue no produto. Seu produto é um valor de uso, um material natural adaptado às necessidades humanas por meio da modificação de sua forma. O trabalho se incorporou a seu objeto. Ele está objetivado, e o objeto está trabalhado. O que do lado do trabalhador aparecia sob a forma do movimento, agora se manifesta, do lado do produto, como qualidade imóvel, na forma do ser. Ele fiou, e o produto é um fio. (MARX, 2013, p. 258)

Conforme explica Lessa (1999), o resultado do processo de trabalho não se limita ao objeto produzido: é também uma transformação do próprio indivíduo, que adquire habilidades e experiências que poderá utilizar em processos de trabalho futuros. Assim, ao transformar a natureza os homens também se transformam, fazendo com que surjam novas necessidades e novas possibilidades:

É assim que, ao longo de séculos, os conhecimentos e habilidades que vão sendo adquiridos no trabalho terminam por dar origem aos conhecimentos científicos, artísticos, filosóficos, etc., muito mais sofisticados, complexos e bastante distantes daqueles conhecimentos mais primitivos que estão em suas origens. Em poucas palavras: todo ato de trabalho, sempre voltado para o atendimento de uma necessidade concreta, historicamente determinada, termina por remeter para muito além de si próprio. Suas consequências objetivas e subjetivas não se limitam à produção do objeto imediato, mas se estendem por toda a história da humanidade. (LESSA, 1999, p. 4)

Lessa (1999) afirma ainda que os processos isolados de trabalho (exemplo: atos isolados de coleta de alimentos, nas sociedades primitivas) deram origem a processos mais complexos como a caça e pesca coletivas, que exigiam organização e coordenação dos atos individuais. Mais adiante, o surgimento da agricultura possibilitou a produção de excedente e permitiu a exploração lucrativa do homem pelo homem, inicialmente por meio da escravidão. Assim, surgiu uma série de complexos

sociais indiretamente relacionados com o trabalho, mas necessária para que ele ocorresse daquela forma:

Agora o importante é que, nestas novas condições históricas, para que o trabalho possa se realizar é necessário um exército que obrigue os escravos a trabalharem, um Estado que forme e mantenha este exército, uma ideologia que justifique a exploração dos escravos. (LESSA, 1999, p. 5)

Esse processo de interação entre trabalho e reprodução social é denominado de forma mais ampla de *desenvolvimento das forças produtivas*:

Os homens (tanto os indivíduos como as sociedades) aumentam a sua capacidade de produzir os bens materiais à sua sobrevivência dependendo um tempo cada vez menor de trabalho com esta finalidade. É o que, de forma mais genérica, se denomina desenvolvimento das forças produtivas. Estas, no seu conceito mais amplo, são compostas por todas as potências humanas empregadas na produção dos bens indispensáveis à reprodução de uma dada sociedade (desde as técnicas, ferramentas, divisão social do trabalho, até os conhecimentos, ciência, ideologia, direito, etc. que eventualmente adentrem ao processo produtivo-material). (LESSA, 1999, p. 9)

1.1.2 O trabalho no modo de produção capitalista

Para melhor compreender o trabalho no capitalismo, é necessário retomar o conceito de *mercadoria*, assim apresentado nos primeiros parágrafos do Livro I de *O Capital*:

A riqueza das sociedades onde reina o modo de produção capitalista aparece como uma “enorme coleção de mercadorias” e a mercadoria individual como sua forma elementar. Nossa investigação começa, por isso, com a análise da mercadoria. A mercadoria é, antes de tudo, um objeto externo, uma coisa que, por meio de suas propriedades, satisfaz necessidades humanas de um tipo qualquer. A natureza dessas necessidades – se, por exemplo, elas provêm do estômago ou da imaginação – não altera em nada a questão. (MARX, 2013, p. 113)

Uma mercadoria possui ao mesmo tempo um *valor de uso* e um *valor de troca*. O valor de uso decorre da capacidade de atender às necessidades humanas, e portanto guarda relação com a materialidade da mercadoria em si: “o próprio corpo da mercadoria [...] é um valor de uso ou um bem, [...] não depende do fato de a apropriação de suas qualidades úteis custar muito ou pouco trabalho aos homens” (MARX, 2013, p. 114).

Já o valor de troca aparece na relação entre mercadorias: quando duas mercadorias qualitativamente distintas são confrontadas em uma operação de troca, é estabelecida uma proporção entre seus valores de troca: 20 braças de linho podem ser trocadas por um casaco, em um dos exemplos de Marx. Para o autor, o valor de troca expressa o *tempo de trabalho socialmente necessário* para a produção de uma determinada mercadoria:

Tempo de trabalho socialmente necessário é aquele requerido para produzir um valor de uso qualquer sob as condições normais para uma dada sociedade e com o grau social médio de destreza e intensidade do trabalho. [...] Portanto, é apenas a quantidade de trabalho socialmente necessário ou o tempo de trabalho socialmente necessário para a produção de um valor de uso que determina a grandeza de seu valor. (MARX, 2013, p. 117)

Para Marx (2013), o duplo caráter da mercadoria (possuidora de valor de uso e valor de troca) está relacionado com o duplo caráter do trabalho humano. Ao produzir uma mercadoria, ele é ao mesmo tempo *trabalho concreto*, produtor de valor de uso, e *trabalho abstrato*, gerador de valor de troca:

Todo trabalho é, por um lado, dispêndio de força humana de trabalho em sentido fisiológico, e graças a essa sua propriedade de trabalho humano igual ou abstrato ele gera o valor das mercadorias. Por outro lado, todo trabalho é dispêndio de força humana de trabalho numa forma específica, determinada à realização de um fim, e, nessa qualidade de trabalho concreto e útil, ele produz valores de uso. (MARX, 2013, p. 124)

A evolução histórica das práticas de troca levou à adoção de uma determinada mercadoria como equivalente universal, que serve de medida para comparar os valores de troca das demais mercadorias: o *dinheiro*. Na síntese de Netto e Braz (2012), o dinheiro funciona como:

a) *equivalente geral* – equiparando todas as mercadorias; b) *meio de troca* – possibilitando a circulação de mercadorias; c) *medida de valor* – oferecendo um padrão de mensuração para todas as mercadorias; d) *meio de acumulação ou entesouramento* – podendo ser guardado para uso posterior; *meio de pagamento universal* – servindo para quitar dívidas públicas e privadas. (NETTO; BRAZ, 2012, p. 102)

Na *produção capitalista*, caracterizada pela transformação do dinheiro entesourado em capital a ser investido com vistas à obtenção de mais dinheiro, aparece *fórmula geral do capital segundo Marx* (2013, p. 231):

$$D - M - D'$$

(dinheiro – mercadoria – dinheiro acrescido)

A obtenção de mais dinheiro (D') do que o originalmente empregado (D) nesse processo é possível porque uma das mercadorias adquiridas pelo capitalista tem a propriedade especial de criar valor. Essa mercadoria é a *força de trabalho*:

Para poder extrair valor do consumo de uma mercadoria, nosso possuidor de dinheiro teria de ter a sorte de descobrir no mercado, no interior da esfera da circulação, uma mercadoria cujo próprio valor de uso possuísse a característica peculiar de ser fonte de valor, cujo próprio consumo fosse, portanto, objetivação de trabalho e, por conseguinte, criação de valor. E o possuidor de dinheiro encontra no mercado uma tal mercadoria específica: a capacidade de trabalho, ou força de trabalho. Por força de trabalho ou capacidade de trabalho entendemos o complexo [*Inbegriff*] das capacidades físicas e mentais que existem na corporeidade [*Leiblichkeit*], na personalidade viva de um homem e que ele põe em movimento sempre que produz valores de uso de qualquer tipo. (MARX, 2013, p. 242)

É importante ressaltar que seria um equívoco entender a força de trabalho como algo puramente físico: na passagem acima, Marx deixa claro que se trata de um *complexo* formado pelas *capacidades físicas e mentais*, desde que empregados na *produção de valores de uso de qualquer tipo*. Este ponto virá a ser relevante para o debate contemporâneo sobre o trabalho imaterial.

Ao criar valor e incorporá-lo ao produto do trabalho, a força de trabalho permite ao capitalista a apropriação de um valor excedente, a *mais-valia* ou *mais-valor*¹³, correspondente à diferença entre o custo da força de trabalho e o valor por ela agregado ao produto:

¹³ A tradução de *O Capital* que utilizamos (MARX, 2013) adota o termo *mais-valor*, enquanto traduções anteriores e grande parte da literatura marxista brasileira (como NETTO; BRAZ, 2012) adotam *mais-valia*.

Trocar £100 por algodão e, em seguida, voltar a trocar esse mesmo algodão por £100, ou seja, trocar dinheiro por dinheiro, o mesmo pelo mesmo, parece ser uma operação tão despropositada quanto absurda. Uma quantia de dinheiro só pode se diferenciar de outra quantia de dinheiro por sua grandeza. Assim, o processo D-M-D não deve seu conteúdo a nenhuma diferença qualitativa de seus extremos, pois ambos são dinheiro, mas apenas à sua distinção quantitativa. O algodão comprado por £100 é revendido por £100+£10, ou por £110. A forma completa desse processo é, portanto, D-M-D', onde $D' = D + \Delta D$, isto é, à quantia de dinheiro inicialmente adiantada mais um incremento. Esse incremento, ou excedente sobre o valor original, chamo de mais-valor (*surplus value*). O valor originalmente adiantado não se limita, assim, a conservar-se na circulação, mas nela modifica sua grandeza de valor, acrescenta a essa grandeza um mais-valor ou se valoriza. esse movimento o transforma em capital. (MARX, 2013, p. 226–227)

O mais-valor decorre da produção de valor excedente ao necessário para a reprodução da força de trabalho, e portanto é mensurável mediante a relação entre a grandeza desses valores:

De fato, ao longo da jornada de trabalho, o tempo de trabalho se desdobra em duas partes. Numa delas, o trabalhador produz o valor correspondente àquele que cobre a sua reprodução – é a esse valor que equivale o salário que recebe; tal parte da jornada denomina-se **tempo de trabalho necessário**. Na outra parte, ele produz o valor excedente (mais-valia) que lhe é extraído pelo capitalista; tal parte denomina-se **tempo de trabalho excedente**. A relação entre *trabalho necessário* e *trabalho excedente* fornece a magnitude da **taxa de mais-valia (m')** que é, decorrentemente, a **taxa de exploração** do trabalho pelo capital: $m' = m / v$. (NETTO; BRAZ, 2012, p. 119–120)

Essa forma de exploração do trabalho é muito mais sutil do que em regimes como a escravidão ou a servidão, conforme nos explicam Netto e Braz (2012):

A experiência cotidiana dos trabalhadores não lhes permite apreender a distinção entre trabalho necessário e trabalho excedente: na jornada de trabalho não há nenhuma divisória perceptível entre ambos – sob esse aspecto, o trabalho assalariado (“trabalho livre”) é mais ocultador da exploração que o trabalho servil e o escravo. Com efeito, para o escravo, a identificação da exploração pode ser quase imediata: nada do que produz lhe pertence; quanto ao servo, o fato de produzir em lugares diferentes (nas terras do senhor e na gleba, donde retirava a parte que lhe cabia da produção) facilitava a percepção de que o senhor lhe extraía partes do produto de seu trabalho. Ademais, tanto no caso do escravo como no do servo, a apropriação do excedente que produziam era assegurada pelo uso da violência extra-econômica. No caso do trabalhador assalariado, o excedente lhe é extraído sem o recurso à violência extra-econômica; o contrato de trabalho implica que o produto do trabalho do trabalhador pertença ao capitalista. E a

falsa noção de que o salário remunera todo o seu trabalho é reforçada (para além da ideologia patrocinada pelo capitalista, segundo a qual “o salário é o pagamento do trabalho”) pelo fato de a jornada de trabalho ser contínua e de ele trabalhar com meios de produção que não lhe pertencem e num espaço físico que também é de propriedade do capitalista. Por isso a maioria dos operários *sente* a exploração – tratando-a como uma *injustiça* –, mas não alcança, na sua experiência cotidiana, a adequada compreensão dela. (NETTO; BRAZ, 2012, p. 120–121)

Ainda assim, a extração de mais-valor não ocorre sem conflito: os interesses antagônicos do capitalista e do trabalhador se manifestam quando o primeiro tenta aumentar cada vez mais a taxa de mais-valor, o que ocorre de duas formas – o *mais-valor absoluto* e o *mais-valor relativo*:

O mais-valor obtido pelo prolongamento da jornada de trabalho chamo de mais-valor absoluto; o mais-valor que, ao contrário, deriva da redução do tempo de trabalho necessário e da correspondente alteração na proporção entre as duas partes da jornada de trabalho chamo de mais-valor relativo. (MARX, 2013, p. 390)

Para Bottomore (2012), a história da produção capitalista pode ser sintetizada como a luta entre a tentativa do capital de aumentar a taxa de mais-valor e a tentativa de parte da classe trabalhadora de resistir a esse aumento.

Nesse processo, o capital tende a aumentar a jornada de trabalho até seu limite máximo, dado pela resistência organizada da classe operária e pelos próprios limites físicos dos trabalhadores.

Quando atinge esse limite máximo, a alternativa para aumentar ainda mais a extração de mais-valor é através dos ganhos de produtividade, motivo pelo qual o capital busca incessantemente as inovações tecnológicas que possam diminuir o tempo de trabalho socialmente necessário pra a produção das mercadorias.

Esse conflito permanente – ainda que velado – entre capitalistas e trabalhadores é uma das expressões da *contradição fundamental* do Modo de Produção Capitalista (MPC), assim apresentada por Netto e Braz (2012):

Eis a contradição fundamental do MPC: a produção torna-se *socializada*, mais: essa socialização é *progressivamente aprofundada*, envolvendo o conjunto das atividades econômicas em escala mundial; a apropriação, porém, permanece *privada*: o conjunto dos produtores diretos (os trabalhadores) criam um enorme *excedente* que é apropriado pelos donos dos meios de produção (os capitalistas). [...] Essa contradição se expressa, no nível sociopolítico e histórico, como um processo específico de *lutas de classes*: “a **contradição entre a**

produção social e a apropriação capitalista [privada] reveste a forma de antagonismo entre o proletariado e a burguesia”¹⁴.
(NETTO; BRAZ, 2012, p. 178)

1.1.3 O trabalho no capitalismo contemporâneo

É inegável que o mundo do trabalho vem passando por significativas transformações desde o século XIX, quando Marx o estudou. Entendemos que esse processo histórico nos desafia a compreender uma nova realidade social à luz da teoria marxista, que permanece válida em seus pressupostos fundamentais e categorias de análise.

O início do século XX foi marcado pelo surgimento de dois processos de organização da produção que tiveram grande impacto na intensificação do trabalho e na redução da autonomia dos trabalhadores sobre suas tarefas: o *taylorismo* e o *fordismo*.

Conforme explica Lorangeira (2002), cada um deles tem traços particulares, embora possam ocorrer simultaneamente em uma mesma empresa. Cohn e Marsiglia (1994) afirmam que ambos viabilizaram uma mudança na base técnica do trabalho e uma divisão extrema do trabalho no interior da fábrica, transformando o trabalhador em objeto e não sujeito da produção.

O taylorismo foi desenvolvido pelo engenheiro norte-americano Frederick Winslow Taylor (1863-1947), considerado um dos primeiros sistematizadores da administração de empresas de forma científica. Sua principal obra, *Princípios de Administração Científica*, foi publicada em 1911.

De acordo com Braverman (1987), a produção de Taylor foi fruto de trajetória pessoal bastante singular:

Taylor era o sabichão de uma família abastada da Filadélfia. [...] Ele de repente abandonou os estudos [...] então tomou a iniciativa, extraordinária para alguém de sua classe, de começar o aprendizado de um ofício numa firma cujos proprietários eram das relações sociais de seus pais. [...] Empregou-se num trabalho comum na Midvale Steel Works, também de amigos de sua família e tecnologicamente uma das companhias mais avançadas na indústria siderúrgica. Nos poucos

¹⁴ O trecho entre aspas corresponde a uma citação de Engels (1976, p. 81).

meses que passou no emprego [...] foi nomeado chefe de turma com a responsabilidade do departamento de tornos mecânicos. Em sua constituição psíquica Taylor era um exemplo exagerado de personalidade obsessiva-compulsiva: desde a mocidade ele contava seus passos, media o tempo de suas várias atividades e analisava seus movimentos à procura de "eficiência". [...] Esses traços ajustam-se a ele perfeitamente por seu papel) como profeta da moderna gerência capitalista, visto que o que é neurótico no indivíduo, no capitalismo é normal e socialmente desejável para o funcionamento da sociedade. (BRAVERMAN, 1987, p. 87)

Braverman prossegue relatando o conflito entre o novo chefe e seus ex-colegas, agora subordinados: aliando sua origem de classe com a personalidade obsessiva, Taylor passou a exigir dos trabalhadores “um ótimo dia de trabalho” – eufemismo para uma carga de trabalho no máximo da capacidade fisiológica humana, beirando a exaustão.

Taylor associava o ritmo habitual de trabalho a termos como *preguiça*, *vadiação* e *moleza*, e considerava que a interação entre os trabalhadores tendia a reduzir ainda mais o ritmo de cada um. Sua proposta “científica” para enfrentar isso era retirar dos trabalhadores qualquer autonomia sobre processos e ritmos de trabalho:

Para mudar esta situação, o controle sobre o processo de trabalho deve passar às mãos da gerência, não apenas num sentido formal, mas pelo controle e fixação de cada fase do processo, inclusive seu modo de execução. Na busca desse fim, amargura alguma é demasiado grande, nenhum esforço é excessivo, porque os resultados compensarão todos os esforços e despesas liberalmente feitas neste esforço continuado e oneroso. (BRAVERMAN, 1987, p. 94)

Assim, o taylorismo tinha como principal característica o estudo dos tempos e movimentos necessários para a execução de cada tarefa, levando à intensificação do trabalho por meio de sua racionalização científica (LARANGEIRA, 2002). Era radical a separação entre as funções de concepção e execução: para Taylor (citado por CATTANI, 2002, p. 310), “os trabalhadores não são pagos para pensar, mas para executar”.

Já o fordismo foi formulado em 1913 por Henry Ford (1863-1947), e inicialmente aplicado na fábrica que leva seu sobrenome. Tratava-se de um sistema abrangente de organização da produção, que envolvia uma extensa mecanização, com máquinas avançadas, linhas de montagem e esteiras rolantes.

O trabalho na fábrica fordista era fragmentado e simplificado, com ciclos operatórios curtos, levando ao extremo a separação entre concepção e execução. Assim, tornava-se desqualificado, monótono e rigidamente disciplinado.

Em compensação, Ford atraía trabalhadores para sua fábrica com uma remuneração significativamente mais elevada que a média do mercado na época. Assim, obtinha mais facilmente a lealdade dos trabalhadores e ainda gerava um mercado consumidor para seu principal produto, o automóvel Ford T.

Segundo a análise de Gramsci, o fordismo teve grande relevância para a formação de um *americanismo*:

A forma de produção fordista e o chamado americanismo são particularidades da América do Norte. O americanismo seria a forma ideológica e cultural, necessárias para a constituição de um modo de vida e de um tipo de trabalhador. Nesse sentido o americanismo é condição *sine qua non* para que haja o desenvolvimento da forma de produção fordista e vice e versa. [...] A disciplinarização da força de trabalho para os propósitos de acumulação do capital envolve uma mistura de repressão, familiarização, cooptação e cooperação, elementos que são organizados não somente no local de trabalho, mas também na sociedade como um todo. Nessa perspectiva, Gramsci enfatiza que os homens que vivem do trabalho não podem ser “domesticados” e “adestrados” através exclusivamente da coerção. É indispensável educá-los para persuadi-los e obter o seu consentimento para este novo modo de trabalho e de vida. (SOUZA, 2006, p. 3)

Larangeira (2002) relata que o fordismo alcançou resultados surpreendentes em termos de produtividade: a fábrica da Ford em Detroit aumentou sua produção anual de 300.000 para 2.000.000 carros entre 1913 e 1923.

Ainda assim, o modelo fordista enfrentou dificuldades para se universalizar mesmo nos Estados Unidos, e mais ainda na Europa. Nos países periféricos como o Brasil, a autora afirma que a implantação do fordismo se deu em termos precários, já que o desenvolvimento industrial aconteceu em contexto de forte concentração de renda.

De acordo com Navarro e Padilha (2007), na década de 1970 o padrão taylorista-fordista começou a dar sinais de esgotamento, em meio à crise estrutural do capitalismo naquele período. Foi nessa época que ganharam escala global os modelos ditos “mais flexíveis”, dentre os quais se destaca o *toyotismo* ou *modelo japonês*, constituindo o processo de *reestruturação produtiva* que se acirrou na década de 1980.

Segundo Gounet (1999), o toyotismo foi concebido por Taiichi Ohno, vice-presidente da Toyota, para enfrentar a concorrência com a indústria automobilística dos Estados Unidos levando em conta as especificidades do Japão pós-Segunda Guerra Mundial: pequeno mercado consumidor, demanda mais diversificada e com preferência por veículos pequenos, custos imobiliários mais elevados.

Assim, o toyotismo utiliza o sistema *just-in-time*, em que a produção é orientada pela demanda; busca-se a máxima fluidez da produção, com estoque mínimo; a extrema fragmentação do trabalho dá lugar à polivalência, em que cada trabalhador opera várias máquinas ao mesmo tempo e deve saber operar máquinas diferentes caso surja a necessidade; acentuam-se a subcontratação e a terceirização, fazendo com que em torno de cada fábrica gravitem fornecedores de autopeças que são empresas à parte.

A contrário do fordismo e do taylorismo, o toyotismo passou a valorizar o saber intelectual dos trabalhadores, configurando assim uma exploração também subjetiva: para além de cumprir tarefas previamente determinadas por seus superiores, na fábrica toyotista espera-se também que o trabalhador procure aprimorar o processo de trabalho – afinal, ele o conhece como ninguém (NAVARRO; PADILHA, 2007).

Do ponto de vista dos trabalhadores, Gounet (1999) afirma que no toyotismo a intensificação do trabalho atinge seu auge: além da sobrecarga decorrente da operação simultânea de várias máquinas, existe o gerenciamento *by stress* (por tensão), que através de indicadores luminosos induz a elevação permanente do ritmo de trabalho. Também é grande o número de horas extras, ao mesmo tempo em que a maior qualificação exigida não é recompensada por maiores salários.

O movimento sindical foi o principal obstáculo à implantação do modelo toyotista no Japão, na década de 1950. A Toyota e principalmente a Nissan enfrentaram essa questão por meio da concessão de estabilidade quase plena a um efetivo mínimo de trabalhadores e do ataque direto aos sindicatos combativos, culminando na criação de novos sindicatos atrelados às empresas.

Antunes (2006) afirma que o modelo toyotista se expandiu mundialmente, ainda que de formas menos puras; assim, ele tem demonstrado enorme potencial universalizante, com consequências muito negativas para o mundo do trabalho em escala ampliada. Uma das mais significativas é a intensa cooptação dos trabalhadores e de suas organizações, levando ao apassivamento da classe trabalhadora:

Os sindicatos estão aturdidos e exercitando uma prática que raramente foi tão defensiva. Distanciam-se crescentemente do *sindicalismo e dos movimentos sociais classistas* dos anos 60/70, que propugnavam pelo *controle social* da produção, aderindo ao acrítico *sindicalismo de participação* e de negociação, que em geral aceita a ordem do capital e do mercado, só questionando aspectos fenomênicos desta mesma ordem. Abandonam as perspectivas que se inseriam em ações mais globais que visavam a emancipação do trabalho, a luta pelo socialismo e a emancipação do gênero humano, operando uma aceitação também acrítica da social-democratização, ou o que é ainda mais perverso, debatendo no universo da agenda e do ideário neoliberal. (ANTUNES, 2006, p. 43)

Conforme Alves e Antunes (2004), a classe trabalhadora no século XXI é mais fragmentada, heterogênea e diversificada; o caráter destrutivo do capital leva à perda de direitos e de sentidos. O trabalho é cada vez mais precarizado, mediante terceirização, subcontratação e trabalho em tempo parcial, entre outras formas. Populações migrantes são absorvidas pelo mercado de trabalho nas ocupações mais precarizadas e desregulamentadas, assim como ocorre com as mulheres.

Alves e Antunes (2004) também afirmam que vem aumentando significativamente a participação do setor de serviços, que chega a ocupar 70% dos trabalhadores nos países centrais. Esse setor também vem sendo fortemente afetado pelas mutações organizacionais, tecnológicas e de gestão, cada vez mais se submetendo à racionalidade do capital e à lógica dos mercados.

Os autores consideram também que várias atividades do setor de serviços, antes consideradas improdutivas, vêm se tornando diretamente produtivas, subordinadas à racionalidade econômica e à valorização do capital.

Embora polêmica na literatura, essa análise encontra fundamento em Marx, conforme argumenta Santos (2012) ao defender o *conceito ampliado de indústria*:

Defendemos a ideia segundo a qual o conceito ampliado de indústria fornecido por Marx abrange atividades para além da fábrica, generalizando a atividade de produção de valor para outros ramos. A teoria marxiana do valor, ao contrário do que querem os teóricos do trabalho imaterial, se apresenta com uma vigorosa atualidade. [...] O termo *indústria*, em Marx, diz respeito a qualquer ramo explorado segundo o modo capitalista. Se a produção capitalista se apodera dos meios de transporte, estes passam a ser considerados peças subordinadas à indústria de transporte. A indústria tem existência para além da fábrica, e existe no contexto de um modo de produção específico que se valoriza independentemente da natureza útil do resultado da produção. A noção ampliada de indústria na obra de Marx explicita importantes elementos para a compreensão da produção de valor para além da fábrica, e fornece um exemplo concreto de

produção comandada pelo capital industrial que se destacava à sua época: a indústria de transportes [*Transportindustrie*]. (SANTOS, 2012, p. 96–98)

Segundo argumenta Santos (2012), é considerado produtivo “qualquer trabalho que produza mais-valia, independente das características físico-materiais do resultado” (SANTOS, 2012, p. 91).

O autor cita o exemplo da *indústria dos transportes* mencionado por Marx no Livro II de *O Capital*: o transporte seria uma mercadoria imaterial, cujo valor de uso (deslocar pessoas ou mercadorias de um lugar para outro) é produzido e consumido simultaneamente, sem que reste um bem material ao final do processo.

Aplicando o mesmo raciocínio ao trabalho em saúde, entendemos que é sim possível que este seja considerado produtivo – ou seja, criador de valor por meio da extração de mais-valor – desde que submetido a uma lógica de *produção industrial*.

Uma análise contemporânea que tenta esclarecer o caráter produtivo ou improdutivo do trabalho imaterial é proposta por Huws (2014):

Trata-se de uma diferenciação entre trabalho que é diretamente produtivo para o capitalismo como um todo (que pode ser chamado de reprodutivo) e trabalho que é diretamente produtivo para capitalistas individuais [...]. Traço ainda uma distinção adicional entre trabalho que é remunerado e trabalho que não é remunerado. [...] A forma por excelência de trabalho que caracteriza o capitalismo é trabalho que produz valor para o capital e produz a renda que é necessária para a sobrevivência do trabalhador; trabalho cujo próprio desempenho contém, dentro de si, a contestação do tempo de trabalho entre trabalhador e capitalista e em cujo cerne reside a chave da expropriação. (HUWS, 2014, p. 15–16)

Huws (2014) propõe uma representação diagramática dessa tipologia em quatro quadrantes, ressaltando que não se trata de uma divisão estanque, uma vez que um mesmo trabalho pode ser simultaneamente *diretamente produtivo* e *reprodutivo*:

Quadro 1 – Tipologia proposta por Ursula Huws para classificar o trabalho quanto à remuneração e ao caráter produtivo ou reprodutivo.

	Trabalho remunerado	Trabalho não remunerado
Trabalho reprodutivo (produtivo para a sociedade / para o capitalismo em geral)	(A) Administração Pública e trabalho de assistência pública (inclusive ONGs); serviços privados oferecidos individualmente	(B) Trabalho doméstico (cuidado de crianças, manutenção doméstica etc., incluindo atividades culturais não mercantis)
Trabalho diretamente produtivo (para empresas capitalistas individuais)	(C) Produção de mercadorias, incluindo distribuição	(D) Trabalho de consumo ¹⁵

Fonte: Huws (2014, p. 16).

Ainda segundo a autora, a *mercadorização* de serviços públicos tem produzido uma grande mudança do quadrante (A) para o quadrante (C), uma vez que empresas privadas capitalistas passam a explorar filões de mercado antes atendidos pelo Estado.

Entendemos que a proposta de Huws (2014) permite compreender a complexa realidade do trabalho em saúde no capitalismo contemporâneo: usando como exemplo dois polos opostos, o trabalho em saúde no serviço público estatal (não privatizado/terceirizado) seria exclusivamente *reprodutivo*, uma vez que não estaria sujeito à exploração capitalista; o trabalho em saúde no hospital privado lucrativo seria ao mesmo tempo *reprodutivo* (por lidar com a manutenção da força de trabalho) e *diretamente produtivo* (por estar sujeito à exploração capitalista).

Mais ainda: o avanço do setor privado sobre o fundo público, na perspectiva da *rotação ampliada do capital* (BEHRING, 2012), seria uma manifestação da

¹⁵ Nas palavras da autora, *trabalho de consumo* é aquele exercido quando “o consumidor assumir tarefas no mercado que anteriormente eram realizadas por trabalhadores pagos como parte dos processos de distribuição da produção de mercadorias” (HUWS, 2014, p. 24).

mercadorização de que trata Huws – levando à existência de *trabalho diretamente produtivo* em um processo de trabalho antes exclusivamente *reprodutivo*.

Navarro e Padilha (2007) concluem afirmando que o momento atual é de substituição e subtração dos direitos sociais duramente conquistados pelos trabalhadores em todo o mundo.

Conforme Druck (2013), o Brasil é atingido por esse processo mundial de uma forma que atualiza a histórica e estrutural precarização do trabalho no país:

O caráter dessa *nova* precarização social do trabalho está sustentado na ideia de que se trata de um processo que instala – econômica, social e politicamente – uma institucionalização da flexibilização e da precarização modernas do trabalho, renovando e reconfigurando a precarização histórica e estrutural do trabalho no Brasil, agora justificada – na visão hegemônica pelo capital – pela necessidade de adaptação aos novos tempos globais, marcados pela inevitabilidade e inexorabilidade de um processo mundial de precarização, também vivido a passos largos pelos países desenvolvidos. (DRUCK, 2013, p. 55–56)

A contrarreforma¹⁶ trabalhista aprovada em 2017, assim como a ameaça de contrarreforma da previdência, são dois exemplos de como a correlação de forças desfavorável à classe trabalhadora vem se manifestando no Brasil (SILVA; JESUS, 2017).

1.2 TRABALHO, DESGASTE E SAÚDE

1.2.1 Trabalho e desgaste

Em 1845, duas décadas antes de Marx concluir o Livro I de *O Capital*, Friedrich Engels (1820-1895) publicou *A Situação da Classe Trabalhadora na Inglaterra*. Nessa obra, Engels (que viria a ser amigo e principal colaborador de Marx) retrata as duras condições de trabalho e de vida no país pioneiro da Revolução Industrial:

¹⁶ Assim como os autores citados, adotamos aqui o termo de Behring (2003) para enfatizar o caráter regressivo das ditas “reformas”.

Alguns tipos de trabalho fabril têm consequências particularmente nocivas. Na maioria das fiações de algodão e linho, especialmente nas seções onde a matéria é cardada e penteada, o ar é carregado de poeira filamentosa que produz afecções pulmonares – alguns organismos podem suportar essa atmosfera, outros não. Mas o operário não tem escolha: é obrigado a aceitar trabalho onde exista, quer seus pulmões estejam bem ou não. Os efeitos mais comuns da inspiração dessa poeira são os escarros de sangue, a respiração ofegante e sibilante, dores no peito, tosse, insônia, todos os sintomas da asma e, nos piores casos, a tuberculose pulmonar [...] Outro efeito da fiação do linho derivado da natureza mesma do trabalho, manifesta-se em deformações características da espádua, notadamente uma saliência na omoplata direita. Essa maneira de fiar, assim como o trabalho sobre o algodão na *throstle*, ocasiona também deformações no joelho, de que o operário se serve para travar os fusos quando tem de atar os fios rompidos.

[...] Além de todas essas enfermidades e deformações, há outros fatores que causam grandes danos físicos aos operários. O trabalho em meio às máquinas está sujeito a numerosos acidentes mais ou menos graves, cuja consequência é a incapacidade parcial ou total do operário para seu trabalho. Muito frequente é o esmagamento de uma falange ou mesmo de um dedo; menos comum, mas ocorrente, é metade da mão, a própria mão ou um braço ficarem presos nas engrenagens e serem esmagados. De tais acidentes, mesmo os menos graves, geralmente resulta o tétano, que provoca a morte. Em Manchester, pode-se ver, além dos muitos deformados, um grande número de operários mutilados: falta a uns a parte do braço ou todo o braço, a alguns o pé, a outros uma porção da perna - é como se estivéssemos em meio a um exército que regressa de uma batalha. (ENGELS, 2008, p. 199–201)

No oitavo capítulo do Livro I de *O Capital*, que leva o título *A jornada de trabalho*, Marx analisa essa primeira fase da produção industrial, em que o capital levou a exploração dos trabalhadores aos limites da barbárie:

Desde já, é evidente que o trabalhador, durante toda sua vida, não é senão força de trabalho, razão pela qual todo o seu tempo disponível é, por natureza e por direito, tempo de trabalho, que pertence, portanto, à autovalorização do capital. Tempo para a formação humana, para o desenvolvimento intelectual, para o cumprimento de funções sociais, para relações sociais, para o livre jogo das forças vitais físicas e intelectuais, [...] é pura futilidade! Mas em seu impulso cego e desmedido, sua voracidade de lobisomem por mais-trabalho, o capital transgride não apenas os limites morais da jornada de trabalho, mas também seus limites puramente físicos. Ele usurpa o tempo para o crescimento, o desenvolvimento e a manutenção saudável do corpo. [...] O capital não se importa com a duração de vida da força de trabalho. O que lhe interessa é única e exclusivamente o máximo de força de trabalho que pode ser posta em movimento numa jornada de trabalho. Ele atinge esse objetivo por meio do encurtamento da

duração da força de trabalho, como um agricultor ganancioso que obtém uma maior produtividade da terra roubando dela sua fertilidade.

Assim, a produção capitalista, que é essencialmente produção de mais-valor, sucção de mais-trabalho, produz, com o prolongamento da jornada de trabalho, não apenas a debilitação da força humana de trabalho, que se vê roubada de suas condições normais, morais e físicas, de desenvolvimento e atuação. Ela produz o esgotamento e a morte prematuros da própria força de trabalho. Ela prolonga o tempo de produção do trabalhador durante certo período mediante o encurtamento de seu tempo de vida. (MARX, 2013, p. 337–338)

Marx prossegue narrando os primeiros processos de regulamentação da jornada e das condições de trabalho, decorrentes da resistência da classe trabalhadora e da própria necessidade de sobrevivência a longo prazo do capitalismo. Assim, surgiram as primeiras normas que limitavam a exploração desmedida, protegendo assim as condições de vida e saúde dos trabalhadores.

Embora os relatos de Engels e de Marx correspondam à situação extrema em que não havia sequer regulamentação de questões como a jornada de trabalho e o trabalho infantil, entendemos que os elementos centrais da passagem acima citada permanecem válidos: a *insaciabilidade da finança* de que trata Chesnais (2005) é a manifestação contemporânea do movimento do capital que busca sua autovalorização a todo custo, assim como ocorria nas fábricas inglesas do século XIX.

Assim, consideramos que o impacto negativo para as condições de vida e de saúde daqueles que trabalham está presente de forma geral no capitalismo, em decorrência de sua contradição fundamental: ao empregar energia física e psíquica para produzir algo para apropriação alheia, corpo e mente se desgastam.

Esse *desgaste* foi estudado por Laurell e Noriega (1989), que o definem como “perda da capacidade potencial e/ou efetiva corporal ou psíquica” (LAURELL; NORIEGA, 1989, p. 110). Os autores propõem a categoria *carga de trabalho* para analisar o processo de trabalho e seus elementos (físicos, químicos, biológicos, mecânicos, fisiológicos, psíquicos) que interagem com o trabalhador levando ao desgaste.

Entendemos que o desgaste é uma categoria central para a compreensão da relação entre trabalho e saúde, ainda que em cada contexto sócio-histórico haja especificidades quanto à intensidade e aos possíveis mecanismos de compensação dele.

No entanto, consideramos que o desgaste explica somente uma parte dessa relação, ligada mais diretamente ao processo de trabalho e às cargas nele envolvidas. Assim, para compreender de forma mais ampla a saúde de quem trabalha, é necessário recorrer ao debate sobre a *determinação social da saúde*.

1.2.2 Trabalho e determinação social da saúde

Para Albuquerque e Silva (2014), qualquer ser vivo pode ser considerado saudável quando se encontra em condições de realizar aquilo que a natureza lhe apresenta como possibilidade, aquilo que lhe dá especificidade.

Assim, no caso de uma planta, estar saudável consiste em ter “condições de extrair do solo seus nutrientes, desenvolver sua estrutura, produzir carboidrato e oxigênio através da fotossíntese, produzir flores, frutos, sementes” (ALBUQUERQUE; SILVA, 2014, p. 954).

O mesmo vale para os animais: estar saudável significa estar em condições de alimentar-se, proteger-se, reproduzir-se, sobreviver o tempo esperado para sua espécie. Evidentemente, isso não depende apenas do indivíduo, mas também da disponibilidade dos recursos naturais necessários. Assim, os animais realizam sua existência nos limites impostos pela natureza, seguindo seus instintos.

No caso do ser humano, Albuquerque e Silva (2014) apontam uma distinção fundamental: através do trabalho, nossa espécie atua sobre a natureza de forma teleológica, transformando-a intencionalmente e afastando os limites por ela impostos. Assim, o desenvolvimento das forças produtivas cria novas condições de existência, ao mesmo tempo em que cria novas necessidades.

Nesse sentido, os autores entendem que a plena realização das potencialidades humanas depende da apropriação dos meios de sobrevivência socialmente produzidos, o que se dá de forma desigual nas sociedades de classes.

Para Albuquerque e Silva (2014), os chamados *determinantes sociais da saúde* são justamente os produtos humanos de que necessitamos para realizarmos o máximo desenvolvimento de nossas potencialidades: “alimentos, moradia, educação, meio ambiente, transporte, serviços de saúde, hábitos ou estilo de vida, entre outros” (ALBUQUERQUE; SILVA, 2014, p. 957).

Alguns autores acrescentam a essa lista questões coletivas como a distribuição de renda e as condições de trabalho, mas não analisam os processos sociais que determinam a desigualdade de renda e o trabalho em condições inadequadas.

Ainda segundo Albuquerque e Silva (2014), compreender tais determinantes não é suficiente. Afinal, por trás deles existe a relação entre saúde e modo de produção, que constitui a *determinação social da saúde*:

Compreender a determinação social da saúde, portanto, não consiste em compreender apenas que a saúde depende do acesso aos objetos humanos, mas que as possibilidades de realização do humano, e o acesso aos produtos necessários para tal, dependem do grau de desenvolvimento das forças produtivas e das relações de produção estabelecidas em cada formação social. (ALBUQUERQUE; SILVA, 2014, p. 962)

Como vimos no item 1.1.2, a contradição central do capitalismo consiste na produção de mercadorias por uma maioria, que precisa vender sua força de trabalho para sobreviver, de forma a gerar valor para apropriação privada de uma minoria.

Para Albuquerque e Silva (2014), a classe que depende da venda de sua força de trabalho tem sua saúde prejudicada não apenas pelo desgaste que decorre desse trabalho, mas também por sua menor capacidade de adquirir os produtos humanos necessários para seu máximo desenvolvimento.

Assim, a relação de classe – e portanto a questão do trabalho – tem papel central na determinação social da saúde, que precede e sobredetermina os ditos determinantes.

No mesmo sentido, Breilh (2013) critica o paradigma adotado pela Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde (*Commission on Social Determinants of Health – CSDH*) criada em 2003 pela Organização Mundial da Saúde:

De fato, o paradigma da chamada epidemiologia social propugnado pela Comissão Mundial da OMS sobre “determinantes sociais da saúde” [...] converte as estruturas sociais em variáveis, e não em categorias de análise do movimento histórico de acumulação. Com isso não é possível fazer uma crítica direta da organização social da sociedade de mercado e de suas profundas consequências para a saúde; nem analisar o processo radical de acumulação econômica/exclusão social, como eixo de uma reprodução ampliada da desigualdade social, nem abordar o metabolismo sociedade-natureza. (BREILH, 2013, p. 18, tradução nossa).

Ao avaliar o mesmo relatório, Lopes (2017) considera que a CSDH optou pela estratificação social weberiana como *determinante social estrutural da saúde* para explicar a desigualdade social, o que dissimula as relações de classe; fala-se em *poder aquisitivo* e não na relação de exploração do trabalho entre as classes sociais.

A autora reafirma a centralidade do trabalho e a necessidade de superação da ordem social capitalista, considerando que o padrão explicativo adotado pela CSDH tem caráter ideológico favorável à manutenção dessa ordem.

Ainda segundo Lopes (2017), o discurso da CSDH expressa uma mudança retórica, pois incorpora elementos do ideário neoliberal e contribui para encobrir a perspectiva da luta de classes.

Diante disso, a autora afirma que as práticas da Saúde Coletiva podem contribuir para superar as desigualdades em uma perspectiva emancipatória, engajada com as lutas da classe trabalhadora. É nessa perspectiva que passamos a estudar, no próximo capítulo, como a questão do trabalho aparece na produção científica da Saúde Coletiva brasileira.

**2 A QUESTÃO DO TRABALHO NA PRODUÇÃO
CIENTÍFICA DA SAÚDE COLETIVA**

2 A QUESTÃO DO TRABALHO NA PRODUÇÃO CIENTÍFICA DA SAÚDE COLETIVA

A Saúde Coletiva brasileira é um campo do conhecimento e âmbito de práticas constituído desde a década de 1970, pela articulação entre a Saúde Pública, a Medicina Preventiva e Social e as Ciências Sociais e Humanas. Trata-se de um campo interdisciplinar e heterogêneo, composto por diferentes áreas temáticas, historicamente articulado com o processo da Reforma Sanitária Brasileira e da constituição do SUS (CAMPOS, 2000; PAIM, 2008; SCHRAIBER, 2008).

Na presente pesquisa, optamos por estudar o campo da Saúde Coletiva por meio de um de seus aspectos mais relevantes nos dias atuais: a pesquisa acadêmica, materializada na produção de artigos científicos publicados em periódicos.

Assim, neste capítulo apresentamos um balanço da produção científica no campo da Saúde Coletiva sobre a questão do trabalho, a partir de uma *revisão narrativa* (BERNARDO; NOBRE; JATENE, 2004; ROTHER, 2007) de artigos publicados em periódicos selecionados. O primeiro item deste capítulo apresenta a metodologia utilizada para tal revisão, assim como uma caracterização da amostra selecionada.

A seguir, apresentamos o debate constante em tais artigos na forma de uma discussão, utilizando para tanto as seguintes categorias: (1) a constituição da Saúde do Trabalhador como campo interdisciplinar; (2) gênero, trabalho e saúde; (3) Saúde do Trabalhador e Saúde Ambiental; (4) determinação social da saúde ou determinantes sociais da saúde.

Por fim, apresentamos um breve balanço crítico, em diálogo com o referencial teórico apresentado no capítulo anterior.

2.1 LEVANTAMENTO BIBLIOGRÁFICO

2.1.1 Escolha dos periódicos

Em 2015, um número especial de *Ciência & Saúde Coletiva* tratou dos principais periódicos do campo da Saúde Coletiva, enumerando 10 revistas (MINAYO; GUALHANO, 2015).

A partir de tal relação, selecionamos quatro periódicos que consideramos representativos do campo: *Cadernos de Saúde Pública*; *Ciência & Saúde Coletiva*; *Saúde em Debate*; *Trabalho, Educação e Saúde*.

Em análise preliminar, constatamos que grande parte da coleção de *Saúde em Debate* (1976 a 2011) não está indexada de forma consistente nas bases de dados disponíveis. Assim, optamos por excluí-la do levantamento.

Já a *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional* não foi incluída por se tratar de um periódico especificamente vinculado à área da Saúde do Trabalhador, embora também faça parte da relação de revistas do campo da Saúde Coletiva.

Dessa forma, delimitamos o levantamento bibliográfico de forma a contemplar as coleções integrais de três periódicos: *Cadernos de Saúde Pública* (desde 1985); *Ciência & Saúde Coletiva* (desde 1996); *Trabalho, Educação e Saúde* (desde 2003).

2.1.2 Definição da palavra-chave

Tendo em vista os múltiplos sentidos da palavra *trabalho* – que pode fazer referência ao *trabalho em saúde*, a um *trabalho científico*, ao *mercado de trabalho* ou mesmo ao *trabalho de parto* –, verificamos em análise preliminar que não seria adequado utilizá-la para operacionalizar o levantamento bibliográfico.

No campo da Saúde Coletiva brasileira e latino-americana, o termo *Saúde do Trabalhador* vem sendo utilizado desde a década de 1970 em contraposição à Medicina do Trabalho e à Saúde Ocupacional (LACAZ, 1997).

Atualmente esse termo é utilizado tanto para fazer referência a uma área específica dentro do campo da Saúde Coletiva, tanto para abordar uma política específica do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2012).

Assim, optamos por definir *Saúde do Trabalhador* como palavra-chave para executar o levantamento bibliográfico, na forma que passamos a descrever.

2.1.3 Uso da plataforma de busca

Embora os três periódicos estejam integralmente disponíveis na plataforma SciELO¹⁷, consideramos que seu mecanismo de busca não apresenta algumas funções de filtro e exportação que seriam úteis para o presente estudo.

Assim, optamos por utilizar a plataforma BVS¹⁸, que nos permitiu elaborar um filtro contemplando as três revistas desejadas em uma única operação, assim como exportar os resultados em uma única planilha.

A busca foi realizada em 13/08/2018, contemplando portanto os artigos cadastrados na BVS até tal data. Utilizando as ferramentas da plataforma, foi construído o termo de busca correspondente a todos os artigos dos três periódicos que tenham sido indexados com a expressão *Saúde do Trabalhador* no campo *descriptor principal*, a saber:

mj:("saúde do trabalhador") AND (ta_cluster:("Cad Saude Publica" OR "Ciênc. Saúde Colet" OR "Cien Saude Colet" OR "Trab. educ. saúde")

2.2 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

2.2.1 Delimitação da base de artigos

A operação de busca acima descrita resultou em uma lista de 206 artigos indexados nas bases LILACS¹⁹ e MEDLINE²⁰, já eliminadas manualmente as redundâncias entre as duas bases e as entradas que não correspondiam a artigos científicos (editoriais, entrevistas e comentários).

Após leitura de todos os resumos, 16 itens da lista inicial foram excluídos: 12 por não terem relação com o tema, sugerindo uma indexação equivocada, e 4 por

¹⁷ Scientific Electronic Library Online – <http://www.scielo.br/>

¹⁸ Biblioteca Virtual de Saúde – <http://pesquisa.bvsalud.org/>

¹⁹ Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde – <http://lilacs.bvsalud.org/>

²⁰ *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* – <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>

tratar somente de experiências em outros países (Chile, Colômbia e México). Assim, foi delimitada uma base de 190 artigos.

2.2.2 Classificação dos artigos

Também a partir da leitura de seus resumos, os artigos foram classificados em 4 categorias, de acordo com o tipo de estudo: *debate teórico*, *estudo de caso*, *estudo epidemiológico*, *revisão de literatura médica*.

Quando o resumo deixou dúvida sobre o tipo de estudo, foi realizada a leitura integral do artigo para verificar a categoria mais precisa. Os artigos que poderiam ser classificados em mais de uma categoria (por exemplo: estudo epidemiológico associado a debate teórico) foram classificados de acordo com a categoria predominante.

O número de artigos classificado em cada uma das categorias é apresentado na Tabela 1, em ordem decrescente de número de artigos:

Tabela 1 – Classificação dos artigos de acordo com o tipo de estudo.

Tipo de estudo	N	%
Epidemiológico	67	35,3%
Estudo de Caso	65	34,2%
Debate Teórico	53	27,9%
Revisão de Literatura Médica	5	2,6%
Total	190	100%

Fonte: elaboração própria.

2.2.3 Seleção dos artigos

De acordo com os objetivos do presente estudo, foram selecionados para leitura integral os 53 artigos classificados na categoria *debate teórico*, publicados entre 1990 e 2016 pelos três periódicos: 27 por *Ciência e Saúde Coletiva*, 24 por *Cadernos de Saúde Pública* e 2 por *Trabalho, Educação e Saúde*.

A relação completa dos 53 artigos estudados constitui o Apêndice A desta dissertação. Aqueles que são citados efetivamente no texto de algum dos capítulos constam também na lista de referências.

Foi realizada a leitura sistemática dos artigos selecionados, seguindo a ordem cronológica de publicação, de forma a identificar as principais questões abordadas e os referenciais teóricos.

A partir de tal leitura, foram destacados 19 artigos que tratavam especificamente de políticas públicas e de legislação, dando origem ao capítulo *O Sistema Único de Saúde e a questão do trabalho*. O debate presente nos 34 artigos restantes é apresentado no presente capítulo.

2.3 REVISÃO DOS ARTIGOS SELECIONADOS

2.3.1 Saúde do Trabalhador: constituição de um campo interdisciplinar

Na base de artigos estudada, o artigo do autor alemão Deppe (1990) é o primeiro em que aparece a crítica à Medicina do Trabalho. Assim, ele traz uma relevante contribuição para o debate sobre a constituição do campo da Saúde do Trabalhador, ainda que de forma indireta.

Segundo Deppe (1990), a Medicina do Trabalho é formada por três campos: patologia do trabalho, fisiologia do trabalho e toxicologia do trabalho. Ligada à clínica médica, a *patologia do trabalho* atua no final da evolução de uma doença, e busca identificar uma causa específica para o dano causado. A *fisiologia do trabalho*, relacionada à engenharia e à ergonomia, estuda o trabalho em situações de laboratório isoladas, e se ocupa basicamente da capacidade da força de trabalho humana. Já a *toxicologia do trabalho* estuda as atividades biológicas das substâncias no organismo humano, com ênfase nos valores máximos toleráveis de cada substância nos postos de trabalho.

Para o autor, esses três campos utilizam somente métodos das ciências naturais, que analisam os órgãos humanos de forma isolada e dissociada uns dos outros, ou no máximo como indivíduo biológico abstrato. Assim, negligenciam aspectos sociais e psíquicos. Além disso, atuam em perspectiva monocausal (uma carga específica é considerada a causa de distúrbios específicos de saúde), o que raramente ocorre na realidade do trabalho.

Nesse sentido, Deppe (1990) destaca a relevância das *cargas psicossociais* decorrentes da organização do trabalho nos dias atuais, e aborda a questão dos *distúrbios de bem-estar*²¹ relatados em certas atividades profissionais: pessoas que sentem-se mal subjetivamente, com queixas inespecíficas como mudanças de paladar, falta de apetite, vertigem, dor de cabeça, cansaço, insônia, sentimento de intranquilidade.

Embora essas pessoas sejam geralmente consideradas “saudáveis” por exames médicos, o autor defende que os sintomas inespecíficos podem ser considerados sensores das cargas presentes nas empresas, pois permitem detectar o adoecimento relacionado ao trabalho em uma fase inicial. Para isso, é necessário superar a prática médica reducionista e focada somente nas ciências naturais.

Deppe (1990) ressalta mais um aspecto fundamental esquecido pela Medicina do Trabalho: a atuação do homem e suas relações sociais. Ao contrário do que as ciências naturais querem fazer crer, lidar com a doença não é um procedimento socialmente neutro. Afinal, o trabalho e sua organização dependem de interesses sociais, e a Medicina do Trabalho é um instrumento que pode ser utilizado de diferentes formas: para reduzir o desgaste dos trabalhadores, para selecionar a força de trabalho, para intensificar a produção visando o lucro, ou mesmo para conscientemente destruir vidas humanas no trabalho, no exemplo drástico dos campos de concentração nazistas.

Minayo-Gomez e Thedim-Costa (1997) retomam a crítica à Medicina do Trabalho, assim caracterizando sua prática: “sob uma visão eminentemente biológica e individual, no espaço restrito da fábrica, numa relação unívoca e unicausal, buscam-se as causas das doenças e acidentes” (MINAYO-GOMEZ; THEDIM-COSTA, 1997, p. 22). Para eles, mesmo a atuação do Estado no espaço do trabalho foi constituída historicamente a partir dessa concepção dominante.

Os autores relatam o surgimento da Saúde Ocupacional, que avança com relação à Medicina do Trabalho por sua perspectiva interdisciplinar e multicausal: um

²¹ Os tradutores do artigo optaram por manter a tradução literal da expressão alemã *Störungen des Wohlbefindens*, embora não seja comum o uso do termo *distúrbios do bem-estar* na literatura médica brasileira.

conjunto de fatores é levado em conta na produção da doença. Ainda assim, esse avanço é limitado quando os agentes/riscos são descontextualizados de seu caráter social: as medidas prescritas acabam por restringir-se a intervenções pontuais sobre os riscos mais evidentes, com ênfase nos equipamentos de proteção individual e na imputação aos trabalhadores do ônus por acidentes e doenças.

No mesmo sentido, Lacaz (2007) ressalta que para a Saúde Ocupacional “o trabalho é apreendido pelas características empiricamente detectáveis mediante instrumentos das ciências físicas e biológicas”, e que sua intervenção busca “adaptar ambiente e condições de trabalho a parâmetros preconizados para a média dos trabalhadores normais” (LACAZ, 2007, p. 759).

Ao contrário da Medicina do Trabalho e da Saúde Ocupacional, o campo da Saúde do Trabalhador tem como pilar fundamental “o compromisso com a mudança do intrincado quadro de saúde da população trabalhadora” (MINAYO-GOMEZ; THEDIM-COSTA, 1997, p. 24). Trata-se de um corpo de práticas teóricas interdisciplinares e interinstitucionais, com uma perspectiva comum, resultante de um acúmulo no âmbito da Saúde Coletiva, da Medicina Social latino-americana e com forte influência da experiência italiana.

Ainda segundo Minayo-Gomez e Thedim-Costa (1997), é relevante para o campo da Saúde do Trabalhador a contribuição das Ciências Sociais, particularmente da teoria marxista. Os autores fazem referência ao conceito de *processo de trabalho*, que para eles expressa o conflito entre capital e trabalho e se manifesta historicamente através das diversas formas de controle da produção (taylorismo, fordismo, neotaylorismo, pós-fordismo, toyotismo).

Lacaz (2007) entra em maiores detalhes quanto ao processo de trabalho: citando Marx, afirma que o trabalho é ação do homem sobre a natureza para modificá-la e transformá-la e a si mesmo. O autor apresenta também as categorias *objeto de trabalho* e *instrumentos de trabalho* segundo a leitura marxista.

Minayo-Gomez e Thedim-Costa (1997) também caracterizam o campo da Saúde do Trabalhador como *interdisciplinar* e *multiprofissional* por natureza, uma vez que a complexidade dos processos de trabalho não pode ser contemplada em sua abrangência por nenhuma disciplina isolada. Nesse sentido, os autores citam a Clínica, a Engenharia, a Toxicologia, a Ergonomia, a Epidemiologia e as Ciências Sociais e Humanas, e apresentam algumas noções advindas dessa interação:

penosidade, carga de trabalho, exigências, desgaste – este último formulado por Laurell e Noriega (1989), como abordamos no primeiro capítulo desta dissertação.

A questão da integração entre disciplinas na Saúde do Trabalhador é analisada em artigo de Porto e Almeida (2002). Os autores descrevem a *disciplinaridade restrita* que caracterizou o nascimento da ciência moderna, e apresentam diferentes estratégias de superação: a multi, a inter e a transdisciplinaridade.

A *multidisciplinaridade* seria o simples agrupamento de disciplinas em torno de um dado tema; a *interdisciplinaridade* envolveria uma maior articulação entre as disciplinas, com ou sem a preponderância de uma delas; já a *transdisciplinaridade* consistiria na radicalização da interdisciplinaridade, articulando disciplinas em torno de um campo teórico e operacional particular.

A partir desse referencial, os autores analisam a inserção acadêmica da Saúde do Trabalhador no campo mais abrangente da Saúde Coletiva. Para eles, a Saúde do Trabalhador chegou a se configurar de forma mais orgânica como espaço institucional e operativo do Sistema Único de Saúde do que como área acadêmica com arcabouço conceitual e metodológico próprios dentro da Saúde Coletiva. Eles destacam a forte imbricação entre investigação e intervenção na área, assim como uma certa *indisciplinaridade* metodológica, combinada com “doses de militância, voluntarismo e rebeldia que caracterizam a área” (PORTO; ALMEIDA, 2002, p. 343).

Um artigo mais recente de Minayo-Gomez e Thedim-Costa (2003) sobre a influência das Ciências Sociais no campo conclui que nas duas últimas décadas vem ocorrendo “um distanciamento das explicações globalizantes, das macroteorias e das metanarrativas”, ao mesmo tempo em que prevalecem “explicações de médio alcance que contemplam diversidades de mediações, temporalidades diferentes [...] e especificidades tanto das questões como dos sujeitos sociais estudados” (MINAYO-GOMEZ; THEDIM-COSTA, 2003, p. 134). Os autores refutam as críticas quanto ao caráter fragmentado e *pós-moderno* desses estudos, afirmando que são abordagens complementares e não excludentes.

Já o artigo de Minayo-Gomez e Lacaz (2005) critica de forma mais contundente a produção científica da Saúde do Trabalhador, entendendo que existe um “encolhimento da reflexão e do empenho individual e coletivo para construir instrumentos que deem conta da totalidade heterogênea que configura hoje o universo dos trabalhadores brasileiros” (MINAYO-GOMEZ; LACAZ, 2005, p. 800).

A partir de extenso levantamento realizado por Mendes (2003), os autores entendem que a produção científica tem enfatizado problemas de saúde dos trabalhadores industriais, com abordagens próximas às da Medicina do Trabalho; mais recentemente aparecem pesquisas sobre o setor de serviços, mas são poucas as teses que “focalizam problemas gerais da área, temáticas referentes à política, modelos e serviços de atenção à saúde do trabalhador e aos processos de vigilância” (MINAYO-GOMEZ; LACAZ, 2005, p. 802).

Em síntese, os autores consideram que predomina a construção de conhecimento “fragmentado, disperso, unidisciplinar, quando não repetitivo e tecnicista, resultante de pesquisas e análises pontuais desenvolvidas com abordagens próprias de cada disciplina” (MINAYO-GOMEZ; LACAZ, 2005, p. 802).

Assim, eles apontam que existe uma *crise do pensamento intelectual* no campo, ao mesmo tempo em que a decadência de representatividade dos sindicatos faz com que grande parte dos trabalhadores (inclusive os desempregados) não têm suas demandas formuladas e organizadas coletivamente.

Além da atuação interdisciplinar e multiprofissional, uma premissa metodológica fundamental da Saúde do Trabalhador é a interlocução com os próprios trabalhadores, “depositários de um saber emanado da experiência e sujeitos essenciais quando se visa uma ação transformadora” (MINAYO-GOMEZ; THEDIM-COSTA, 1997, p. 29).

Nesse sentido, os autores dialogam com um princípio central do Modelo Operário Italiano: a *não-delegação*, expressa quando os próprios trabalhadores sistematizam e validam o conhecimento obtido por grupos submetidos às mesmas condições de trabalho, em vez de delegar essa atribuição a técnicos ou dirigentes sindicais.

O mesmo princípio é abordado por Sato (1996), ao analisar as possibilidades de levar em conta o conhecimento prático dos trabalhadores nas ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador. Em outro artigo, a autora estuda o *replanejamento* do trabalho por meio de *micronegociações cotidianas* protagonizadas por trabalhadores comuns, de forma independente da ação política coletiva (SATO, 2002).

Sato (2001) também contribui para o debate sobre a constituição do campo ao tratar das Lesões por Esforços Repetitivos (LER)²², entendidas por ela não somente como objeto de estudo do campo da Saúde do Trabalhador, mas também como pretexto para o avanço de sua construção.

Nesse sentido, a autora chama atenção para alguns atributos peculiares das LER, além de sua importância quantitativa: diferentemente das doenças profissionais, elas não respeitam fronteiras entre categorias profissionais; seu diagnóstico é clínico, baseado principalmente nos sintomas do trabalhador; são preveníveis e potencialmente incapacitantes; têm forte associação com sofrimento psíquico.

Sato e Bernardo (2005) apresentam a questão da Saúde Mental e Trabalho como uma verdadeira subárea dentro do campo da Saúde do Trabalhador, conformada por estudos, pesquisas intervenções no Brasil desde a década de 1980.

Para as autoras, a Saúde Mental e Trabalho passa a considerar as relações de trabalho e sua historicidade como matriz de leitura, em coerência com as formulações da Saúde Coletiva. Ainda assim, é constante o enfrentamento com a lógica positivista, que prevalece fortemente nos campos previdenciário e judicial, para a qual os problemas psíquicos dos trabalhadores têm sua gênese no universo intra-individual.

As autoras propõem uma taxonomia com cinco grupos de problemas que conformam essa subárea: (1) a relação entre saúde mental e organização do processo de trabalho; (2) os efeitos neuropsicológicos decorrentes da exposição a solventes e metais pesados; (3) as repercussões psicossociais decorrentes de acidentes e doenças do trabalho, em que as LER são um relevante exemplo; (4) o sofrimento psíquico dos trabalhadores que enfrentam cotidianamente situações de risco à vida; (5) o desemprego prolongado e suas repercussões.

Analisando dados do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CRST²³) de Campinas – SP, Sato e Bernardo (2005) constatam que o número de notificações

²² Optamos por manter aqui o termo adotado pela autora, ainda que nesta dissertação tenhamos adotado Lesões por Esforços Repetitivos/Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (LER/DORT) como denominação preferencial (ver nota 1).

²³ A sigla utilizada pelo Ministério da Saúde desde a Portaria 2.437/2005 é CEREST. Optamos por manter a sigla CRST quando adotada pelos autores citados. Ambas fazem referência ao mesmo nome (Centro de Referência em Saúde do Trabalhador).

de problemas de saúde mental relacionados ao trabalho ainda é pouco significativo em relação ao número de atendimentos, mas que vem aumentando a lista de ocupações entre aquelas que frequentemente apresentam esses problemas.

As autoras entendem que a relativa baixa prevalência desses diagnósticos não indica necessariamente uma baixa frequência na população trabalhadora – e sim uma dificuldade generalizada em reconhecer o trabalho como causador de problemas de saúde mental, inclusive por parte dos próprios trabalhadores.

No mesmo sentido, Leão e Minayo-Gomez (2014) afirmam que os processos de *patologização* e *medicalização* prevalecem “nesse tempo marcado pela intolerância com o sofrimento e exigência de permanente bem-estar”, em que “os próprios sujeitos acabam sendo socialmente conduzidos a medicalizar sua dor”. Afinal, “por influência do pensamento cartesiano, emergiu a noção da mente como espécie de vida interior, distinta dos eventos externos aos sujeitos” (LEÃO; MINAYO-GOMEZ, 2014, p. 4651).

Já Brant e Minayo-Gomez (2004) abordam o processo de *transformação do sofrimento em adoecimento*, contemplando a *medicalização* e a *psiquiatrização* de questões que são sociais e coletivas. Os autores apontam a relação entre esses processos e o mundo do trabalho contemporâneo, em que “parece não haver lugar para o sofrimento, [...] visto como sinal de fraqueza” (BRANT; MINAYO-GOMEZ, 2004, p. 222).

Por outro lado, Sato e Bernardo (2005) afirmam que a ocorrência de sintomas físicos de LER parece *autorizar* o trabalhador a apresentar queixas relacionadas à saúde mental quando procuram o CRST, e que essas queixas muitas vezes antecedem a ocorrência dos problemas osteomusculares. São comuns expressões como *ritmo alucinante*, *trabalho incessante*, *loucura* e *desespero* para descrever seu sofrimento diante das características de organização do trabalho, que é ao mesmo tempo físico e psíquico.

Sato e Bernardo (2005) também relatam que esses fatores relacionados à organização do trabalho são constatados pela equipe do CRST na quase totalidade das empresas submetidas a suas ações de vigilância.

As autoras relacionam esses problemas às profundas mudanças no mundo do trabalho nas últimas décadas, às altas taxas de desemprego e ao *discurso da competência*, que deposita no indivíduo a causa de todos os males. Da mesma forma, o enfraquecimento da mobilização dos trabalhadores em tempos de hegemonia

neoliberal tem reflexo direto na sua capacidade de enfrentamento coletivo dos problemas que afetam sua saúde mental.

Para enfrentar as questões de saúde mental na perspectiva da Vigilância em Saúde do Trabalhador, Leão e Minayo-Gomez (2014) afirmam que se faz necessário *desnaturalizar* a organização do trabalho, realizando análise criteriosa que englobe a observação das relações e do cotidiano do trabalho. Os autores propõem oito eixos que devem ser estudados: (1) organização do tempo e intensidade da produção; (2) práticas de gestão; (3) cultura organizacional; (4) relações interpessoais; (5) atividade e autonomia; (6) relação dos sujeitos com sua atividade; (7) situações relativas ao vínculo de trabalho; (8) questões externas ao processo de trabalho.

O artigo de Freire (2008) apresenta especificamente o tema do assédio moral: trata-se de uma espécie de violência cotidiana, reiterada e dissimulada, com grande impacto para a saúde mental dos trabalhadores – ainda que de difícil mensuração. A autora propõe que tanto os empregadores quanto o poder público criem medidas preventivas e de fiscalização para evitar a ocorrência do assédio moral.

Por fim, o artigo de Ramminger, Athayde e Brito (2013) apresenta cinco diferentes abordagens metodológicas que podem contribuir para os estudos em Saúde do Trabalhador: (1) a Enquete Operária de Marx, que tem como objetivo não somente obter dados, mas também provocar a reflexão crítica dos trabalhadores sobre as relações de exploração e sua superação; (2) a Análise Ergonômica do Trabalho, cuja linha francófona prioriza a análise da situação concreta de trabalho, com ênfase na diferença entre trabalho prescrito e trabalho real – enquanto a linha estadunidense e britânica enfatiza a adaptação dos dispositivos tecnológicos às características e limites dos seres humanos; (3) a Psicodinâmica do Trabalho, que complementa a contribuição da Ergonomia da Atividade ao enfatizar a mobilização subjetiva do trabalhador, que usa sua inteligência para suprir o hiato entre trabalho prescrito e trabalho real; (4) o Modelo Operário Italiano e a Comunidade Científica Ampliada, centrado na valorização da experiência dos trabalhadores, em diálogo com os saberes científicos; (5) o paradigma ergológico, com o Dispositivo Dinâmico de Três Polos, que articula os saberes organizados das ciências, os saberes investidos na atividade e as exigências éticas e epistemológicas.

2.3.2 Gênero, trabalho e saúde

No material estudado, a relação entre as questões de gênero e a Saúde do Trabalhador aparece pela primeira vez em artigo de Brito e D'Acri (1991). As autoras analisam a constituição histórica da divisão sexual do trabalho no capitalismo, apontando o papel do patriarcalismo nesse processo.

Para elas, é da relação patriarcal – que atribui uma posição superior aos homens e inferior às mulheres – que surgem os papéis do homem como principal provedor e da mulher como trabalhadora complementar, cuja responsabilidade principal no capitalismo está ligada à reprodução da força de trabalho. Essa categoria compreende não apenas a procriação, mas também o trabalho doméstico.

As autoras ainda comparam a divisão sexual do trabalho – que distribui entre os gêneros atividades desiguais, umas mais ligadas à produção e outras à reprodução social – à divisão social do trabalho no capitalismo, que opõe proprietários e não-proprietários dos meios de produção. Assim como ocorre na divisão social do trabalho, o carácter histórico da divisão sexual do trabalho é ocultado por uma operação ideológica, que atribui às diferenças biológicas o carácter *natural* dessa diferenciação.

Ainda segundo Brito e D'Acri (1991), a relação de gênero também se manifesta no mundo do trabalho fora do domicílio: as mulheres tendem a ser alocadas em postos de trabalho que apresentam exigências próximas às do trabalho doméstico, como a destreza manual, a monotonia e a atenção a vários sinais. Assim, o falso entendimento de que essas habilidades são *competências naturais* (e não historicamente construídas) das mulheres contribui para desvalorizar o trabalho feminino e para mascarar o desgaste causado por esses postos de trabalho.

Já o artigo de Aquino, Menezes e Marinho (1995) chama a atenção para o desconhecimento generalizado sobre os efeitos do trabalho para a saúde das mulheres no Brasil e no mundo. As autoras atribuem esse desconhecimento a dois fatores: a invisibilidade do trabalho feminino e a visão restrita da medicina moderna sobre as mulheres.

O primeiro fator é caracterizado pela ausência quase total de estudos científicos sobre atividades laborais historicamente exercidas por mulheres. As autoras destacam o exemplo do trabalho noturno hospitalar – que, apesar de ser uma das formas mais antigas de organização do trabalho, quase não aparece nos estudos

científicos sobre as consequências do trabalho em turnos. Afinal, esses estudos priorizam o trabalho industrial, majoritariamente masculino.

Já o segundo fator tem relação com a ênfase dada pela medicina ao papel da mulher essencialmente como mãe, em detrimento dos demais aspectos de sua vida. Essa visão restrita orientou quase toda a produção científica para os aspectos relacionados à saúde do feto, e não da mulher – vista apenas como grávida ou potencialmente grávida.

Buscando contribuir para a superação desse desconhecimento que marca a questão do trabalho feminino e seus impactos para a saúde, Aquino, Menezes e Marinho (1995) descrevem o processo histórico de participação das mulheres no mercado de trabalho brasileiro – marcado por períodos de fluxo e refluxo de acordo com as necessidades do capital – e caracterizam o período atual, em que houve expressivo aumento dessa inserção, inclusive em postos de trabalho antes tidos como masculinos.

Para além das questões relacionadas aos postos e processos de trabalho, as autoras apontam também outros problemas que acometem especificamente as mulheres: as relações de dominação patriarcal se reproduzem em todas as esferas da vida, inclusive no trabalho. Assim, as mulheres trabalhadoras estão sujeitas não somente às relações de opressão comuns a todos os trabalhadores, mas também a violências específicas como assédio sexual, práticas de controle da reprodução (exemplo: vistoria de absorventes), testes de gravidez nos exames ocupacionais e revistas constrangedoras na saída das fábricas.

A seguir, Aquino, Menezes e Marinho (1995) tratam da divisão sexual do trabalho e de suas consequências para o sofrimento mental: educadas desde a infância para seu papel na reprodução social, as mulheres desenvolvem qualidades pretensamente naturais (docilidade, paciência, resistência para o trabalho monótono e repetitivo) de grande utilidade para o capital. O desgaste psíquico causado no exercício de tais qualidades é potencializado pelos efeitos do trabalho doméstico (uma segunda jornada de trabalho), assim como pelo próprio esforço de conciliação dos dois trabalhos.

As autoras concluem afirmando que é necessário intensificar o ainda incipiente diálogo entre saúde ocupacional²⁴ e sociologia do trabalho, apontando que as reflexões feministas têm possibilitado compreender questões como a maior fragilidade das mulheres nos enfrentamentos capital-trabalho. Um exemplo é a baixa taxa de sindicalização das mulheres, bem vista por uma parcela do empresariado – que justifica sua preferência por contratar mulheres por sua docilidade e submissão.

No mesmo sentido, Brito (1997) apresenta uma proposta de Vigilância em Saúde do Trabalhador que incorpora o olhar de gênero: partindo do pressuposto de que o questionamento da divisão sexual do trabalho interessa a todos os trabalhadores e não ao capital, a autora propõe incorporar as desigualdades entre homens e mulheres em instrumentos de vigilância, como os mapas de risco.

Brito conclui apontando a questão das diferenças como ponto de vista indispensável para enriquecer a abordagem latino-americana da Saúde do Trabalhador, “reafirmando a centralidade da categoria trabalho, na sua acepção ampliada²⁵, mas também assumindo a centralidade das relações intersubjetivas (Hirata, 1993), que foi apontada dentro da sociologia e pelo movimento de mulheres” (BRITO, 1997, p. 143).²⁶

Em outro artigo, Brito (2000) analisa os impactos para a saúde dos processos de reestruturação produtiva e precarização do trabalho, tomando como eixo a divisão sexual do trabalho e as relações de gênero.

A autora descreve a tendência mundial de incorporação das mulheres no mercado de trabalho, apontando que esse processo busca minimizar os custos de produção e é acompanhado de acirramento das diferenças entre situações de trabalho masculinas e femininas. Nesse sentido, as mulheres são mais vulneráveis à precarização do trabalho, tanto no setor informal quanto por meio de contratos temporários ou outros regimes atípicos.

²⁴ Embora indexado na bases LILACS com o descritor *Saúde do Trabalhador*, este artigo utiliza exclusivamente o termo *Saúde Ocupacional*.

²⁵ A autora não explicita a que se refere a *concepção ampliada de trabalho*. Porém, em outro artigo a mesma autora retoma a ideia de concepção ampliada, especificando que esta abrange o trabalho doméstico (BRITO, 2000).

²⁶ Referência citada pela autora: HIRATA, H., 1993. Division sexuelle du travail et internationale du travail. *Futur Antérieur*, 16:27-40.

Brito (2000) relata que a questão de gênero está articulada com o movimento do capital para tirar vantagem dos baixos salários e da fraca regulamentação trabalhista nos países do Terceiro Mundo: quando se movimenta nesse sentido, há a tendência de as mulheres serem a força de trabalho preferida.

Ao mesmo tempo, a autora afirma que a divisão sexual do trabalho atravessa a reestruturação produtiva: tanto nos países centrais quanto periféricos, o trabalho feminino é mais controlado de forma *taylorizada*, enquanto o trabalho masculino é mais frequentemente flexibilizado.

Para a autora, as consequências desses processos para a saúde das trabalhadoras são insidiosas, muitas vezes inespecíficas e não indenizáveis; as mulheres estão nos *ângulos mortos* do sistema previdenciário, acumulando agravos não específicos e para os quais não há normas apropriadas.

Da mesma forma, as mulheres trabalhadoras estão mais sujeitas a lesões por esforços repetitivos, a problemas psicossomáticos e às consequências do isolamento social decorrente do teletrabalho – amplamente feminizado por ser supostamente conciliável com o trabalho doméstico.

Ainda segundo Brito (2000), o trabalho das mulheres sempre esteve associado à precariedade: mesmo quando a insegurança, a instabilidade e o desemprego atingem toda a população trabalhadora, o trabalho masculino tende a estabilizar-se mais que o feminino.

Afinal, segundo a autora, com a *precarização do* trabalho que acompanha a globalização, as mulheres encontram-se nas situações vulneráveis: estão mais sujeitas a enfraquecimento e perda de direitos e a modalidades como o trabalho a domicílio, a terceirização, o trabalho em tempo parcial, o trabalho informal, os contratos temporários e o trabalho sazonal.

Por fim, Brito (2005) retoma o debate sobre a divisão sexual do trabalho, afirmando que essa questão deve ser levada em conta em toda análise e intervenção sobre saúde do trabalhador. Além disso, argumenta que mesmo nas pesquisas sobre violência doméstica deve-se levar em conta a divisão sexual do trabalho – afinal o domicílio também é um local de trabalho. Para a autora, essa seria “mais uma indicação da capacidade contida no campo da Saúde do Trabalhador no sentido de interpelar toda a área da Saúde Coletiva” (BRITO, 2005, p. 887).

2.3.3 Saúde do Trabalhador e Saúde Ambiental

Nos artigos científicos estudados, aparece com grande frequência o debate sobre a necessidade de se pensar os impactos dos processos produtivos para a saúde de quem trabalha de forma articulada com as consequências desses processos para o meio ambiente.

Assim, Franco e Druck (1998) apontam para a necessidade de se abordar “a relação entre trabalho, saúde e meio ambiente em sua dupla dimensão: dentro e fora das plantas industriais” (FRANCO; DRUCK, 1998, p. 62). No mesmo sentido, Porto e Freitas (1997) apresentam o conceito de *riscos tecnológicos ambientais* para contemplar as diversas dimensões da tecnologia (técnica, cognitiva, social, cultural e filosófica) e seu impacto para além dos locais de trabalho.

Para Franco e Druck (1998), as condições objetivas e subjetivas da saúde humana e da sustentabilidade ambiental vêm sofrendo profundas transformações desde a Revolução Industrial. Esse processo contempla desde as relações existentes entre os homens, quando à propriedade dos meios de produção e dos produtos do trabalho, até questões ambientais como o uso de novas fontes de energia e demais recursos naturais, assim como a geração de quantidades crescentes de resíduos industriais.

As autoras afirmam que essas transformações são dirigidas por uma *racionalidade econômica* subordinada à lógica do lucro, da acumulação e do retorno do capital investido. Assim, ocorre uma progressiva concentração de capital, levando a uma *globalização* desigual e excludente.

Ao mesmo tempo, os últimos séculos têm sido marcados por um notável desenvolvimento tecnológico, com crescente mecanização e automatização do processo de trabalho. Apesar disso, as autoras entendem que esses avanços não necessariamente contribuem para reverter o processo de organização taylorista do trabalho, com suas diversas formas de agressão aos indivíduos.

Além do processo já existente de busca por recursos naturais e menores custos de mão de obra, Franco e Druck (1998) apontam para um novo movimento do capital nas últimas décadas: a busca por países mais permissivos em termos de direitos trabalhistas e ambientais – geralmente os mais periféricos. Em paralelo, ocorrem pressões para a reversão dos avanços sociais nos países centrais.

Porto (2005) explica esse movimento usando o termo *chantagem locacional*, cunhado por Henri Acsehrad: “o capital negocia seus investimentos nas áreas onde não somente são oferecidas as maiores taxas de lucros, mas as menores resistências sociais e políticas voltadas ao controle da poluição e das injustiças sociais” (PORTO, 2005, p. 837).

Em conjunto com a reestruturação produtiva e com as medidas econômicas neoliberais, ocorre assim um “fenômeno novo historicamente, que é o descolamento entre crescimento econômico e o emprego” (FRANCO; DRUCK, 1998, p. 64). Portanto, mesmo nos países centrais (e mais ainda nos periféricos) ocorre uma destruição de empregos com direitos trabalhistas assegurados, substituídos por situações de trabalho precário.

Segundo as autoras, o agravamento da exclusão social que decorre desse processo acontece ao mesmo tempo que a humanidade interfere profundamente nos mecanismos reguladores da biosfera, causando destruição ambiental. Os padrões de industrialização vigentes principalmente nos países centrais levam ao esgotamento de recursos naturais não-renováveis, agravando inclusive os problemas sociais – situação chamada por Porto (2005) de *crise ambiental contemporânea*.

Assim, Franco e Druck (1998) consideram que “o desafio político, social e científico consiste na construção histórica de sociedades com desenvolvimento socioambiental, que são hoje as duas faces da mesma moeda”.

Já o artigo de Tambellini e Câmara (1998) discute a incorporação da temática saúde e ambiente no campo da Saúde Coletiva, considerando aspectos históricos, teórico-conceituais e metodológicos da Saúde Ambiental. Para os autores, ela só foi incorporada à Saúde Coletiva quando superou uma concepção moldada na Epidemiologia tradicional, que não levava em conta as questões subjetivas e as explicações das Ciências Sociais. Essa incorporação se deu de forma articulada com a Saúde do Trabalhador, quando esta passou a abranger a relação entre produção, ambiente e saúde.

A necessidade de articulação entre Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador é evidente quando se observa que “na quase totalidade das vezes as poluições ambientais de grandes proporções têm como principal origem os processos produtivos” (TAMBELLINI; CÂMARA, 1998, p. 54).

Assim, para Tambellini e Câmara (1998), as consequências danosas da relação produção-ambiente-saúde devem ser enfrentadas com ações voltadas para os

processos produtivos. Os autores apresentam algumas propostas, das quais destacamos: sistemas de vigilância sobre poluentes e risco; redes de monitoramento de emissões; programas específicos na rede de atendimento à saúde; programas de educação ambiental; avaliações de impacto ambiental da implantação e desenvolvimento das empresas.

Já Porto (2005) destaca a importância de evitar a falsa polarização entre a questão ambiental e as demandas específicas dos movimentos de trabalhadores. Afinal, tanto a saúde de quem trabalha quanto os problemas ambientais são consequências de um modelo de desenvolvimento que concentra renda e poder.

Para enfrentar esse modelo, o autor defende a adoção do paradigma da *justiça ambiental*, também chamada de *ambientalismo popular* ou *ambientalismo dos pobres*, que propõe articular o movimento ambientalista com o enfrentamento as lógicas de colonização e opressão política, econômica e cultural, de forma a resistir aos efeitos nefastos do capitalismo globalizado.

Segundo Porto (2005), a justiça ambiental é uma alternativa crítica às duas correntes hegemônicas do movimento ambientalista internacional: a *convencionista*, que despreza a dimensão humana e social da questão ambiental, focando exclusivamente a preservação da biodiversidade; e a da *eco-eficiência*, que delega a tecnoburocratas a adoção de práticas gerenciais tidas como ambientalmente corretas.

Na base estudada, somente o artigo de Silva et al. (2005) trata especificamente da questão dos agrotóxicos, tão relevante no Brasil. Os autores chamam atenção para o papel do Estado no enorme incremento do uso de agrotóxicos, já que o Plano Nacional de Desenvolvimento (PND) de 1975 vinculava a possibilidade de crédito agrícola à aquisição desses produtos.

Silva et al. (2005) entendem que os agrotóxicos são um dos mais importantes fatores de risco à saúde humana, e lembram que seus efeitos não dizem respeito somente aos trabalhadores expostos, mas à população em geral.

No caso específico dos trabalhadores, os autores defendem que devem ser considerados diversos fatores que influenciam sua exposição: o processo de trabalho; a organização do trabalho; as estratégias de utilização dos agrotóxicos; as estratégias de redução da exposição; a percepção de risco pelos trabalhadores; a classificação dos agrotóxicos, que varia de levemente a extremamente tóxico.

Além dos agrotóxicos, Silva et al. (2005) lembram que o trabalho no setor agrícola está sujeito a diversos outros riscos e danos, tais como: acidentes com

ferramentas manuais ou com animais peçonhentos; exposição a agentes infecciosos e parasitários, a radiação solar, a ruído e vibração, a partículas e a fertilizantes; ritmo intenso de trabalho, com cobrança de produtividade.

Assim, os autores afirmam que a agricultura brasileira constitui um quadro bastante desfavorável para a saúde dos trabalhadores do setor, uma vez que tem como pano de fundo a intensa concentração fundiária, o ganho de produtividade, a incorporação tecnológica com grande impacto sobre a saúde e o crescimento das exportações.

Como alternativa, Silva et al. (2005) apresentam a ideia de *produção segura*, em que “o processo de trabalho deve produzir, igualmente bem, produtos e saúde” (VIDAL, 1997 *apud* SILVA et al., 2005, p. 900). Para tanto, propõem uma abordagem intersetorial e interdisciplinar, construindo um diálogo aberto e contínuo entre as todas as partes interessadas (empresas agrícolas; trabalhadores, suas entidades e organizações não-governamentais; empresas públicas e privadas que desenvolvem tecnologia; Estado).

Abordando outro extremo do mundo do trabalho, o artigo de Schulte e Salamanca-Buentello (2007) apresenta as questões que envolvem a presença de nanopartículas²⁷ nos ambientes de trabalho. Por conta de seu desenvolvimento recente e pouco expressivo se comparado a outros setores, a nanotecnologia ainda não foi estudada o suficiente para que se conheça seus prejuízos à saúde humana.

Assim, os trabalhadores das empresas que lidam com nanopartículas são expostos a possíveis riscos ainda desconhecidos – e os autores rejeitam o argumento de que esses trabalhadores são livres para aceitar essas condições, uma vez que precisam manter seus empregos.

²⁷ Partículas com dimensões na faixa de 1 a 100 nanômetros, segundo Schulte e Salamanca-Buentello (2007).

2.3.4 Determinação social ou determinantes sociais da saúde?

O debate sobre o papel central do trabalho na *determinação social da saúde* aparece em poucos dos artigos estudados, e nenhum deles se propõe a analisar essa questão em profundidade.

A título de exemplo, o artigo de Minayo-Gomez e Thedim-Costa (2003) cita a questão da determinação social da saúde apenas em seu parágrafo inicial:

A incorporação das ciências sociais na produção de conhecimentos sobre a relação trabalho-saúde-ambiente adquire um novo enfoque, a partir dos anos 70 do século passado, em decorrência do entendimento do processo saúde-doença introduzido pela Medicina Social Latino-Americana. Sob o primado das teorias da determinação social, colocou-se em foco a relevância do trabalho na reprodução social das populações. (MINAYO-GOMEZ; THEDIM-COSTA, 2003, p. 126, grifo nosso)

Da mesma forma, Sato e Bernardo (2005) somente mencionam a determinação social da saúde como parte da distinção entre a Medicina do Trabalho, a Saúde Ocupacional e a Saúde do Trabalhador:

Se o [discurso] da Saúde Ocupacional/Medicina do Trabalho teve sua emergência o contexto do processo de industrialização brasileira, vindo ao encontro da necessidade de controlar a força de trabalho, sustentando-se em uma visão funcionalista e individualizante, a Saúde do Trabalhador é forjada no contexto do ressurgimento do movimento sindical no Brasil no final da década de 1970 e buscou nas relações de trabalho a determinação do processo saúde-doença. (SATO; BERNARDO, 2005, p. 876, grifo nosso)

Brito (1997) cita o termo ao tratar da epidemiologia de gênero, sem fazer referência direta à questão do trabalho no processo de determinação social:

Para Breilh (1993), a epidemiologia de gênero não se reduz à investigação da morbidade e mortalidade que afetam a mulher, nem aos contrastes estatísticos entre sexos, nem à busca de nexos entre patologias femininas e fatores sociais específicos, por mais importantes que sejam essas análises. As investigações nesse campo, para o autor, devem explicar como as relações de gênero 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. (BRITO, 1997, p. 143, grifo nosso)²⁸

Ainda que sem usar o termo *determinação social da saúde*, a mesma autora aborda a questão mais claramente no início de outro artigo, afirmando que “a saúde é expressão de condições sociais, culturais e históricas das coletividades em que o trabalho desempenha papel crucial” (BRITO, 2000, p. 196).

Outra formulação que aponta para esse papel central do trabalho na determinação social da saúde aparece em Brito (2005), ao debater como a Saúde do Trabalhador é tratada como questão específica dentro da Saúde Coletiva, e não como tema de interesse geral. A autora questiona o entendimento segundo o qual “apenas um certo número de problemas, bem delimitados, se associam ao trabalho”, de forma que “o processo de trabalho só seria de interesse para a Saúde Coletiva quando a vinculação com os processos patológicos for muito nítida” (BRITO, 2005, p. 880).

Assim, quando autora reafirma “a necessidade de se integrar o trabalho às análises dos condicionantes e determinantes da saúde da população em geral” (BRITO, 2005, p. 880, grifo nosso), entendemos que sua defesa está mais próxima da lógica da determinação social da saúde do que do modelo multicausal de determinantes.

Afinal, o papel central que a autora atribui ao trabalho nesse processo fica nítido quando afirma que “na medida em que o trabalho representa uma dimensão fundamental da vida, constitui-se então em um elemento que atravessa a problemática da saúde” (BRITO, 2005, p. 880).

Também sem fazer menção direta à determinação social da saúde, Muntaner (2016) aborda a questão da precarização do trabalho em escala global, e seus reflexos nas condições de vida e de saúde.

Segundo o autor, os trabalhadores da América do Norte e da Europa experimentaram níveis sem precedentes de bem-estar econômico nas décadas que sucederam a Segunda Guerra Mundial, o que configura uma exceção histórica na

²⁸ Referência citada pela autora: BREILH, J., 1993. *Genero, Poder y Salud*. Ibarra: Ediciones CEAS-UNT.

evolução do capitalismo. Desde a década de 1970, a tendência mundial é a precarização do trabalho, com o conseqüente declínio das condições de vida de grande parte dos trabalhadores.

Entre os artigos estudados, o que mais enfatiza o papel central do trabalho na determinação social da saúde é o de Lacaz (2007), que busca o resgate das formulações originais do campo Saúde do Trabalhador:

Maneira diversa de compreender as relações trabalho e saúde-doença é introduzida pela análise da determinação social do processo saúde-doença, privilegiando o trabalho. A Medicina Social Latino-Americana apreende-o através do *processo de trabalho*, categoria explicativa que se inscreve nas relações sociais de produção estabelecidas entre *capital e trabalho*. E, conforme a acepção marxista, aqui o trabalho é, ontologicamente, a ação do homem sobre a natureza para modificá-la e transformá-la e a si mesmo. (LACAZ, 2007, p. 759, grifo nosso)

Lacaz (2007) afirma ainda que o próprio trabalho e suas diferentes formas de organização, divisão e valorização são características de cada modo de produção e formação social. Assim, o estudo das relações trabalho-saúde e do adoecimento pelo trabalho tem caráter histórico.

Mais adiante, o autor menciona “a luta pela transformação da organização dos processos de trabalho, visando a resgatar o real *ethos* do trabalho: libertário e emancipador” (LACAZ, 2007, p. 760).

O único artigo a utilizar ambos os termos (*determinação social da saúde e determinantes sociais da saúde*) é o de Alves (2003), sobre Vigilância em Saúde do Trabalhador e Promoção da Saúde. A autora faz referência ao debate sobre o *conceito ampliado de saúde*, apresentando a crítica à visão tradicional que entende saúde como ausência de doenças ou equilíbrio do organismo.

Segundo a autora, o filósofo e médico francês Canguilhem conceitua a saúde como “a possibilidade de cair enfermo e de poder recuperar-se, [...] como o conjunto dos poderes que nos permitem viver sob a imposição do meio, [...] uma experiência subjetiva vivenciada pelo sujeito” (ALVES, 2003, p. 320)²⁹.

²⁹ Referências mencionadas pela autora nesta citação e nas seguintes: ALMEIDA, G.E.S., 2000. *Pra que Somar se a Gente Pode Dividir? Abordagens Integradoras em Saúde, Trabalho e Ambiente*. Dissertação de Mestrado,

A partir desse conceito, Alves (2003) defende um novo enfoque para as práticas de promoção a saúde. Vale registrar a ausência de menção ao trabalho, substituído por *renda* entre os *requisitos para a saúde* citados pela autora:

Este novo enfoque, que parte de uma concepção ampla do processo saúde-doença, aponta para os determinantes múltiplos da saúde e para a intersectorialidade, afirmando que os requisitos para a saúde são: paz, educação, habitação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade (Buss, 2000). (ALVES, 2003, p. 320, grifos nossos)

A seguir, a autora defende a aproximação entre a Vigilância em Saúde do Trabalhador e a Promoção da Saúde. Ao abordar as similaridades entre os dois campos, menciona os conceitos de *determinação social* e de *determinantes sociais* como se fossem equivalentes:

Assim como no enfoque da promoção da saúde e da vigilância da saúde enfatiza-se o caráter de multideterminação do processo saúde/doença, que guarda relação com aspectos econômicos, sociais, políticos e ambientais, a Saúde do Trabalhador e a Vigilância em Saúde do Trabalhador concebem o processo saúde/doença como socialmente determinado (Laurell, 1987).

Com base nesse conceito ampliado de saúde, [...] a Saúde do Trabalhador elege como seu objeto de estudos não apenas os riscos e os agravos/efeitos para a saúde, mas também os determinantes de tais riscos e efeitos. Esses determinantes, em Saúde do Trabalhador, traduzem-se no conceito de processo de trabalho, que na verdade torna-se o objeto de estudos e intervenção dessa área de atuação e que é responsável por tais riscos e agravos (Almeida, 2000). (ALVES, 2003, p. 321, grifos nossos)

Alves (2003) conclui defendendo a ampliação da atuação intersectorial em Saúde do Trabalhador, no sentido do *maior diálogo* entre os setores governamentais diretamente envolvidos (Ministério da Previdência, Ministério da Saúde e Ministério do

Trabalho), assim como na *busca de parceria* com organizações dos trabalhadores e da sociedade civil.

Por sua vez, a menção a *determinantes sociais da saúde* aparece com relativa frequência entre os artigos estudados, algumas vezes acompanhado do termo *condicionantes*, mas também sem maior reflexão.

Um exemplo é o artigo de Sato (1996), que fala em “diagnosticar as condições de trabalho e saúde para eleger prioridades no sentido de eliminar os determinantes e condicionantes dos problemas de saúde a partir do conhecimento dos trabalhadores” (SATO, 1996, p. 491, grifo nosso).

Tambellini e Câmara (1998) mencionam o mesmo termo ao caracterizar as duas funções da Saúde Coletiva, entendida por eles como um campo de práticas teóricas e de intervenção concreta na realidade:

- 1) A produção de conhecimentos e de tecnologias sobre a saúde e a doença humana e seus determinantes em termos coletivos, tendo por base sua natureza complexa que integra as dimensões do ecológico, do biológico, do social e do psíquico, articulando as experiências e as vivências coletivas do acontecimento “doença”.
- 2) A intervenção concreta na coletividade, no indivíduo ou em qualquer elemento do contexto que compõe o complexo de determinantes e condicionantes dos processos de saúde/doença, tendo por base a produção científica sobre o particular. (TAMBELLINI; CÂMARA, 1998, p. 51, grifos nossos)

Mais adiante, os autores apontam qual seria o lugar do trabalho nesse *complexo de determinantes e condicionantes*: “o nível de saúde de uma coletividade é contingente em termos ambientais e sociais às relações de produção que [...] distribuem possibilidades diferenciadas de exposição a agentes, cargas e riscos” (TAMBELLINI; CÂMARA, 1998, p. 52).

2.4 BALANÇO CRÍTICO

A partir dos artigos estudados, verificamos que a produção científica sobre Saúde do Trabalhador constitui importante produção teórica, que abrange diversos aspectos da relação entre trabalho e saúde.

Nesse sentido, procuramos sintetizar no item anterior os debates sobre temas que consideramos centrais: a constituição da Saúde do Trabalhador como campo interdisciplinar; as relações entre gênero, trabalho e saúde; a questão ambiental e

suas relações com a Saúde do Trabalhador; a questão da determinação social da saúde.

Entre os artigos que abordam a constituição do campo interdisciplinar da Saúde do Trabalhador, destacamos que somente um tratou da relação entre esse campo e o campo mais abrangente da Saúde Coletiva (PORTO; ALMEIDA, 2002).

Também ressaltamos a pertinência da crítica feita por Minayo-Gomez e Lacaz (2005), segundo a qual faltam instrumentos que possam compreender a totalidade heterogênea do mundo do trabalho contemporâneo.

Nesse sentido, notamos que, embora seja efetivamente plural e interdisciplinar, o campo da Saúde do Trabalhador tem dialogado pouco com a Sociologia do Trabalho e com outras áreas do conhecimento que podem contribuir para essa compreensão mais abrangente.

Uma exceção significativa são os artigos sobre gênero: destacamos essa categoria não apenas pela relevância do tema, mas também porque são os artigos que buscam uma compreensão histórica, articulando os processos de divisão sexual do trabalho de divisão social do trabalho. Chama a atenção o fato de esse debate aparecer com maior profundidade no primeiro artigo em ordem cronológica, de Brito e D'Acri (1991).

Por outro lado, ressaltamos que nenhum dos artigos estudados abordou com profundidade um aspecto que consideramos tão relevante quanto a questão do gênero para compreender o mundo do trabalho no Brasil: a imensa desigualdade racial, consequência de um passado escravista ainda muito recente em termos históricos.

Já os autores que debatem a relação entre Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador apontam para os processos produtivos como causadores de consequências danosas para a saúde de quem trabalha e da população em geral. O debate considera processos históricos e aponta tendências da globalização movida pela racionalidade econômica do capital, mas nos parece limitado ao propor soluções.

A título de exemplo, Silva et al. (2005) propõem uma *abordagem intersetorial e interdisciplinar, em diálogo aberto e contínuo* entre Estado, empresas, trabalhadores e organizações não-governamentais, no sentido de promover a *produção segura*, em que “o processo de trabalho deve produzir, igualmente bem, produtos e saúde” (VIDAL, 1997 *apud* SILVA et al., 2005). Consideramos que essa proposta não leva

em conta a existência de interesses antagônicos entre capital e trabalho, pois bastaria o *diálogo* entre ambos para chegar à produção segura.

Embora nenhum dos artigos tenha abordado em profundidade o tema da *determinação social da saúde*, destacamos essa categoria justamente para assinalar o que consideramos a maior lacuna teórica do material estudado.

Afinal, como abordamos no capítulo anterior, entendemos que a determinação social da saúde está diretamente relacionada com a centralidade do trabalho: em uma sociedade capitalista, na qual a grande maioria das pessoas depende da venda de sua força de trabalho para sobreviver, a saúde é fortemente influenciada pelo desgaste decorrente desse trabalho e pela capacidade de adquirir bens e serviços essenciais à saúde – que também depende das condições de venda de sua força de trabalho.

Assim, ao constatararmos que o debate teórico sobre Saúde do Trabalhador pouco aborda a determinação social da saúde (e muitas vezes trata apenas dos *determinantes sociais da saúde*, considerando o trabalho ou a renda como mais um entre eles), entendemos que a Saúde do Trabalhador deixa de reivindicar a centralidade do trabalho.

Por fim, verificamos também que diversos artigos citam Laurell e Noriega (1989) e mencionam o conceito marxista de *processo de trabalho*, mas deixam de lado categorias como *classe trabalhadora* e *luta de classes*. No mesmo sentido, são raras as referências à obra de Marx e mesmo aos autores da Sociologia do Trabalho.

Conforme apresentamos no capítulo 1, entendemos que esse referencial teórico pode contribuir de forma significativa para a compreensão da questão do trabalho em uma perspectiva emancipatória.

**3 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E
A QUESTÃO DO TRABALHO**

3 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E A QUESTÃO DO TRABALHO

Como abordamos na Introdução desta dissertação, o Sistema Único de Saúde (SUS) é uma conquista histórica do movimento da Reforma Sanitária Brasileira (RSB), articulada com as lutas sociais das décadas de 1970 a 1990.

A consolidação efetiva do sistema vem enfrentando entraves desde então, em especial pelo subfinanciamento (MARQUES, 2017; MARQUES; MENDES, 2012; MENDES, 2015; MENDES; FUNCIA, 2016; SANTOS, 2013). A Saúde do Trabalhador enfrenta uma dificuldade ainda maior, pois lida com o adoecimento relacionado ao processo de produção capitalista, que opõe os interesses do capital e do trabalho.

Assim, um dos objetivos do presente estudo é caracterizar a atuação do Sistema Único de Saúde brasileiro – entendido aqui como uma política social sujeita às contradições vigentes no Estado capitalista – sobre as questões de saúde relacionadas ao trabalho.

Elaboramos tal caracterização a partir de 19 artigos científicos publicados por periódicos selecionados do campo da Saúde Coletiva, conforme revisão narrativa cuja metodologia foi detalhada no capítulo anterior.

Assim, no presente capítulo apresentamos a discussão sobre tais artigos, organizada de forma a abordar cinco questões centrais: (1) os antecedentes históricos da política de Saúde do Trabalhador; (2) a estratégia mais recente denominada Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST), assim como a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT); (3) o papel da Atenção Primária à Saúde³⁰; (4) os desafios estruturais do SUS; (5) a atuação intersetorial.

Da mesma forma que no capítulo anterior, após a revisão apresentamos um breve balanço crítico do conjunto de artigos estudado, em diálogo com o referencial teórico desta dissertação.

³⁰ Assim como Matta e Morosini (2008), consideramos equivalentes os termos Atenção Primária à Saúde (mais comum na literatura nacional e estrangeira) e Atenção Básica (mais frequente nas normas do SUS). Nas citações de outros autores optamos por manter o termo utilizado no original; no nosso texto utilizamos Atenção Primária à Saúde.

3.1 REVISÃO DOS ARTIGOS SELECIONADOS

3.1.1 Política de Saúde do Trabalhador: antecedentes históricos

Conforme nos relatam Dias e Hoefel (2005), a organização de uma atenção diferenciada à saúde dos trabalhadores surgiu no século XVIII, na Inglaterra, como resposta dos proprietários de indústrias aos prejuízos decorrentes de acidentes e péssimas condições de trabalho. Surgia assim a Medicina do Trabalho, desde então de caráter assistencial e biologicista, dirigida à seleção e manutenção da higidez da força de trabalho – vendo portanto o trabalhador como mero objeto de sua atuação³¹.

Na primeira metade do século XX, diante das mudanças nos processos produtivos, foi constituída uma alternativa à Medicina do Trabalho: a Saúde Ocupacional, que incorpora outros profissionais e aborda aspectos da higiene, ergonomia e segurança do trabalho. Ainda assim, as autoras consideram que a ênfase permanece sendo o ambiente de trabalho, e o trabalhador segue como objeto das ações (DIAS; HOEFEL, 2005).

A partir da década de 1950, na vigência das políticas públicas adotadas pelo *Estado de bem-estar social*³² em países europeus, surgiram novos questionamentos sobre as condições de trabalho e sua relação com a saúde. Um marco importante desse debate ocorreu na Itália, cuja Reforma Sanitária teve participação importante dos trabalhadores organizados. Os trabalhadores não eram mais objetos, e sim sujeitos da luta por melhores condições de trabalho e de vida, sob o princípio da *não delegação* (BERLINGUER, 1983; ODDONE; MARRI; GLORIA, 1986 *apud* DIAS; HOEFEL, 2005).

Ainda segundo Dias e Hoefel (2005), ecos do movimento que ocorria na Itália chegaram ao Brasil na década de 1970, em um momento histórico marcado pelo processo de luta pela redemocratização do país. Com o apoio de trabalhadores

³¹ Abordamos a crítica à Medicina do Trabalho e à Saúde Ocupacional com maior profundidade no capítulo anterior, ao tratar da constituição do campo da Saúde do Trabalhador.

³² Assim como Boschetti (2016), consideramos o termo *Estado social* mais preciso para tratar da atuação econômica e social do Estado no capitalismo, sem atribuir *a priori* um juízo de valor positivo. Porém, aqui mantivemos o termo utilizado pelas autoras no artigo estudado.

organizados em um *novo sindicalismo*³³ e em sintonia com as formulações da epidemiologia social, a agenda da Reforma Sanitária Brasileira incluiu as questões de Saúde do Trabalhador.

Para Minayo-Gomez e Lacaz (2005), o processo de implantação dos serviços de Saúde do Trabalhador no sistema de saúde brasileiro pode ser compreendido historicamente em dois momentos distintos.

No primeiro momento, entre 1978 e 1986, esse processo estava articulado com o movimento pela Reforma Sanitária – tanto que em 1986 ocorreram a 8ª Conferência Nacional de Saúde e, como seu desdobramento, a 1ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador.

Propunha-se a atenção à saúde dos trabalhadores como prática de Saúde Pública na rede básica³⁴, através dos Programas de Saúde do Trabalhador (PST). Já eram adotados princípios e diretrizes que posteriormente seriam incorporados no SUS: *participação/controle social, integralidade e universalidade*. O período histórico coincide com os grandes movimentos grevistas dos anos 1970-80.

Para Oliveira et al. (1997), a conjuntura política do período deixou sua marca na Constituição Federal de 1988 – que prevê as ações de Saúde do Trabalhador no mesmo inciso do Artigo 200 que trata da Vigilância Sanitária e Epidemiológica – e em 21 das 26 constituições estaduais. Os autores constataram grande diversidade de tais disposições entre os estados, levantando a hipótese de que a legislação é mais avançada onde o movimento sindical é mais atuante sobre a Saúde do Trabalhador. Lacaz (1997) aponta que o mesmo processo ocorreu em alguns municípios, no processo de elaboração de suas leis orgânicas – ainda que com resultados frustrantes em termos de execução.

Já para Cabral, Soler e Lopes (2014), a década de 1980 foi a *época de ouro* da consolidação da Saúde do Trabalhador, tendo em vista a ocorrência de debates acadêmicos, intercâmbios com o movimento operário italiano, criação de assessorias

³³ Termo adotado por Antunes (1995) para caracterizar as transformações ocorridas no movimento sindical brasileiro na década de 1980: combativo, autônomo e organizado a partir da base, ao mesmo tempo em que se articulava com outros setores para uma atuação política institucional.

³⁴ Optamos por manter aqui a denominação “rede básica” utilizada no artigo citado. Ver também nota 30 a respeito dos termos Atenção Básica e Atenção Primária à Saúde.

e departamentos sindicais, assim como a profusão de matérias na imprensa sindical a respeito dos acidentes e das condições precárias de trabalho.

O segundo momento apontado por Minayo-Gomez e Lacaz (2005), entre 1987 e 1997, foi caracterizado pela transição dos PST para os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CRST). Foi nesse período que ocorreu a 2ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador (1994), e o momento histórico corresponde à institucionalização legal do SUS e ao processo de municipalização.

Os autores destacam que essa transição opôs duas concepções: uma que denominam *sanitarista*, que defendia a implantação e o desenvolvimento de ações de Saúde Pública e Coletiva na rede básica, articulando a assistência com a vigilância; a outra, por eles denominada *pragmática*, defendia a criação de serviços específicos, de nível secundário, incorporando quadros técnicos especializados.

Ainda segundo Minayo-Gomez e Lacaz (2005), essa polêmica e as contingências da conjuntura política levaram à constituição dos CRST com elementos da segunda posição: eles são instâncias que se propõem especializadas, com caráter de referência secundária para a rede básica. Avaliam ainda que essa articulação com a rede básica não se efetivou, e que a rede do SUS ficou alheia à problemática da saúde/doença relacionada ao trabalho. Além disso, apontam que a prioridade dada pelos CRST à assistência limitou as possibilidades de intervenção sobre ambientes e processos de trabalho nocivos à saúde.

Por outro lado, Dias e Hoefl (2005) avaliam que houve avanços por parte do Ministério da Saúde na década de 1990: apesar de certa instabilidade institucional – a área de Saúde do Trabalhador ora ficava lotada na estrutura da Assistência à Saúde, ora na Vigilância, ora em outras instâncias administrativas –, foram elaborados protocolos, normas e diretrizes, como a Norma Operacional de Saúde do Trabalhador (NOST), a Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho e um Manual de Procedimentos para toda a rede de serviços de saúde.

3.1.2 A estratégia da RENAST e a PNSTT

De acordo com Dias e Hoefel (2005), a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) foi criada pela portaria 1.679/2002 pelo Ministério da Saúde.

Ainda que com críticas e desencontros, esse instrumento foi apoiado pelos profissionais dos CRST e por setores de movimento dos trabalhadores. Afinal, pela primeira vez haveria financiamento específico para ações de Saúde do Trabalhador, vinculado a um Plano de Trabalho em nível estadual e municipal.

As autoras afirmam que, a partir de 2003, a Área Técnica de Saúde do Trabalhador do Ministério da Saúde priorizou a implementação da RENAST como principal estratégia visando a uma Política Nacional de Saúde do Trabalhador.

Ainda segundo Dias e Hoefel (2005), a RENAST é uma rede nacional de informação e práticas de saúde, organizada com o propósito de implantar ações assistenciais, de vigilância e de promoção à saúde. Essa rede integra e articula as linhas de cuidado da atenção básica, média e alta complexidade, tendo como eixo os CRST – que deixariam de ser porta de entrada e assumiriam o papel de suporte técnico e científico, além de serem núcleos irradiadores da cultura da centralidade do trabalho.

Para Minayo-Gomez e Lacaz (2005), seria fundamental que a RENAST caminhasse para a superação da dicotomia entre assistência e vigilância, além de incorporar estratégias de prevenção de agravos e promoção da saúde.

Nesse sentido, Dias e Hoefel (2005) afirmam que a RENAST prevê a organização de uma rede sentinela de notificação, abrangendo todo o território nacional: serviços organizados de forma a garantir a geração de informação e viabilizar a vigilância da saúde.

As autoras também afirmam que a RENAST não constitui *modelo de atenção*, uma vez que esse seria o próprio modelo de atenção do SUS, organizado segundo os princípios e diretrizes do sistema. A proposta é portanto que o sistema como um todo entenda e funcione na perspectiva da Saúde do Trabalhador, tendo a atenção básica como principal porta de entrada e estratégia central.

Um artigo mais recente relata a trajetória da implantação da RENAST: a portaria original de 2002 previu a criação de 130 CEREST entre 2002 e 2004, sendo 27 estaduais e 103 regionais, a partir dos Programas de Saúde do Trabalhador (PST) já existentes; a portaria 2.437/2005 ampliou esse número para 200 (JACQUES; MILANEZ; MATTOS, 2012).

Já a Portaria 2.728/2009 manteve a meta de 200 CEREST, mas seu texto deixou de contemplar a descrição das funções e o quadro de pessoal dessas unidades, ao contrário das anteriores. Os autores avaliam que essa omissão dá mais

flexibilidade para a proposição de ações voltadas à realidade local, mas por outro lado dá margem a desconhecimento e pouca clareza sobre o papel do CEREST.

Procurando elaborar um instrumento de acompanhamento dos CEREST com indicadores, os mesmos autores apresentam alguns dados sobre a implantação efetiva da RENAST: em dezembro/2008 havia 173 CEREST habilitados, sendo 26 estaduais e 147 regionais.

Um estudo que procurou avaliar o efeito dos CEREST na notificação de acidentes de trabalho constatou que a maioria dessas unidades se encontrava em grau intermediário de implantação em diversas dimensões avaliadas; a notificação de acidentes foi a dimensão com mais alto grau de implantação. Variáveis relacionadas à estruturação efetiva do serviço, como *capacidade instalada* e *equipe compatível com a demanda* apresentaram correlação positiva com o efeito sobre as notificações (GALDINO; SANTANA; FERRITE, 2012).

Na base bibliográfica utilizada, o artigo mais recente que trata da RENAST é de 2014. Os autores abordam a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT), instituída pela Portaria 1.823/2012 do Ministério da Saúde (VASCONCELLOS; MINAYO-GOMEZ; MACHADO, 2014). Vale ressaltar que, segundo aponta Leão (2016, p. 3930), a PNSTT foi “requerida pela sociedade civil em 1986, e publicada somente em 2012”.

Segundo Vasconcellos, Minayo-Gomez e Machado (2014), a PNSTT tem como objetivo prioritário fortalecer a Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT), a partir da RENAST e seus centros executores – os CEREST.

Ao observar a VISAT numa perspectiva de “ação pública coordenada, articulada e harmônica”, avaliam que ainda há muito por fazer, pois são minoritários os casos em que se pode falar de implantação sistemática de VISAT.

No mesmo sentido, Machado (2005) aponta a VISAT como *fugaz*, em decorrência do grau de instabilidade das experiências e de sua limitada resistência às mudanças internas nos governos municipais, e *regionalizada*, por se concentrar principalmente nos estados em que há confluência de atores institucionais favoráveis à sua implementação, com destaque para o movimento sindical.

Vasconcellos, Minayo-Gomez e Machado (2014) apontam a *formação intensiva de agentes de VISAT* como caminho para superar esse problema, ao mesmo tempo que relatam uma experiência interessante ocorrida no estado do Rio de Janeiro entre 1990 e 1997: o Conselho Estadual de Saúde do Trabalhador (CONSEST), que

articulava diversas instituições e sindicatos de trabalhadores com ênfase nas ações de vigilância.

3.1.3 O papel da Atenção Primária à Saúde

A ideia de Atenção Primária à Saúde (APS) é referência para a organização de muitos sistemas de saúde no mundo, ainda que de forma bastante heterogênea. Matta e Morosini (2008) procuram sintetizar as diversas concepções da seguinte forma:

[...] uma estratégia de organização da atenção à saúde voltada para responder de forma regionalizada, contínua e sistematizada à maior parte das necessidades de saúde de uma população, integrando ações preventivas e curativas, bem como a atenção a indivíduos e comunidades. (MATTA; MOROSINI, 2008, p. 44)

Segundo os autores, no Brasil houve experiências incipientes de APS desde o início do século XX, mas sua ampliação significativa ocorreu a partir da criação do SUS, incorporando os princípios de universalidade, descentralização, integralidade e participação popular. Assim, a APS pretende ser o contato preferencial entre os usuários e o sistema de saúde, responsável por articular sua atenção integral.

Embora a Saúde do Trabalhador seja mencionada somente de forma periférica na Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2017), entendemos que a APS atende a população trabalhadora cotidianamente – particularmente seus segmentos mais precarizados.

Ao mesmo tempo, o trabalho na APS também é marcado pela precarização, que afeta todas as categorias profissionais, com maior força no caso dos agentes comunitários de saúde (CAVALCANTE; LIMA, 2013).

Em grande parte dos artigos pesquisados aparece alguma menção ao papel da APS. Alguns deles, como Lacaz (1997), apenas citam pontualmente questões como a “não sensibilização dos profissionais de saúde da rede básica para os problemas de saúde relacionados com o trabalho” (LACAZ, 1997, p. 12).

Dias et al. (2009), assim como Santos e Rigotto (2010), abordam a APS com ênfase no seu papel diante do ambiente, do território e das relações de produção que ali ocorrem.

Para Santos e Rigotto (2010), a Estratégia de Saúde da Família (ESF) foi proposta nos anos 1990³⁵ como mecanismo de reorientação do modelo assistencial, baseando-se no trabalho de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde, responsáveis pelo acompanhamento de uma *população adscrita* localizada em uma área delimitada. Caberia a essa equipe realizar ações de promoção de saúde, prevenção, recuperação e reabilitação de doenças e agravos mais frequentes. A ESF teria portanto diferenças marcantes em relação ao modelo hegemônico médico-hospitalocêntrico.

Os autores ressaltam que tais características não são operacionalizadas de maneira homogênea, tanto pela população quanto pelos profissionais da saúde. Assim, ficam claros os imensos desafios e contradições, como o forte caráter prescritivo das ações em saúde.

Diante disso, Santos e Rigotto (2010) apresentam o desafio de integrar as questões ambientais e de produção na atuação das equipes da ESF: para além de uma territorialização meramente descritiva, é necessário reconhecer os processos produtivos instalados no território e identificar suas relações com o ambiente e com a saúde dos trabalhadores. Os autores apresentam uma proposta nesse sentido, com questões a serem observadas pelas equipes em seus territórios.

Dias et al. (2009) também abordam o papel da APS como *centro de comunicação de uma rede horizontal de cuidado*, responsável por resolver a grande maioria dos problemas de saúde e organizar os fluxos e contrafluxos de pessoas nessa rede.

No mesmo sentido, Dias e Hoefel (2005) consideram que a inserção efetiva das ações de Saúde do Trabalhador no SUS está diretamente relacionada à possibilidade de sua assimilação pela atenção básica. Afinal, nesse nível de atenção são possibilidades concretas o acolhimento dos trabalhadores na porta de entrada, a investigação do trabalho como fator determinante dos processos saúde-doença, assim como a avaliação e o manejo de situações de risco no trabalho.

³⁵ Vale ressaltar que a denominação *Estratégia Saúde da Família* (ESF) só passou a ser adotada desde 2006; antes, o termo utilizado pelo Ministério da Saúde era *Programa Saúde da Família* (PSF) (PINTO; GIOVANELLA, 2018).

No entanto, as autoras apontam que essa atuação não pode apenas se tornar “mais uma atribuição das já sobrecarregadas equipes”, sendo necessário que as tarefas sejam redefinidas e redimensionadas, com garantia de capacitação e mecanismos de referência e contra-referência (DIAS; HOEFEL, 2005).

Ao descrever a mudança recente no perfil epidemiológico do adoecimento dos trabalhadores, Dias e Hoefel (2005) relatam o aumento da prevalência de LER/DORT – cujos casos correspondem a cerca de 80% dos atendimentos nos CRST – e de *formas de adoecimento mal caracterizadas*³⁶, como estresse, fadiga outras expressões de sofrimento relacionadas ao trabalho. Porém, as autoras não estabelecem relação entre essas questões e a demanda atendida na Atenção Primária à Saúde.

3.1.4 Os desafios estruturais do SUS

Alguns dos artigos estudados mencionam problemas estruturais do Sistema Único de Saúde ao tratar da política de Saúde do Trabalhador, embora nenhum deles faça uma análise abrangente e detalhada do conjunto desses problemas.

Assim, apresentamos aqui as principais questões abordadas. No item 3.2 trataremos de possíveis omissões, como parte do balanço crítico sobre o conjunto dos artigos.

Em artigo publicado ainda nos primeiros anos de existência do SUS, Vasconcellos e Oliveira (1992) já apontam o *caráter de marginalidade* da área de Saúde do Trabalhador no sistema, assim como a *fragmentação de atribuições e responsabilidades*. Os autores afirmam que, embora a Lei Federal 8.080/1990 atribua ao SUS a responsabilidade pela assistência médica às vítimas de acidentes e doenças do trabalho, na prática isso ainda ocorre por meio de convênios com prestadores privados nos moldes do INAMPS³⁷.

³⁶ Vale registrar a semelhança com o termo “distúrbios do bem-estar”, traduzido do alemão *Störungen des Wohlbefindens*, presente em artigo que abordamos no capítulo anterior (DEPPE, 1990).

³⁷ Conforme Fleury e Carvalho (2010), o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) foi uma autarquia federal criada em 1977, responsável pela assistência médica aos trabalhadores segurados pela Previdência Social. A maior parte de seu orçamento era destinada a convênios com prestadores privados. O

Lacaz (1997) apresenta um problema citado apenas pontualmente em outros artigos: o papel contraditório do movimento sindical com relação ao SUS. O autor relata que, ao mesmo tempo em que algumas centrais sindicais defendiam o sistema público em eventos nacionais, seus sindicatos reivindicavam cláusulas que ampliavam os convênios médicos e o sistema privado.

Dias e Hoefel atribuem a fragilidade do controle social às mudanças no mundo do trabalho, com reflexo na organização sindical, uma vez que as categorias mais atingidas pela precarização “ainda não se organizaram para participar dos fóruns sociais” (DIAS; HOEFEL, 2005, p. 826).

A questão do controle social é tratada também por Lacaz e Flório (2009), que fazem um balanço das duas últimas Conferências Nacionais de Saúde (11ª, em 2000; 12ª, em 2003) e da 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador (2005). Os autores apontam a falta de legitimidade dessas instâncias e a correlacionam à reestruturação produtiva neoliberal, assim como ao predomínio de interesses corporativos e particularistas.

O subfinanciamento do SUS é abordado de forma explícita (ainda que pontual) somente por Lacaz (1997) e por Dias et al. (2009); o mesmo problema é citado indiretamente por Dias e Hoefel (2005) e por Takahashi e Iguti (2008), que mencionam o neoliberalismo e sua política econômica voltada a diminuir os gastos públicos.

O estudo de Facchini et al. (2005) apresenta com maior profundidade um tema que aparece em vários outros artigos: a fragilidade dos sistemas de informação do SUS, assim como a necessidade de construção de um Sistema de Informações em Saúde do Trabalhador integrado aos demais sistemas, de forma a produzir dados abrangentes e confiáveis sobre os agravos relacionados ao trabalho. Os autores apontam problemas como as inconsistências na base de dados do Cartão Nacional de Saúde (também chamado de Cartão SUS) e as dificuldades de infra-estrutura tecnológica.

Além disso, Facchini et al. (2005, p. 859) afirmam que “o SUS não valoriza o trabalho como uma das categorias centrais para o entendimento do processo saúde-doença na população” e que há consenso sobre a escassez e inconsistência das informações produzidas pelo SUS sobre Saúde do Trabalhador. Seria portanto um desafio o registro de todos os contatos dos trabalhadores com o sistema de saúde, de forma a incluir informações sobre o trabalhador e seu trabalho em todos os sistemas, inclusive hospitalares e de urgência/emergência.

Ainda sobre os sistemas de informação, Santos e Rigotto (2010) apontam as fragilidades do Sistema de Informações da Atenção Básica (Siab), cuja unidade de análise é a família, o que dificulta a análise do território de forma mais ampla.

3.1.5 A atuação intersetorial

A necessidade e a fragilidade da atuação intersetorial em Saúde do Trabalhador são apontadas de forma consensual por grande parte dos artigos estudados. Por sua abrangência e complexidade, o trabalho merece atenção não somente do sistema de saúde, mas também de diversos outros ramos do Estado.

As duas responsabilidades do Estado que aparecem com maior frequência na literatura estudada são a *inspeção do trabalho*, atribuição das Delegacias Regionais do Trabalho (DRT) vinculadas ao Ministério do Trabalho, e a *previdência social*, atribuição do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), órgão do Ministério da Previdência Social³⁸.

Diversos artigos apontam a falta de ações articuladas entre as instâncias do SUS e esses órgãos, constatando inclusive as disputas entre setores do próprio Estado, por conta de suas atribuições conflitantes e de concepções divergentes, levando inclusive à falta de compartilhamento de informações (DIAS; HOEFEL, 2005; FACCHINI et al., 2005; GALDINO; SANTANA; FERRITE, 2012; LACAZ, 1997;

³⁸ Adotamos aqui as denominações mais frequentes ao longo do período de publicação dos artigos estudados. No presente momento, tanto as antigas DRTs (atualmente denominadas Agências Regionais do Trabalho e Emprego) quanto o INSS são vinculados ao Ministério da Economia, criado pela Medida Provisória 870/2019 (BRASIL, 2019b).

MACHADO, 2005; MINAYO-GOMEZ; LACAZ, 2005; OLIVEIRA; VASCONCELLOS, 1992; VASCONCELLOS; MINAYO-GOMEZ; MACHADO, 2014).

Nesse sentido, Lacaz (1997) apresenta um elemento histórico relevante: relata que a principal resolução da II Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, realizada em 1994, foi a *unificação no SUS* de todas as ações de saúde do trabalhador. Embora vitoriosa, essa proposta enfrentou resistência dos representantes do Ministério do Trabalho já na própria conferência, e nunca chegou a ser efetivada.

O artigo de Miranda e Dias (2004) é o único que trata especificamente o papel da inspeção do trabalho, área de atuação de ambos os autores (médicos do trabalho e auditores fiscais lotados na DRT de Salvador – BA).

Os autores avaliam de forma positiva a legislação que exige a implementação pelas empresas do Programa de Prevenção de Riscos Ambientais (PPRA) e do Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO), mas constataam que há sérias dificuldades estruturais para que as DRT efetivem a inspeção do trabalho com ênfase nesses programas. Uma amostra aleatória de 20 empresas auditadas mostrou inconsistências em grande parte delas, e constatou que em nenhuma houve controle social – entendido aqui como participação dos trabalhadores ou de seu sindicato – na elaboração dos programas.

Já a previdência social é tema específico de dois artigos: Takahashi e Iguti (2008) relatam o desmonte da estrutura que havia no INSS para reabilitação profissional, levando à desassistência dos segurados acidentados e adoecidos.

As autoras correlacionam esse desmonte com a implantação do receituário neoliberal, entendido como uma resposta do capital a sua crise em escala global. Afirmam ainda que o ideário neoliberal prescreve também a reestruturação produtiva e a desregulamentação do trabalho, com impactos sociais negativos.

Já Pinto Júnior, Braga e Roselli-Cruz (2012) analisam a prática da perícia médica dentro do INSS, responsável pela concessão ou negativa de benefícios e pelo estabelecimento de nexos causais entre incapacidade e trabalho.

A partir da criação formal da Diretoria de Saúde do Trabalhador (DIRSAT) no instituto, os autores constataam que o INSS poderia contribuir de forma concreta para a reversão das tendências de adoecimento relacionado ao trabalho, caso atuasse de forma integrada com o SUS e o Ministério do Trabalho. Porém, avaliam que ainda não são percebidos concretamente os efeitos da mudança institucional, e questionam se a criação da DIRSAT constitui uma proposta efetiva ou apenas uma mudança retórica.

Ainda com relação à previdência social, o artigo de Cabral, Soler e Lopes (2014) analisa a legislação que trata dos acidentes de trabalho e das doenças ocupacionais, constatando que há inadequações que favorecem a subnotificação. Os autores fazem a proposta de alterar a legislação de forma a incluir um terceiro tipo de acidente de trabalho – o *acidente de dupla espécie*, que corresponderia à situação em que uma doença ocupacional ocorre como consequência a longo prazo de um evento traumático ocorrido. Um exemplo apresentado pelos autores é o desenvolvimento de transtorno de estresse pós-traumático em trabalhadores que tenham vivenciado um evento catastrófico.

O artigo de Ferreira e Anjos (2001) aborda a relação entre a Saúde do Trabalhador e as políticas públicas de limpeza urbana, tendo em vista a exposição a agentes nocivos (físicos, químicos e biológicos) que afetam tanto os trabalhadores envolvidos diretamente (catadores e coletores de lixo) quanto a população em geral, particularmente aquela que vive em condições mais precárias.

Por fim, os artigos de Druck (2016) e Leão (2016) abordam dois desafios que o mundo do trabalho apresenta ao setor saúde. O primeiro trata da possível alteração na legislação federal trabalhista, possibilitando aos empregadores a terceirização irrestrita de qualquer atividade (e não apenas das *atividades-meio*)³⁹, e o segundo aborda a persistência do trabalho escravo no Brasil e no mundo, provocando o SUS a tratá-lo como *problema de saúde pública* de forma mais estruturada.

3.2 BALANÇO CRÍTICO

Neste capítulo procuramos apresentar os artigos que tratam especificamente das políticas públicas relacionadas à Saúde do Trabalhador, com ênfase no Sistema Único de Saúde (SUS).

³⁹ Embora o Projeto de Lei da Câmara dos Deputados 4.330/2004 (de que trata o artigo) ainda não tenha sido votado pelo Senado Federal, entre 2017 e 2018 a terceirização irrestrita ganhou força com a promulgação da Lei Federal 13.429/2017 e com o julgamento pelo Supremo Tribunal Federal da Ação de Descumprimento de Preceito Fundamental 324, que revogou trechos da Súmula 331 do Tribunal Superior do Trabalho (DANTAS; FIGUEIREDO, 2018).

Para isso, agrupamos os artigos segundo categorias: antecedentes históricos da política de Saúde do Trabalhador; a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) e a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT); o papel da Atenção Primária à Saúde (APS); os desafios estruturais do SUS; a atuação intersetorial.

Notamos que os artigos que abordam o tema da RENAST o fazem de forma mais descritiva do que crítica. A título de exemplo, há menções ao número de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) habilitados a cada ano, mas sem uma avaliação de quantos CEREST seriam necessários para garantir a cobertura total da população trabalhadora brasileira.

Ainda quanto aos CEREST, um estudo mediu seu impacto no número de notificações de acidentes de trabalho, correlacionando-o com o grau de efetiva implantação dos serviços. Outro artigo menciona que os CEREST deveriam ser *núcleos irradiadores da cultura da centralidade do trabalho*, sem explicar como isso aconteceria.

No mesmo sentido, os artigos que abordam a PNSTT citam que houve grande demora na sua elaboração (proposta inicialmente em 1986, publicada em 2012), mas não aprofundam as razões para que isso tenha ocorrido. A PNSTT teria ênfase na Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT), mas esta é apresentada como frágil em termos institucionais.

Já o papel da APS é tratado nos artigos sem levar em conta que a população trabalhadora já é atendida por esses serviços, como se as questões relacionadas ao trabalho pudessem constituir mais uma atribuição para as equipes.

Entendemos que o maior desafio é no sentido oposto: que os trabalhadores da APS compreendam a centralidade do trabalho e a determinação social da saúde, e levem o *trabalho* em conta a todo momento, em todos os atendimentos – e não somente como mais um programa, voltado para uma população específica.

Quanto aos desafios estruturais do SUS, constatamos que o tema é abordado de forma fragmentada e superficial na base de artigos estudada. O subfinanciamento, problema central, é citado pontualmente; o mesmo ocorre com a precarização do trabalho e com o caráter marginal que a Saúde do Trabalhador tem dentro do sistema.

A fragilidade do controle social aparece com maior frequência, por vezes relacionada às mudanças no mundo do trabalho e às contradições do movimento sindical. Porém, entendemos que falta um diagnóstico mais preciso quanto às graves

carências do SUS, que nunca foi efetivamente implementado e que se encontra cada vez mais ameaçado de desmonte.

Uma consequência desse desmonte, não abordada nos artigos mas que consideramos de grande relevância, é a migração de parcelas significativas da população trabalhadora para os serviços de saúde suplementares ou privados. Ainda que heterogênea entre regiões e categorias, entendemos que há muitos trabalhadores que só são atendidos pelo SUS pontualmente, limitando as possibilidades de vigilância.

Outra omissão que notamos foi quanto às amplas atribuições previstas pela Lei Federal 8.080/1990 em termos de Saúde do Trabalhador, que prevê não apenas a assistência e a vigilância, mas também a avaliação do impacto das tecnologias à saúde, a informação a trabalhadores e sindicatos sobre riscos, e o controle dos serviços de saúde do trabalhador das empresas (BRASIL, 1990).

Por fim, os poucos artigos que abordam a atuação do Estado para além do setor saúde (envolvendo principalmente previdência e inspeção do trabalho) apresentam um panorama interessante da desarticulação entre os setores, com alguns elementos históricos e de disputa entre as instituições. Entendemos que esse tema merece mais estudos, de forma a compreender em sua totalidade a atuação estatal sobre o mundo do trabalho.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo central do presente estudo foi caracterizar o debate vigente no campo da Saúde Coletiva e no Sistema Único de Saúde (SUS) sobre a questão do trabalho – tanto em termos de elaboração teórica, quanto na formulação e avaliação de políticas públicas.

Partimos da hipótese de que o trabalho é fator central na determinação social da saúde, ao mesmo tempo em que a atuação estatal no sentido de combater o sofrimento e o adoecimento causados pelo trabalho é precária e insuficiente. Também consideramos que o campo da Saúde Coletiva vem se afastando do debate sobre o trabalho em uma perspectiva emancipatória.

Adotamos como referencial teórico o pensamento marxista, assim como a defesa da centralidade do trabalho. Assim, no primeiro capítulo apresentamos uma síntese do debate sobre o fim do trabalho e algumas categorias propostas por Marx para compreender o trabalho em geral (ser social, processo de trabalho, desenvolvimento das forças produtivas) e o trabalho no capitalismo (mercadoria, valor de uso, valor de troca, trabalho concreto, trabalho abstrato, dinheiro, força de trabalho, mais-valia/mais-valor, luta de classes).

Ainda no primeiro capítulo, apresentamos algumas das transformações que ocorreram no mundo do trabalho desde o século XIX, chegando aos debates contemporâneos sobre a reestruturação produtiva, a indústria de serviços e a mercadorização de serviços públicos. A seguir, caracterizamos o processo de desgaste e a determinação social da saúde.

Para estudar o debate vigente no campo da Saúde Coletiva, optamos por fazer um levantamento sistemático de artigos científicos, apresentados na forma de revisão narrativa. Selecionamos três periódicos que consideramos representativos do conjunto do campo, e buscamos artigos utilizando o descritor *Saúde do Trabalhador*.

Obtivemos assim uma base de 190 artigos, dos quais 53 foram classificados como de debate teórico. Chegamos assim a uma base bibliográfica significativa, embora não represente a totalidade da produção do campo sobre o tema.

Vale ressaltar que estudamos somente artigos científicos publicados nessas três revistas, deixando de lado outras publicações e outras formas de produção do campo, como normas, protocolos, livros, teses e dissertações, o que certamente constitui uma limitação e possivelmente um viés desta pesquisa.

Os 53 artigos selecionados para a revisão narrativa foram apresentados em dois capítulos: *A questão do trabalho na produção científica da Saúde Coletiva* (capítulo 2), abrangendo os 34 artigos propriamente teóricos, e *O Sistema Único de Saúde e a questão do trabalho* (capítulo 3), elaborado a partir dos 19 artigos que tratam especificamente do SUS e de outras políticas públicas sobre trabalho.

No capítulo 2, identificamos um relevante debate sobre a constituição do campo interdisciplinar denominado Saúde do Trabalhador – mas verificamos que foi pouco abordada a relação entre ele e o campo mais abrangente da Saúde Coletiva.

Além disso, ressaltamos a pertinência da crítica feita por Minayo-Gomez e Lacaz (2005), para quem faltam instrumentos que possam compreender a totalidade heterogênea do mundo do trabalho contemporâneo.

Verificamos que os artigos sobre gênero são os que mais buscam uma compreensão histórica, articulando os processos de divisão sexual do trabalho e divisão social do trabalho. Por outro lado, notamos a ausência de menções à desigualdade racial, muito relevante no mundo do trabalho no Brasil.

Constatamos que os artigos sobre a questão ambiental apontam para a racionalidade econômica do capital, que causa danos à saúde dos trabalhadores e ao ambiente. Porém, verificamos que esse diagnóstico é acompanhado de propostas que não levam em conta os interesses antagônicos entre capital e trabalho, como se bastasse um diálogo amplo e intersetorial para que a produção se tornasse segura.

Destacamos também o debate sobre a determinação social da saúde, que aparece pouco na base estudada, ao mesmo tempo em que muitos artigos adotam o termo determinantes sociais sem maior reflexão. Entendemos que a Saúde Coletiva deixa de revidincar a centralidade do trabalho quando se afasta da teoria da determinação social da saúde.

No mesmo sentido, embora diversos artigos mencionem a categoria *processo de trabalho*, há poucas referências à obra de Marx e aos autores da Sociologia do Trabalho. Entendemos que esse referencial teórico pode contribuir de forma significativa para a compreensão da questão do trabalho em uma perspectiva emancipatória.

No capítulo 3, verificamos que o debate sobre a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) e sobre a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT) aparece nos artigos de forma mais descritiva do que crítica, abordando pouco a precariedade e a insuficiência da atenção à saúde

dos trabalhadores. Já o papel da Atenção Primária à Saúde (APS) é mencionado sem levar em conta que a população trabalhadora já é atendida por esses serviços, como se as questões relacionadas ao trabalho pudessem constituir mais uma atribuição para as equipes.

Os desafios estruturais do SUS são abordados de forma fragmentada e superficial: o subfinanciamento é citado pontualmente, assim como a precarização do trabalho e o caráter marginal que a Saúde do Trabalhador tem dentro do sistema. A fragilidade do controle social aparece com maior frequência, por vezes relacionada às características do mundo do trabalho contemporâneo e às contradições do movimento sindical.

Por fim, os artigos sobre a atuação de outros setores do Estado brasileiro sobre a Saúde do Trabalhador (notadamente previdência social e inspeção do trabalho) apresentam um panorama interessante da desarticulação entre os setores, com alguns elementos históricos e de disputa entre as instituições, mas não analisam de forma mais ampla as contradições da atuação estatal no capitalismo contemporâneo.

Retomando as palavras de Rosa Luxemburgo na epígrafe desta dissertação, consideramos que é necessário retomar a articulação entre a Reforma Sanitária Brasileira (RSB) e a perspectiva revolucionária, entendida aqui como superação do modo de produção capitalista.

Não se trata apenas de tomar o poder, e sim de *abolir o sistema salarial*, em que a imensa maioria da população depende da venda de sua força de trabalho para sobreviver. É essa a maior consequência política da reafirmação da centralidade do trabalho e da determinação social da saúde.

O momento histórico em que o SUS foi criado coincide com o fim da experiência socialista soviética, que deu novo fôlego ao capitalismo. Nesse cenário, é compreensível que muitos dos que formularam a RSB tenham aderido à disputa institucional, conformados com a perspectiva de *humanizar* o capitalismo.

Porém, também na epígrafe, Hobsbawn nos lembra que o capitalismo não deve ser eterno. Ainda que nossa geração não consiga vislumbrar sua superação na prática, pelo menos em termos teóricos podemos (e devemos) fazê-lo.

Afinal, “não estamos condenados a viver neste modo de produção, assim como os animais irracionais estão presos aos limites de seus instintos” (ALBUQUERQUE; SILVA, 2014, p. 962).

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, G. S. C. DE; SILVA, M. J. DE S. E. Sobre a saúde, os determinantes da saúde e a determinação social da saúde. **Saúde em Debate**, v. 38, n. 103, p. 953–965, 2014.
- ALMEIDA, R. DA S. Determinismo versus autonomia: a saúde dos trabalhadores como um campo de luta entre classes sociais. **Revista Virtual Textos & Contextos**, v. 3, 2004.
- ALVES, G. O adoecimento do trabalho como falha metabólica do Capital. In: NAVARRO, V. L.; LOURENÇO, E. Â. **O Averso do Trabalho III: saúde do trabalhador e questões contemporâneas**. São Paulo: Outras Expressões, 2013.
- ALVES, R. B. Vigilância em saúde do trabalhador e promoção da saúde: aproximações possíveis e desafios. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 19, n. 1, p. 319–322, 2003.
- ANTUNES, R. **O novo sindicalismo no Brasil**. Campinas: Pontes, 1995.
- ANTUNES, R. **Adeus ao Trabalho? Ensaio sobre as Metamorfoses e a Centralidade do Mundo do Trabalho**. Campinas: Cortez, 2006.
- ANTUNES, R.; ALVES, G. As mutações no mundo do trabalho na era da mundialização do capital. **Educação & Sociedade**, v. 25, n. 87, p. 335–351, 2004.
- AQUINO, E. M. L. DE; MENEZES, G. M. DE S.; MARINHO, L. F. B. Mulher, saúde e trabalho no Brasil: desafios para um novo agir. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 11, n. 2, p. 281–290, 1995.
- ARAÚJO, R. M. DE L. A Respeito da Centralidade do Trabalho. **Ver a Educação (UFPA)**, v. 5, n. 1, p. 7–23, 1999.
- AROUCA, A. S. DA S. **O Dilema Preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva**. Campinas: Universidade Estadual de Campinas, 1975.
- AUGUSTO, A. G. O fim da centralidade do trabalho? **Pesquisa & Debate**, v. 9, n. 2(14), p. 87–104, 1998.
- BEHRING, E. R. **Brasil em contra-reforma**. São Paulo: Cortez, 2003.
- BEHRING, E. R. Rotação do capital e crise: fundamentos para compreender o fundo público e a política social. In: SALVADOR, E. et al. **Financeirização, fundo público e política social**. São Paulo: Cortez, 2012.
- BERLINGUER, G. **A saúde nas fábricas**. São Paulo: CEBES-Hucitec-Oboré, 1983.
- BERNARDO, W. M.; NOBRE, M. R. C.; JATENE, F. B. A Prática Clínica Baseada em Evidências. Parte II - Buscando as Evidências em Fontes de Informação. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 50, n. 1, p. 104–8, 2004.

- BOSCHETTI, I. **Assistência social e trabalho no capitalismo**. São Paulo: Cortez, 2016.
- BOTTOMORE, T. **Dicionário do Pensamento Marxista**. Rio de Janeiro: Zahar, 2012.
- BRANT, L. C.; MINAYO-GOMEZ, C. A transformação do sofrimento em adoecimento: do nascimento da clínica à psicodinâmica do trabalho. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 1, p. 213–223, 2004.
- BRASIL. **8ª Conferência Nacional de Saúde: Relatório Final**, 1986. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/relatorios/relatorio_8.pdf>. Acesso em: 26 fev. 2018
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm>. Acesso em: 26 fev. 2018
- BRASIL. **Lei Federal 8.080/1990**, 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 26 fev. 2018
- BRASIL. **Instrução Normativa 98 INSS/DC, de 05/12/2003**, 2003. Disponível em: <<http://sislex.previdencia.gov.br/paginas/38/INSS-DC/2003/98.htm>>. Acesso em: 26 fev. 2018
- BRASIL. **Portaria 1.823, de 23/08/2012**, 2012. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823_23_08_2012.html>
- BRASIL. **Portaria 2.436, de 21/09/2017**, 2017.
- BRASIL. **Medida Provisória 873/2019**, 2019a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2019/Mpv/mpv873.htm>
- BRASIL. **Medida Provisória 870/2019**, 2019b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2019/Mpv/mpv870.htm>
- BRAVERMAN, H. **Trabalho e Capitalista Monopolista: a degradação do trabalho no século XX**. Rio de Janeiro: Guanabara, 1987.
- BREILH, J. La Determinación Social de la Salud como herramienta de transformación hacia una nueva Salud Pública (Salud Colectiva). **Revista Fac. Nac. Salud Pública**, v. 31, n. supl 1, p. 13–27, 2013.
- BRITO, J. C. DE. Enfoque de gênero e relação saúde/trabalho no contexto de reestruturação produtiva e precarização do trabalho. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 16, n. 1, p. 195–204, 2000.
- BRITO, J. C. DE; D'ACRI, V. Referencial de análise para o Estudo da Relação Trabalho, Mulher e Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 7, n. 2, p. 201–214, 1991.
- BRITO, J. Uma proposta de vigilância em saúde do trabalhador com a ótica de gênero. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 13, n. Supl. 2, p. 141–144, 1997.

BRITO, J. Trabalho e Saúde Coletiva: o ponto de vista da atividade e das relações de gênero. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 4, p. 879–890, 2005.

CABRAL, L. A. A.; SOLER, Z. A. S. G.; LOPES, J. C. “Acidente de dupla espécie”: uma terceira espécie de acidente do trabalho e sua importância para a vigilância em saúde do trabalhador. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 12, p. 4699–4708, 2014.

CAMPOS, G. W. DE S. Saúde pública e saúde coletiva : campo e núcleo de saberes e práticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, n. 2, p. 219–230, 2000.

CARDOSO, F. M. **A Saúde entre os negócios e a questão social: privatização, modernização e segregação na ditadura civil-militar (1964-1985)**. São Paulo: Hucitec, 2013.

CARDOSO, L. A. A categoria trabalho no capitalismo contemporâneo. **Tempo Social, revista de sociologia da USP**, v. v. 23, n. n. 2, p. 265–295, 2011.

CATTANI, A. D. Taylorismo. In: CATTANI, A. D. (Ed.). **Dicionário Crítico sobre Trabalho e Tecnologia**. Petrópolis, Porto Alegre: Vozes, UFRGS, 2002.

CAVALCANTE, M. V. DA S.; LIMA, T. C. S. DE. A precarização do trabalho na atenção básica em saúde: relato de experiência. **Argumentum**, v. 5, n. 1, p. 235–256, 2013.

CHESNAIS, F. O Capital Portador de Juros: Acumulação, Internacionalização, Efeitos Econômicos e Políticos. In: CHESNAIS, F. **A Finança Mundializada: Raízes Sociais e Políticas, Configurações, Consequências**. São Paulo: Boitempo, 2005.

CHIAVEGATO FILHO, L. G.; NAVARRO, V. L. A ideologia gerencialista no Sistema Único de Saúde (SUS): a organização do trabalho de médicos. **Psicologia em Revista**, v. 20, n. 1, p. 96–115, 2014.

COHN, A.; MARSIGLIA, R. G. Processo e Organização do Trabalho. In: ROCHA, L. E.; RIGOTTO, R. M.; BUSCHINELLI, J. T. P. **Isto é trabalho de gente?** São Paulo: Vozes, 1994.

DANTAS, A. F.; FIGUEIREDO, E. J. **Terceirização da atividade-fim e os impactos na relação empregatícia**. Disponível em: <<https://www.migalhas.com.br/dePeso/16,MI287461,41046-Terceirizacao+da+atividadefim+e+os+impactos+na+relacao+empregaticia>>. Acesso em: 28 mar. 2019.

DANTAS, A. V. **Do Socialismo à Democracia: dilemas da classe trabalhadora no Brasil recente e o lugar da Reforma Sanitária Brasileira**. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2014.

DEPPE, H. Novas Técnicas, Medicina do Trabalho e Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 6, n. 4, p. 422–443, 1990.

DIAS, E. C. et al. Saúde ambiental e saúde do trabalhador na atenção primária à saúde, no SUS: oportunidades e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 6, p. 2061–2070, 2009.

DIAS, E. C.; HOEFEL, M. DA G. O desafio de implementar as ações de saúde do trabalhador no SUS: a estratégia da RENAST. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 4, p. 817–828, 2005.

DOBBS, R. et al. **The World at Work: Jobs, Pay and Skills for 3.5 Billion People**. New York: McKinsey Global Institute, 2012.

DONNANGELO, M. C. F. **Saúde e Sociedade**. São Paulo: Duas Cidades, 1976.

DRUCK, G. A Precarização Social do Trabalho no Brasil: alguns indicadores. In: ANTUNES, R. (Ed.). **Riqueza e Miséria do Trabalho no Brasil II**. São Paulo: Boitempo, 2013.

DRUCK, G. Unrestrained outsourcing in Brazil: more precarization and health risks for workers. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 32, n. 6, p. e00146315, 2016.

ENGELS, F. **Do socialismo utópico ao socialismo científico**. Lisboa: Estampa, 1976.

ENGELS, F. **A situação da classe trabalhadora na Inglaterra**. São Paulo: Boitempo, 2008.

FACCHINI, L. A. et al. Sistema de Informação em Saúde do Trabalhador: desafios e perspectivas para o SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 4, p. 857–867, 2005.

FERREIRA, J. A.; ANJOS, L. A. Aspectos de saúde coletiva e ocupacional associados à gestão dos resíduos sólidos municipais. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 17, n. 3, p. 689–696, 2001.

FICO, C. Ditadura militar brasileira: Aproximações teóricas e historiográficas. **Tempo e Argumento**, v. 9, n. 20, p. 5–74, 2017.

FLEURY, S.; CARVALHO, A. I. Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). In: **Dicionário Histórico-Biográfico Brasileiro – Pós-1930**. Rio de Janeiro: CPDOC, 2010.

FNCPS - FRENTE NACIONAL CONTRA A PRIVATIZAÇÃO DA SAÚDE. **Nota da Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde à 15a Conferência Nacional de Saúde**, 2015. Disponível em: <<http://www.contraprivatizacao.com.br/p/materiais.html>>. Acesso em: 26 fev. 2018

FRANCO, T.; DRUCK, G. Padrões de industrialização, riscos e meio ambiente. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 3, n. 2, p. 61–72, 1998.

FRANCO, T.; DRUCK, G.; SELIGMANN-SILVA, E. As novas relações de trabalho, o desgaste mental do trabalhador e os transtornos mentais no trabalho precarizado. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 35, n. 122, p. 229–248, 2010.

FREIRE, P. A. Assédio Moral e Saúde do Trabalhador. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 6, n. 2, p. 367–380, 2008.

GALDINO, A.; SANTANA, V. S.; FERRITE, S. Os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador e a notificação de acidentes de trabalho no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, n. 1, p. 145–159, 2012.

GARÇONI, I. Guerra à Pesquisa: aqui estão os números que o governo escondeu e que mostram que não há epidemia de drogas no Brasil. **The Intercept_ Brasil**, 2019.

GORENDER, J. Apresentação. In: MARX, K. **O Capital: Crítica da economia política, Livro I: O processo de produção do capital**. São Paulo: Boitempo, 2013.

GOUNET, T. **Fordismo e Toyotismo na Civilização do Automóvel**. São Paulo: Boitempo, 1999.

HUWS, U. Vida, Trabalho e valor no século XXI: Desfazendo o nó. **Caderno CRH**, v. 27, n. 70, p. 13–30, 2014.

ISER, B. P. M. et al. Prevalência de diabetes autorreferido no Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde 2013. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 24, n. 2, p. 305–314, 2015.

JACQUES, C. C.; MILANEZ, B.; MATTOS, R. DE C. O. DA C. Indicadores para Centros de Referência em Saúde do Trabalhador: proposição de um sistema de acompanhamento de serviços de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 2, p. 369–378, 2012.

JACQUES, M. D. G. O nexos causal em saúde/doença mental no trabalho: uma demanda para a Psicologia. **Psicologia & Sociedade**, v. 19, p. 112–119, 2007.

KEPPLER, I. L. DOS S. **A atuação dos psicólogos nos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador**. Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 2015.

LACAZ, F. A. DE C. Saúde dos trabalhadores: cenário e desafios. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 13, n. suppl 2, p. S07-S19, 1997.

LACAZ, F. A. DE C. O campo Saúde do Trabalhador: resgatando conhecimentos e práticas sobre as relações trabalho-saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n. 4, p. 757–766, 2007.

LACAZ, F. A. DE C.; FLÓRIO, S. M. R. Controle social, mundo do trabalho e as Conferências Nacionais de Saúde da virada do século XX. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 6, p. 2123–2134, 2009.

LARANGEIRA, S. M. G. Fordismo e Pós-Fordismo. In: CATTANI, A. D. **Dicionário Crítico sobre Trabalho e Tecnologia**. Petrópolis, Porto Alegre: Vozes, UFRGS, 2002.

LAURELL, A. C.; NORIEGA, M. **Processo de Produção e Saúde: Trabalho e Desgaste Operário**. São Paulo: Hucitec, 1989.

LEÃO, L. H. DA C. Trabalho escravo contemporâneo como um problema de saúde pública. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 12, p. 3927–3936, 2016.

LEÃO, L. H. DA C.; MINAYO-GOMEZ, C. A questão da saúde mental na vigilância em saúde do trabalhador. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 12, p. 4649–4658, 2014.

LESSA, S. **O Processo de Produção/Reprodução Social; Trabalho e Sociabilidade**, 1999. Disponível em: <http://sergiolessa.com.br/uploads/7/1/3/3/71338853/producao_reproduca0_1999.pdf>. Acesso em: 26 fev. 2018

LESSA, S. **Mundo dos Homens: trabalho e ser social**. São Paulo: Instituto Lukács, 2012.

LOPES, I. DE O. **O discurso da Comissão dos Determinantes Sociais da Saúde: avanço político ou mudança retórica?** São Paulo: Universidade de São Paulo, 2017.

MACHADO, J. M. H. A propósito da Vigilância em Saúde do Trabalhador. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 4, p. 987–992, 2005.

MAENO, M. **Perícia ou imperícia. Laudos da Justiça do Trabalho sobre LER / Dort**. [s.l.] Universidade de São Paulo, 2018.

MAIA, A. L. S. et al. **Acidentes de trabalho no Brasil em 2013: comparação entre dados selecionados da Pesquisa Nacional de Saúde do IBGE (PNS) e do Anuário Estatístico da Previdência Social (AEPS) do Ministério da Previdência Social**. São Paulo: Fundacentro, 2015.

MARQUES, R. M. Notas exploratórias sobre as razões do subfinanciamento estrutural do SUS. **Planejamento e políticas públicas**, v. 49, p. 35–53, 2017.

MARQUES, R. M.; MENDES, A. A problemática do financiamento da saúde pública brasileira: de 1985 a 2008. **Economia e Sociedade**, v. 21, n. 2(45), p. 345–362, 2012.

MARX, K. **O Capital: Crítica da economia política, Livro I: O processo de produção do capital**. São Paulo: Boitempo, 2013.

MATTA, G. C.; MOROSINI, M. V. G. Atenção Primária à Saúde. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008.

MENDES-GONÇALVES, R. B. **Medicina e História: raízes sociais do trabalho médico**. São Paulo: Universidade de São Paulo, 1979.

MENDES, A. A saúde pública brasileira no contexto da crise do Estado ou do capitalismo? **Saúde e Sociedade**, v. 24, p. 66–81, 2015.

MENDES, A.; FUNCIA, F. O SUS e seu financiamento. In: MARQUES, R. M.; PIOLA, S. F.; ROA, A. C. **Sistema de saúde no Brasil: organização e financiamento**. Brasília: Abres/MS/OPAS, 2016. v. 1p. 139–168.

MENDES, R. Produção científica brasileira sobre saúde e trabalho, publicada na forma de Dissertações de Mestrado e Teses de Doutorado, 1950-2002. **Revista Brasileira de Medicina do Trabalho**, v. 1, n. 2, p. 87–118, 2003.

MENDES, R.; DIAS, E. C. Da Medicina do Trabalho à Saúde do Trabalhador. **Revista de Saúde Pública**, v. 25, n. 5, p. 341–349, 1991.

MENDONÇA, R. “Você não presta para nada”: a rotina de estresse, xingamentos e pressão dos atendentes de telemarketing. **BBC News Brasil**, 2018.

MINAYO-GOMEZ, C.; LACAZ, F. A. DE C. Saúde do trabalhador: novas-velhas questões. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 4, p. 797–807, 2005.

MINAYO-GOMEZ, C.; THEDIM-COSTA, S. M. D. F. Incorporação das ciências sociais na produção de conhecimentos sobre trabalho e saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 8, n. 1, p. 125–136, 2003.

MINAYO-GOMEZ, C.; THEDIM-COSTA, S. M. DA F. A construção do campo da saúde do trabalhador: percurso e dilemas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 13, p. 21–32, 1997.

MINAYO, M. C. DE S.; GUALHANO, L. Importância das Revistas de Saúde Pública/Saúde Coletiva para o SUS e para a Ciência Brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 7, 2015.

MIRANDA, C. R.; DIAS, C. R. PPRA/PCMSO: auditoria, inspeção do trabalho e controle social. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n. 1, p. 224–232, 2004.

MUNTANER, C. Global precarious employment and health inequalities: working conditions, social class, or precariat? **Cadernos de Saúde Pública**, v. 32, n. 6, p. e00162215, 2016.

NAVARRO, V. L.; PADILHA, V. Dilemas do Trabalho no Capitalismo Contemporâneo. **Psicologia & Sociedade**, v. 19, n. 1, p. 14–20, 2007.

NETTO, J. P.; BRAZ, M. **Economia Política: uma introdução crítica**. São Paulo: Cortez, 2012.

ODDONE, I.; MARRI, G.; GLORIA, S. **Ambiente de trabalho: a luta dos trabalhadores pela saúde**. São Paulo: Hucitec, 1986.

OLIVEIRA, M. H. B. DE et al. Análise comparativa dos dispositivos de saúde do trabalhador nas constituições estaduais brasileiras. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 13, n. 3, p. 425–433, 1997.

OLIVEIRA, M. H. B. DE; VASCONCELLOS, L. C. F. DE. Política de Saúde do Trabalhador no Brasil: Muitas Questões Sem Respostas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 8, n. 2, p. 150–156, 1992.

PAIM, J. S. **Reforma Sanitária Brasileira: Contribuição para a compreensão e crítica**. Salvador, Rio de Janeiro: Edufba, Editora Fiocruz, 2008.

PERITO, R. V. **A Crítica da Economia Política da Saúde Pública: os limites da Saúde como direito social**. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2017.

- PINTO JÚNIOR, A. G.; BRAGA, A. M. C. B.; ROSELLI-CRUZ, A. Evolução da saúde do trabalhador na perícia médica previdenciária no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 10, p. 2841–2849, 2012.
- PINTO, L. F.; GIOVANELLA, L. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1903–1913, 2018.
- PORTO, M. F. DE S. Saúde do trabalhador e o desafio ambiental: contribuições do enfoque ecossocial, da ecologia política e do movimento pela justiça ambiental. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 4, p. 829–839, 2005.
- PORTO, M. F. DE S.; ALMEIDA, G. E. S. DE. Significados e limites das estratégias de integração disciplinar: uma reflexão sobre as contribuições da saúde do trabalhador. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 7, n. 2, p. 335–347, 2002.
- PORTO, M. F. DE S.; FREITAS, C. M. DE. Análise de riscos tecnológicos ambientais: perspectivas para o campo da saúde do trabalhador. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 13, n. Supl. 2, p. 59–72, 1997.
- RAMMINGER, T.; ATHAYDE, M. R. C. DE; BRITO, J. Ampliando o diálogo entre trabalhadores e profissionais de pesquisa: alguns métodos de pesquisa-intervenção para o campo da Saúde do Trabalhador. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 11, p. 3191–3202, 2013.
- RIBEIRO, H. P. Lesões por Esforços Repetitivos (LER): uma doença emblemática. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 13, n. Supl. 2, p. 85–93, 1997.
- RIBEIRO, H. P. **A Violência Oculta do Trabalho: as Lesões por Esforços Repetitivos**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999.
- ROTHER, E. T. Revisão Sistemática X Revisão Narrativa. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 20, n. 2, p. v–vi, 2007.
- SALAZAR, S. N. A centralidade da categoria trabalho na contemporaneidade. **Revista Em Debate**, 2009.
- SANTOS, A. L.; RIGOTTO, R. M. Território e Territorialização: incorporando as relações produção, trabalho, ambiente e saúde na Atenção Básica à Saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 8, n. 3, p. 387–406, 2010.
- SANTOS, N. R. DOS. SUS, política pública de Estado: seu desenvolvimento instituído e instituinte e a busca de saídas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 1, p. 273–280, 2013.
- SANTOS, J. A. **O SUS e a contra-reforma do Estado a partir de 1990: a ampliação do processo de privatização da saúde pública no Brasil**. Campinas: Universidade Estadual de Campinas, 2016.
- SANTOS, V. O. A vigência da centralidade da categoria trabalho: uma oposição às teorias do fim do trabalho vivo e do fim de sua centralidade. **Revista Urutúgua**, v. 18, p. 167–175, 2009.

SANTOS, V. O. **Categorias marxianas fundamentais para do estudo do trabalho imaterial**. Campinas: Universidade Estadual de Campinas, 2012.

SATO, L. As implicações do conhecimento prático para a vigilância em saúde do trabalhador. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 12, n. 4, p. 489–495, 1996.

SATO, L. LER: objeto e pretexto para a construção do campo trabalho e saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 17, n. 1, p. 147–152, 2001.

SATO, L. Prevenção de agravos à saúde do trabalhador: replanejando o trabalho através das negociações cotidianas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 18, n. 5, p. 1147–1166, 2002.

SATO, L.; BERNARDO, M. H. Saúde mental e trabalho: os problemas que persistem. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 4, p. 869–878, 2005.

SCHRAIBER, L. B. **Educação médica e capitalismo: um estudo das relações educação e prática médica na ordem social capitalista**. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Abrasco, 1989.

SCHRAIBER, L. B. Saúde Coletiva: um campo vivo. In: **Reforma Sanitária Brasileira: Contribuição para a compreensão e crítica**. Salvador, Rio de Janeiro: Edufba, Editora Fiocruz, 2008.

SCHULTE, P. A.; SALAMANCA-BUENTELLO, F. Ethical and scientific issues of nanotechnology in the workplace. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 5, p. 1319–1332, 2007.

SILVA, J. M. DA et al. Agrotóxico e trabalho: uma combinação perigosa para a saúde do trabalhador rural. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 4, p. 891–903, 2005.

SILVA, M. J. DE S. E. **O conceito de saúde na Saúde Coletiva: contribuições a partir da crítica social e histórica à tomada do corpo e seu adoecimento na Medicina da modernidade**. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2017.

SILVA, M. L. L.; JESUS, J. C. L. Contrarreforma Trabalhista e Previdenciária: implicações para os trabalhadores. **Revista de Políticas Públicas**, v. 21, n. 2, p. 577–602, 2017.

SILVA, T. H. DOS S. **Força ou Consenso: a Reforma Sanitária Brasileira entre o Dilema Reformista e o Minotauro da Saúde**. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2016.

SOUTO MAIOR, J. L. ADI 1923: legitimação e ampliação da terceirização no setor público. **Carta Maior**, 2015.

SOUTO MAIOR, J. L. **MP 873: a exterminadora do futuro**. Disponível em: <<https://www.jorgesoutomaior.com/blog/mp-873-a-exterminadora-do-futuro%0A>>. Acesso em: 28 mar. 2019.

SOUZA, A. R. DE. A atualidade do americanismo e fordismo em Gramsci. **Revista Urutágua**, v. 9, 2006.

TAKAHASHI, M. A. B. C.; IGUTI, A. M. As mudanças nas práticas de reabilitação profissional da Previdência Social no Brasil: modernização ou enfraquecimento da proteção social? **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 11, p. 2661–2670, 2008.

TAMBELLINI, A. T.; CÂMARA, V. DE M. A temática saúde e ambiente no processo de desenvolvimento do campo da saúde coletiva: aspectos históricos, conceituais e metodológicos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 3, n. 2, p. 47–59, 1998.

THEME FILHA, M. M. et al. Prevalência de doenças crônicas não transmissíveis e associação com autoavaliação de saúde: Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 18, n. Suppl 2, p. 83–96, 2015.

TRT15 - TRIBUNAL REGIONAL DO TRABALHO DA 15ª REGIÃO. **Seminário Trabalho Seguro: Brasil ainda é um dos líderes em acidentes de trabalho**, 2015. Disponível em: <http://portal.trt15.jus.br/mais-noticias/-/asset_publisher/VIG0/content/id/2259511>. Acesso em: 26 fev. 2018

VASCONCELLOS, L. C. F. DE; MINAYO-GOMEZ, C.; MACHADO, J. M. H. Entre o definido e o por fazer na Vigilância em Saúde do trabalhador. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 12, p. 4617–4626, 2014.

VIDAL, M. C. A Materialidade da Organização do Trabalho como Objeto da Intervenção Ergonômica. In: **A danação do trabalho: organização do trabalho e sofrimento psíquico**. Rio de Janeiro: Editora TeCorá, 1997.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Definition and diagnosis of diabetes mellitus and intermediate hyperglycemia: Report of a WHO/IDF consultation**. [s.l.: s.n.]. Disponível em: <[https://www.who.int/diabetes/publications/Definition and diagnosis of diabetes_new.pdf](https://www.who.int/diabetes/publications/Definition_and_diagnosis_of_diabetes_new.pdf)>.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Use of Glycated Haemoglobin (HbA1c) in the Diagnosis of Diabetes Mellitus**. [s.l.: s.n.]. Disponível em: <https://www.who.int/diabetes/publications/report-hba1c_2011.pdf>.

APÊNDICE – LISTA DE ARTIGOS ESTUDADOS

APÊNDICE – LISTA DE ARTIGOS ESTUDADOS

ALVES, R. B. Vigilância em saúde do trabalhador e promoção da saúde: aproximações possíveis e desafios. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 19, n. 1, p. 319–322, 2003.

AQUINO, E. M. L. DE; MENEZES, G. M. DE S.; MARINHO, L. F. B. Mulher, saúde e trabalho no Brasil: desafios para um novo agir. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 11, n. 2, p. 281–290, 1995.

BAZZANI, L. C.; SÁNCHEZ, A. I. M. Workplace Health Promotion: a path to follow. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 6, p. 1909–1920, 2016.

BRANT, L. C.; MINAYO-GOMEZ, C. A transformação do sofrimento em adoecimento: do nascimento da clínica à psicodinâmica do trabalho. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 1, p. 213–223, 2004.

BRITO, J. C. DE. Enfoque de gênero e relação saúde/trabalho no contexto de reestruturação produtiva e precarização do trabalho. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 16, n. 1, p. 195–204, 2000.

BRITO, J. C. DE; D'ACRI, V. Referencial de análise para o Estudo da Relação Trabalho, Mulher e Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 7, n. 2, p. 201–214, 1991.

BRITO, J. Uma proposta de vigilância em saúde do trabalhador com a ótica de gênero. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 13, n. Supl. 2, p. 141–144, 1997.

BRITO, J. Trabalho e Saúde Coletiva: o ponto de vista da atividade e das relações de gênero. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 4, p. 879–890, 2005.

CABRAL, L. A. A.; SOLER, Z. A. S. G.; LOPES, J. C. “Acidente de dupla espécie”: uma terceira espécie de acidente do trabalho e sua importância para a vigilância em saúde do trabalhador. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 12, p. 4699–4708, 2014.

DEPPE, H. Novas Técnicas, Medicina do Trabalho e Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 6, n. 4, p. 422–443, 1990.

DIAS, E. C. et al. Saúde ambiental e saúde do trabalhador na atenção primária à saúde, no SUS: oportunidades e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 6, p. 2061–2070, 2009.

DIAS, E. C.; HOEFEL, M. DA G. O desafio de implementar as ações de saúde do trabalhador no SUS: a estratégia da RENAST. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 4, p. 817–828, 2005.

DRUCK, G. Unrestrained outsourcing in Brazil: more precarization and health risks for workers. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 32, n. 6, p. e00146315, 2016.

FACCHINI, L. A. et al. Sistema de Informação em Saúde do Trabalhador: desafios e perspectivas para o SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 4, p. 857–867, 2005.

FERREIRA, J. A.; ANJOS, L. A. Aspectos de saúde coletiva e ocupacional associados à gestão dos resíduos sólidos municipais. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 17, n. 3, p. 689–696, 2001.

FRANCO, T.; DRUCK, G. Padrões de industrialização, riscos e meio ambiente. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 3, n. 2, p. 61–72, 1998.

FRANCO, T.; DRUCK, G.; SELIGMANN-SILVA, E. As novas relações de trabalho, o desgaste mental do trabalhador e os transtornos mentais no trabalho precarizado. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 35, n. 122, p. 229–248, 2010.

FREIRE, P. A. Assédio Moral e Saúde do Trabalhador. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 6, n. 2, p. 367–380, 2008.

GALDINO, A.; SANTANA, V. S.; FERRITE, S. Os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador e a notificação de acidentes de trabalho no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, n. 1, p. 145–159, 2012.

GATTÁS, G. J. F.; SEGRE, M.; WÜNSCH FILHO, V. Genética, biologia molecular e ética: as relações trabalho e saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 7, n. 1, p. 159–167, 2002.

JACQUES, C. C.; MILANEZ, B.; MATTOS, R. DE C. O. DA C. Indicadores para Centros de Referência em Saúde do Trabalhador: proposição de um sistema de acompanhamento de serviços de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 2, p. 369–378, 2012.

LACAZ, F. A. DE C. Saúde dos trabalhadores: cenário e desafios. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 13, n. suppl 2, p. S07-S19, 1997.

LACAZ, F. A. DE C. O campo Saúde do Trabalhador: resgatando conhecimentos e práticas sobre as relações trabalho-saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n. 4, p. 757–766, 2007.

LACAZ, F. A. DE C.; FLÓRIO, S. M. R. Controle social, mundo do trabalho e as Conferências Nacionais de Saúde da virada do século XX. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 6, p. 2123–2134, 2009.

LEÃO, L. H. DA C. Trabalho escravo contemporâneo como um problema de saúde pública. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 12, p. 3927–3936, 2016.

LEÃO, L. H. DA C.; MINAYO-GOMEZ, C. A questão da saúde mental na vigilância em saúde do trabalhador. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 12, p. 4649–4658, 2014.

MACHADO, J. M. H. A propósito da Vigilância em Saúde do Trabalhador. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 4, p. 987–992, 2005.

MINAYO, M. C. DE S.; ADORNO, S. Risco e (in)segurança na missão policial. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 3, p. 585–593, 2013.

MINAYO-GOMEZ, C.; CARVALHO, S. M. T. M. DE. Social inequalities, labor, and health. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 9, n. 4, p. 498–503, 1993.

MINAYO-GOMEZ, C.; LACAZ, F. A. DE C. Saúde do trabalhador: novas-velhas questões. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 4, p. 797–807, 2005.

MINAYO-GOMEZ, C.; THEDIM-COSTA, S. M. D. F. Incorporação das ciências sociais na produção de conhecimentos sobre trabalho e saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 8, n. 1, p. 125–136, 2003.

MINAYO-GOMEZ, C.; THEDIM-COSTA, S. M. DA F. A construção do campo da saúde do trabalhador: percurso e dilemas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 13, p. 21–32, 1997.

MIRANDA, C. R.; DIAS, C. R. PPRA/PCMSO: auditoria, inspeção do trabalho e controle social. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n. 1, p. 224–232, 2004.

MUNTANER, C. Global precarious employment and health inequalities: working conditions, social class, or precariat? **Cadernos de Saúde Pública**, v. 32, n. 6, p. e00162215, 2016.

OLIVEIRA, M. H. B. DE et al. Análise comparativa dos dispositivos de saúde do trabalhador nas constituições estaduais brasileiras. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 13, n. 3, p. 425–433, 1997.

OLIVEIRA, M. H. B. DE; VASCONCELLOS, L. C. F. DE. Política de Saúde do Trabalhador no Brasil: Muitas Questões Sem Respostas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 8, n. 2, p. 150–156, 1992.

PINTO JÚNIOR, A. G.; BRAGA, A. M. C. B.; ROSELLI-CRUZ, A. Evolução da saúde do trabalhador na perícia médica previdenciária no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 10, p. 2841–2849, 2012.

PIVETTA, F. et al. Monitoramento biológico: conceitos e aplicações em saúde pública. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 17, n. 3, p. 545–554, 2001.

PORTO, M. F. DE S. Saúde do trabalhador e o desafio ambiental: contribuições do enfoque ecossocial, da ecologia política e do movimento pela justiça ambiental. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 4, p. 829–839, 2005.

PORTO, M. F. DE S.; ALMEIDA, G. E. S. DE. Significados e limites das estratégias de integração disciplinar: uma reflexão sobre as contribuições da saúde do trabalhador. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 7, n. 2, p. 335–347, 2002.

PORTO, M. F. DE S.; FREITAS, C. M. DE. Análise de riscos tecnológicos ambientais: perspectivas para o campo da saúde do trabalhador. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 13, n. Supl. 2, p. 59–72, 1997.

RAMMINGER, T.; ATHAYDE, M. R. C. DE; BRITO, J. Ampliando o diálogo entre trabalhadores e profissionais de pesquisa: alguns métodos de pesquisa-intervenção para o campo da Saúde do Trabalhador. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 11, p. 3191–3202, 2013.

SANTOS, A. L.; RIGOTTO, R. M. Território e Territorialização: incorporando as relações produção, trabalho, ambiente e saúde na Atenção Básica à Saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 8, n. 3, p. 387–406, 2010.

SATO, L. As implicações do conhecimento prático para a vigilância em saúde do trabalhador. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 12, n. 4, p. 489–495, 1996.

SATO, L. LER: objeto e pretexto para a construção do campo trabalho e saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 17, n. 1, p. 147–152, 2001.

SATO, L. Prevenção de agravos à saúde do trabalhador: replanejando o trabalho através das negociações cotidianas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 18, n. 5, p. 1147–1166, 2002.

SATO, L.; BERNARDO, M. H. Saúde mental e trabalho: os problemas que persistem. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 4, p. 869–878, 2005.

SCHULTE, P. A.; SALAMANCA-BUENTELLO, F. Ethical and scientific issues of nanotechnology in the workplace. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 5, p. 1319–1332, 2007.

SILVA, C. O. DA; RAMMINGER, T. O trabalho como operador de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 12, p. 4751–4758, 2014.

SILVA, J. M. DA et al. Agrotóxico e trabalho: uma combinação perigosa para a saúde do trabalhador rural. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 4, p. 891–903, 2005.

TAKAHASHI, M. A. B. C.; IGUTI, A. M. As mudanças nas práticas de reabilitação profissional da Previdência Social no Brasil: modernização ou enfraquecimento da proteção social? **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 11, p. 2661–2670, 2008.

TAMBELLINI, A. T.; CÂMARA, V. DE M. A temática saúde e ambiente no processo de desenvolvimento do campo da saúde coletiva: aspectos históricos, conceituais e metodológicos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 3, n. 2, p. 47–59, 1998.

VASCONCELLOS, L. C. F. DE; MINAYO-GOMEZ, C.; MACHADO, J. M. H. Entre o definido e o por fazer na Vigilância em Saúde do trabalhador. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 12, p. 4617–4626, 2014.

CURRÍCULOS LATTES



Francisco Mogadouro da Cunha


Endereço para acessar este CV: <http://lattes.cnpq.br/2592886005091096>

ID Lattes: **2592886005091096**

Última atualização do currículo em 01/06/2019

Estudante de Mestrado em Saúde Pública na Faculdade de Saúde Pública da USP, sob orientação do professor Áquilas Mendes, com projeto de pesquisa sobre a abordagem da questão do trabalho no campo da Saúde Coletiva e no Sistema Único de Saúde. Membro do grupo de pesquisa "Saúde, Estado e Capitalismo Contemporâneo". Graduado em Medicina pela USP (2004), com residência em Medicina de Família e Comunidade pela Unicamp (2007). Desde 2008 trabalha como Médico de Família e Comunidade no Centro de Saúde DIC III, da Prefeitura Municipal de Campinas (servidor público concursado). Desde 2018 é membro eleito da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA) da mesma prefeitura. Foi bolsista de Iniciação Científica do CNPq durante a graduação, tendo participado de projeto de pesquisa vinculado à Unidade de Hipertensão Arterial do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP (2000-2003). Participou do Conselho Nacional de Saúde e de sua Comissão de Orçamento e Financiamento (2007-2008). Foi membro do Conselho Municipal de Saúde de Campinas (2011-2017) e coordenador de sua Comissão Executiva (2011-2013). **(Texto informado pelo autor)**


Identificação

Nome	Francisco Mogadouro da Cunha
Nome em citações bibliográficas	CUNHA, F. M.; CUNHA, FRANCISCO MOGADOURO DA
Lattes iD	 http://lattes.cnpq.br/2592886005091096

Endereço

Endereço Profissional	Prefeitura Municipal de Campinas. Centro de Saúde DIC III - Rua José Caivani, 228 DIC III 13054240 - Campinas, SP - Brasil Telefone: (19) 32668005
------------------------------	--

Formação acadêmica/titulação

2017	Mestrado em andamento em Saúde Pública (Conceito CAPES 6). Universidade de São Paulo, USP, Brasil. Título: A abordagem da questão do trabalho no campo da Saúde Coletiva e no Sistema Único de Saúde: limites e desafios, Orientador:  Áquilas Nogueira Mendes. Palavras-chave: Saúde do Trabalhador; Sistema Único de Saúde; Política de Saúde; Trabalho; Centralidade do Trabalho. Grande área: Ciências da Saúde
2005 - 2007	Especialização - Residência médica. Universidade Estadual de Campinas, UNICAMP, Brasil. Residência médica em: Medicina de Família e Comunidade Número do registro: 91750-1. Grande área: Ciências da Saúde
1999 - 2004	Graduação em Medicina. Universidade de São Paulo, USP, Brasil.



Áquilas Nogueira Mendes


Endereço para acessar este CV: <http://lattes.cnpq.br/7310723011915165>

ID Lattes: **7310723011915165**

Última atualização do currículo em 28/07/2019

Possui doutorado em Ciências Econômicas pela Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP - (2005), livre-docência pela USP (2012) e pós-graduação em Política e Relações Internacionais pela Lancaster University da Inglaterra (1984). Atualmente é professor livre-docente de economia política da saúde da Faculdade de Saúde Pública da USP e de seu programa de pós-graduação em Saúde Pública, professor doutor do Departamento de Economia e do Programa de Pós-Graduação em Economia Política da Pontifícia Universidade Católica (PUC-SP). É Professor convidado da Queen Mary, University of London, 2017 e 2019. Publicou 108 artigos em periódicos especializados e apresentou 142 trabalhos em eventos técnico-científicos. Possui 32 capítulos de livros e 12 livros publicados, com destaque para "Tempos Turbulentos na Saúde Pública Brasileira: os impasses do financiamento no capitalismo financeirizado", Hucitec, 2012 e de "Trabalho e Saúde no Capitalismo Contemporâneo", DocSaberes, 2016. Possui 52 Trabalhos completos e 24 Resumos, sendo todos publicados em Anais de Congressos. Apresentou 74 Trabalhos ao todo em Congressos internacionais e nacionais. Participou de 227 eventos, no exterior e no Brasil. Orientou 20 dissertações de mestrado e 5 teses de doutorado, e supervisionou 2 pós-doutorados. É consultor de 13 revistas científicas e membro dos conselhos editoriais do Jornal Brasileiro de Economia da Saúde e da Revista de Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana. Recebeu 24 prêmios e/ou homenagens. Entre 2007 até o momento participou da condução de 17 projetos de pesquisa. É coordenador do Grupo de Pesquisa "Saúde, Estado e Capitalismo Contemporâneo" da Faculdade de Saúde Pública da USP, registrado no CNPQ, ex-presidente da Associação Brasileira de Economia da Saúde (Abres) (2007-2010) e vice-presidente (2003-2007). Tem experiência de consultoria e pesquisa na área de Economia Social, com ênfase nos seguintes temas: economia política da saúde, financiamento da saúde e do SUS, gestão orçamentária e financeira das políticas públicas, com destaque para a área da saúde, economia da previdência social e da assistência social, finanças públicas, economia e desenvolvimento e economia política na América Latina. É consultor ad hoc da Fapesp. Responsável pelo Núcleo de Economia Política de Saúde da Associação Brasileira de Economia da Saúde (Abres). Membro da comissão de Política, Planejamento e Gestão da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco) e responsável pelo Panel Proposal IIPPE Health and Healthcare Working Group do International Initiative for Promoting Political Economy. **(Texto informado pelo autor)**

Identificação

Nome	Áquilas Nogueira Mendes
Nome em citações bibliográficas	MENDES, Áquilas Nogueira; MENDES, ÁQUILAS; MENDES, AQUILAS NOGUEIRA; MENDES, AQUILAS
Lattes iD	 http://lattes.cnpq.br/7310723011915165

Endereço

Endereço Profissional	Faculdade de Saúde Pública - USP, Departamento de Política, Gestão e Saúde. R. Dr. Arnaldo, 715 Cerqueira César 01246904 - São Paulo, SP - Brasil Telefone: (011) 30617980 URL da Homepage: http://www.fsp.usp.br
------------------------------	--