

**UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DE PERNAMBUCO
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS
CURSO DE BACHARELADO EM CIÊNCIAS SOCIAIS**

**BREVE PANORAMA NACIONAL SOBRE SAÚDE
E SEGURANÇA DO TRABALHO**

Aluno: Antônio Fábio Marques Cavalcante

Orientadora: Profa. Dra. Maria Auxiliadora Gonçalves da Silva

Recife

2023

ANTONIO FÁBIO MARQUES CAVALCANTE

**BREVE PANORAMA NACIONAL SOBRE SAÚDE
E SEGURANÇA DO TRABALHO**

Orientadora: Profa. Dra. Maria Auxiliadora Gonçalves da Silva

Recife

2023

ANTONIO FÁBIO MARQUES CAVALCANTE

**BREVE PANORAMA NACIONAL SOBRE SAÚDE
E SEGURANÇA DO TRABALHO**

Trabalho apresentado ao Curso de Bacharelado em Ciências Sociais da Universidade Federal Rural de Pernambuco, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Ciências Sociais, sob a orientação da Profa. Dra. Maria Auxiliadora Gonçalves da Silva.

Recife
2023

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal Rural de Pernambuco
Sistema Integrado de Bibliotecas
Gerada automaticamente, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

- C377b Cavalcante, Antonio
BREVE PANORAMA NACIONAL SOBRE SAÚDE E SEGURANÇA DO TRABALHO / Antonio
Cavalcante. - 2023.
51 f. : il.
- Orientadora: Maria Auxiliadora Goncalves da Silva.
Inclui referências e apêndice(s).
- Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Universidade Federal Rural de Pernambuco,
Bacharelado em Ciências Sociais, Recife, 2023.
1. Saúde e Segurança. 2. Saúde do Trabalhador. 3. Acidentes de Trabalho. I. Silva, Maria Auxiliadora
Goncalves da, orient. II. Título

CDD 300

UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DE PERNAMBUCO
CURSO DE BACHARELADO EM CIÊNCIAS SOCIAIS

BREVE PANORAMA NACIONAL SOBRE SAÚDE
E SEGURANÇA DO TRABALHO

A Banca Examinadora resolveu atribuir à nota..... (.....)
ao aluno Antônio Fábio Marques Cavalcante na disciplina Monografia, pela
apresentação deste trabalho.

Banca Examinadora:

Professora Dra. Maria Auxiliadora Gonçalves da Silva

1º.Examinador

Professora Dra. Maria Grazia Cribari

2º.Examinador

Professor Dr. João Morais de Sousa

3º.Examinador

Recife

2023

EPÍGRAFE

“Escolhe um trabalho de que gostes, e não terás que trabalhar nem um dia na tua vida.”

Confúcio

RESUMO

Este Breve Panorama da Saúde e Segurança no Trabalho no Brasil, foi criado dando ênfase para análise de dados estatísticos existentes, voltados ao contexto nacional e estadual, de forma pontual na cidade do Recife. O objetivo geral é identificar o papel dos CEREST's sobre as condições de Saúde e Segurança do Trabalho em Recife. Como objetivos específicos, identificar por meio dos dados estatísticos o número de casos de acidentes relacionados ao trabalho bem como a conscientização dos trabalhadores(as) por gênero, idade, escolaridade e local de trabalho. Neste sentido, o meu referencial teórico-metodológico está fundamentado numa abordagem socioantropológica, de caráter essencialmente documental, bibliográfico e estatístico. Propõe-se, assim, analisar e contribuir para tornar mais evidente o conhecimento sobre saúde e segurança do trabalhador e ao mesmo tempo abrir espaço para pesquisas mais aprofundadas e direcionadas para aspectos específicos e polêmicos para a classe trabalhadora.

Palavras –Chave: Saúde e Segurança; Saúde do Trabalhador; Acidentes de Trabalho

ABSTRACT

This Brief Overview of Occupational Health and Safety in Brazil was created to analyze existing statistical data, focusing on the national and state context, specifically in Recife. The general objective is to identify the role of CERESTs on Occupational Health and Safety conditions in Recife. The specific goals are to identify, through statistical data, the number of cases of work-related accidents and raise awareness among workers by gender, age, education, and workplace. In this sense, my theoretical-methodological framework is based on a socio-anthropological approach of an essentially documentary, bibliographic, and statistical nature. It is therefore proposed to analyze and contribute to making knowledge about worker health and safety more evident and, simultaneously, open up space for more in-depth research aimed at specific and controversial aspects for the working class.

Keywords: Health and Safety; Worker's health; Work Accidents

DEDICATÓRIA

Dedico este Trabalho de Conclusão de Curso, primeiramente, a Deus, o que seria de mim sem a fé que eu tenho nele. Aos meus pais (in memoriam), a minha querida companheira Adna Lima e a minha muito querida, a amada e ilustríssima Prof.^a Dra. Maria Auxiliadora Gonçalves da Silva, que, com muito carinho e apoio, não mediu esforços para que eu chegasse até esta etapa de minha vida.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pelo dom da vida, pelo seu amor infinito por mim, sem Ele nada sou. Agradeço aos meus pais, Ivon Macêdo Cavalcante e Martina Marques Macêdo Cavalcante, (in memoriam), meus maiores exemplos. À eles o meu muito obrigado por cada incentivo e orientação, pelas orações em meu favor, pela preocupação para que estivesse sempre andando pelo caminho correto. Pelo amor incondicional e pela paciência por terem feito o possível e o impossível para me oferecerem a oportunidade de estudar, acreditando e respeitando minhas decisões.

As minhas irmãs Fabíola e Walquíria, que me incentivam, a correr atrás dos meus objetivos, sendo além de irmãs, amigas, agradeço de coração.

Agradeço a minha família em geral por terem sentido junto comigo, todas as angústias e felicidades, acompanhando cada passo de perto. Pelo amor, amizade, e apoio depositados, além da companhia por todos esses anos.

A minha companheira e eterna namorada Adna da Costa Lima, por me dar força e compreender a importância dessa conquista e aceitar a minha ausência quando necessário.

Agradeço aos meus filhos de sangue Martina, Pedro e a minha mais nova e recém-chegada filha, a Alice, iniciando um novo ciclo em minha vida no mesmo momento em que concluo a vida acadêmica, e aquela que me aceitou como pai, Emily, os quais me impuseram a necessidade de dar o exemplo e evoluir por eles.

Aos colegas e amigos de sala pelas ótimas histórias vividas e longos papos, pela amizade e por ajudar a tornar a vida acadêmica muito mais divertida.

Ao amigo José Carlos, pela força, paciência, ajuda e contribuições nos dados e nas constantes leituras, meu muito obrigado.

A todos os professores do curso, que foram tão importantes na minha vida acadêmica e no desenvolvimento desta monografia.

Agradeço especialmente, a minha orientadora e amiga, Prof^a Maria Auxiliadora Gonçalves da Silva pelas orientações e estímulos em todas as fases desta monografia.

Por fim agradeço a todas as pessoas do meu convívio que acreditaram e contribuíram, mesmo que indiretamente, para a conclusão deste curso.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- CEREST - Centros de Referência em Saúde do Trabalhador;
- OIT - Organização Internacional do Trabalho;
- CLT - Consolidação das Leis do Trabalho ;
- MOI – Modelo Operário Italiano;
- LER - Lesão por Esforço Repetitivo;
- DIESAT - Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde e dos Ambientes de Trabalho;
- INST - Instituto Nacional de Saúde no Trabalho;
- CIPAs – Comissões Internas de Prevenção de Acidentes;
- NOST/SUS – Normas Operacionais da Saúde do Trabalhador;
- CGSAT – Coordenação Geral de Saúde do Trabalhador;
- PNST – Política Nacional de Saúde do Trabalhador;
- RENAST – Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador;
- NAST Recife Núcleo de Atenção à Saúde do Trabalhador
- SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 01 – Evolução da Prevenção 2012.....	39
Gráfico 02 – Evolução da Prevenção 2017	39
Gráfico 03 – Vitimas Fatais 2012	40
Gráfico 04 – Vitimas Fatais 2017	40
Gráfico 05 – Óbitos/acidentes- 1970 a 2012	41
Gráfico 06 - Óbitos/acidentes- 1970 a 2017.....	41
Gráfico 07 – Acidentalidade Cai a acidentalidade do Pais 2012	42
Gráfico 08 – Acidentalidade Cai a acidentalidade do Pais 2012.....	42
Gráfico 09 – Acidentes Registrados.....	43
Gráfico 10 – Doenças	44
Tabela 01 – Ocorrência de Acidentes de trabalho (30 anos) Por Motivo.....	45
Tabela 02 - Ocorrência de Acidentes de trabalho (30 anos) Por Consequência	45
Tabela 01 – Ocorrência de Acidentes de trabalho (31 anos) Por Motivo.....	45
Tabela 02 - Ocorrência de Acidentes de trabalho (31 anos) Por Consequência	45

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	12
CAPITULO I	16
1. SAÚDE DO TRABALHADOR NA REVISÃO DE LITERATURA	16
CAPÍTULO II	21
2. BREVE RELATO HISTÓRICO DA SAÚDE DO TRABALHO	21
CAPÍTULO III	26
3. SAÚDE DO TRABALHADOR NO BRASIL	26
CAPÍTULO IV	34
4. CENTRO DE REFERÊNCIA DA SAÚDE DO TRABALHADOR EM RECIFE-PE	34
4.1 - Centro de Referência em Saúde do Trabalhador-CEREST Recife	36
CONSIDERAÇÕES GERAIS	45
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	47

INTRODUÇÃO

O trabalho no mundo globalizado caracteriza-se por uma forte competitividade, um grau de individualismo muito elevado e pela necessidade constante do aumento da produtividade, favorecendo um quadro de grandes males para a saúde física e mental dos trabalhadores e trabalhadoras. Como afirma os estudos de Berlinguer (1999) tudo se globalizou, trazendo impactos em muitos segmentos atingindo principalmente à produção e ao trabalho humano. Neste sentido, Druck (1996) reforça à percepção de Berlinguer (1999) e ao mesmo tempo sua amplitude ao concebê-lo como:

“ um “movimento” de caráter estrutural do capitalismo, numa fase em que as principais tendências - presentes desde seus primórdios - são levadas as suas últimas consequências e se desenvolvem no seu limite máximo. Constata-se uma radicalização dos processos de concentração e centralização de capitais [...] assim como, simultaneamente, se difundem micro, pequenas e médias empresas, com a formação de redes de subcontratação (terceirização), exemplos claros da dispersão de capitais.”(1996, p.23)

Para estes estudiosos a globalização trouxe oportunidades relevantes, como o crescimento econômico e cultural dos povos, permitindo tornar-se passível de críticas, quando focada naqueles que a conduzem, como a conduzem e aos rumos que lhe foram dadas. Para Berlinguer (1999), dentro de contextos específicos, principalmente quando voltada para a questão da saúde, as argumentações evidenciam a relação com a globalização vinculada ao bem-estar individual e ao mesmo tempo ao interesse coletivo, ou seja, a condição essencial de vida em liberdade. Esta condição contraditoriamente impede o indivíduo de exercer suas faculdades de decidir e de agir, passando-as a outros poderes, que ao persistirem pode levá-lo a um processo irreversível.

Neste sentido, Druck & Borges, (2002) mostram que o mundo do trabalho no final do século XX e início do século XXI, apresentou grandes mudanças, decorrentes do processo de globalização e reestruturação produtiva. Isto implica na perda da centralidade do trabalho industrial, extinção de postos de trabalho no mercado formal, crescimento do setor de serviços e incremento do desemprego estrutural e dos índices de informalidade. Esse quadro favoreceu a precarização das

relações e das condições de trabalho, bem como da desarticulação política dos movimentos sindicais, com importantes impactos nas condições de vida, trabalho e saúde dos trabalhadores e nas condições de sociabilidade expressas pela escalada da violência nas cidades e no campo.

Os estudos de Bevia (2015) sobre esta temática revelaram que com a globalização da economia, a precarização dos processos e as relações nos ambientes de trabalho favoreceram o surgimento de um fenômeno que vem agravando-se a cada dia, gerando preocupação, especialmente com o sofrimento gerado no corpo e na mente. Isto significa a desumanização do trabalho, um fator patológico, que envolvem doenças físicas e psíquicas, no sistema músculo-esquelético, neurológico, na pele, no sistema digestivo, circulatório e em outros inúmeros diagnósticos.

Partindo desta lógica, a realização da presente pesquisa justifica-se que esse fenômeno, cuja amplitude assustadora, foca-se na não reintegração ou dificuldades de reintegração ao mercado de trabalho.

Diante deste panorama, minha intenção inicial era realizar um trabalho que identificasse o processo de acolhimento e a forma de tratamento utilizada pelos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador – CEREST's, que tem possibilitado, efetivamente, a reintrodução do indivíduo no mercado de trabalho e a redução de danos causados pelas doenças relacionadas ao trabalho. Porém, ao longo da realização das minhas pesquisas preliminares percebi as inúmeras dificuldades que teria em levantar as informações que inicialmente me propus, devido ao grau de delicadeza e ética da temática. Resolvi então focar em construir um breve panorama da Saúde e Segurança no Trabalho no Brasil, dando ênfase para análise de dados estatísticos existentes, voltados ao contexto nacional e estadual, de forma pontual na cidade do Recife.

As pesquisas preliminares mostraram que os trabalhadores vítimas dos acidentes de trabalho podem apresentar diferentes sintomas, muitas vezes não passa por um processo para receber apoio necessário para sanar o mal causado, eliminando a capacidade produtiva do trabalhador. Um dos maiores problemas está em se identificar qual o sintoma na vítima, uma vez que devido a sua diversidade de

sintomas, em sua maioria acometida ou mascarada por outros danos, leva muitas vezes a tratar dos efeitos e não da causa em si. Isto retarda o seu retorno ao mercado de trabalho ou os excluem definitivamente.

Por esta ótica, os dados estatísticos sobre o atendimento e ações dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador – CEREST's em Recife e as ações das formas de atendimento e ações sobre tratamento é o que permite o retorno ou não ao mercado de trabalho?

Desta forma pressuponho que os Centros de Referência não acompanham o aumento da incidência de trabalhadores(as) atendidos, no que se refere à atualização, adaptação e/ou inserção de novas formas de acolhimento, atendimento e principalmente a reintegração dos mesmos ao mercado de trabalho.

Isto me levou estabelecer como **objetivo geral** identificar o papel dos CEREST's sobre as condições de Saúde e Segurança do Trabalho em Recife. Como **objetivos específicos**, identificar por meio dos dados estatísticos o número de casos de acidentes relacionados ao trabalho bem como a conscientização dos trabalhadores(as) por gênero, idade, escolaridade e local de trabalho.

Neste sentido, o meu referencial teórico-metodológico está fundamentado numa abordagem socioantropológica, de caráter essencialmente documental, bibliográfico e estatístico, uma vez que a temática- de natureza delicada - inviabilizou uma coleta mais detalhada, implicando em possíveis conflitos e rejeições à interpelações sobre o assunto.

Destaco aqui que a Monografia teve dois momentos de pesquisa: 2015/2016, quando a escrita da monografia foi interrompida por motivos pessoais; e final de 2021/início de 2023 quando da retomada e finalização da monografia. Neste período de afastamento dos estudos foi possível analisar a dimensão dada à primeira fase, que não delimitava o aspecto a ser estudada. O direcionamento à Saúde do Trabalhador era bastante ampla, o que dificultava fechar os meus objetivos. A monografia hoje atualizou os dados estatísticos aqui usados, reestruturando todo o meu olhar sobre os CEREST's.

Hoje, a monografia está organizada em quatro capítulos. O primeiro capítulo refere-se à saúde do trabalhador na revisão de literatura, com os principais autores que estudaram o assunto; o segundo capítulo trata de um breve relato histórico da saúde e segurança do trabalho; o terceiro capítulo é sobre a saúde do trabalhador no Brasil; e o quarto capítulo apresenta o Centro de Referência da Saúde do Trabalhador em Recife-PE, o CEREST Regional Recife-PE.

Com esta monografia pretendo contribuir para tornar mais evidente o conhecimento sobre saúde e segurança do trabalhador e ao mesmo tempo abrir espaço para pesquisas mais aprofundadas e direcionadas para aspectos específicos e polêmicos, que não foi possível trabalhar neste contexto.

CAPITULO I

1. SAÚDE DO TRABALHADOR NA REVISÃO DE LITERATURA

A literatura sobre a Saúde do Trabalhador abre um leque de discussões voltadas para as mais diversas especificidades que o campo cada vez mais se torna exigente, justificado pelas mudanças e avanços das tecnologias, que envolve o campo do trabalho. Todavia, para esta monografia busquei o viés socioantropológico, como forma de mostrar a articulação com a saúde, desde os primórdios da prática antropológica.

Quando a Antropologia deixa seu campo ultramar, referente às colônias e ex-colônias, afirma Santos (2012), que a mesma volta-se inicialmente para os grupos indígenas e logo depois para diferentes grupos, fenômenos e processos sociais que se passam neste território. Ocorre então, o interesse pela Antropologia urbana, das sociedades ditas complexas, e também por grupos de trabalhadores industriais, e dentro dela pelos processos de subordinação e proletarização do campesinato, para os “impactos sociais” do capitalismo sobre diferentes grupos sociais, como o dos trabalhadores industriais. Segundo a autora, surge uma nova forma de encarar o trabalho e conseqüentemente os trabalhadores, antes configurado pela Sociologia industrial do trabalho da USP, durante os anos 1960, pelo até então dominante nas Ciências Sociais brasileiras.

Tanto Oliveira(2002) como Strausz(2014) evidenciam que, apesar da perspectiva antropológica ter contribuído para o entendimento desses fenômenos cada vez mais forte, reconhecem que o modelo biomédico é ainda considerado hegemonicamente agressivo, marcado por uma visão reducionista da doença e como um processo exclusivamente biológico. Para os antropólogos, segundo Strausz(2014), as questões da saúde tendem a constituir uma forma socialmente organizada para enfrentar a doença, o que não foge ao forte entrelaçamento com um sistema cultural próprio. Strausz(2014) reforça que em cada cultura, existe uma interconexão entre a doença, a resposta a ela, os indivíduos que a experienciam, os que se ocupam em tratá-la e as instituições envolvidas. Isto implica dizer na relação cultura, comportamento e saúde fazem parte de um sistema que derivam de regras

culturais. Assim sendo, busca-se em Geertz (1978) ideia da cultura como uma "teia de significados" e por isto analisá-la como sistema simbólico.

Dentro deste contexto, os autores citados mostram que este campo ainda necessita de uma delimitação e articulação com o mundo dos trabalhadores. Exige e está constantemente atrelado à reflexão e a ampliação de um arcabouço teórico, tendo em vista a complexidade da temática, como já foi explicitado desde o início da monografia.

Para estudiosos como Mendes&Dias(1991) Minayo-Gomez & Lacaz (2005); Minayo-Gomez(2011); Minayo-Gomez & Thedim-Costa(2003) isto implica na preocupação em não reduzir as teorias e práticas da saúde do trabalhador apenas às questões como adoecimentos, riscos e acidentes, já contemplados pela saúde ocupacional. Assim sendo, o conflito entre capital e trabalho exige que estas práticas e conhecimentos sejam integradas ao campo da interdisciplinaridade tal como permite e exige a contemporaneidade. Neste ponto e contexto, a construção de um novo campo, denominado emergência da Saúde do Trabalhador diferencia da Medicina do Trabalho e da Saúde Ocupacional, uma vez que compreende o processo de trabalho a partir da discussão do campo das Ciências Sociais e da Epidemiologia Social, trazida para a relação saúde e processo de trabalho.

Para Minayo-Gomez & Thedim-Costa(2003) torna-se essencial a visão interpretativa das Ciências Sociais, considerando que os conceitos e categorias centrais nelas encontradas permitem a abordagem interdisciplinar, ou seja verificar as relações sociais e técnicas atreladas ao trabalho e conseqüentemente a saúde e a doença em coletivos de trabalhadores. É importante destacar, segundo estes autores, que essa interdisciplinaridade específica veio romper com as concepções hegemônicas da medicina do trabalho e da saúde ocupacional no que se refere à dimensão social e histórica do trabalho e do processo saúde/doença.

Visto por esta ótica, a saúde do trabalhador como afirmam Oliveira(2002) e Strausz(2014) rompe com a concepção hegemônica, estabelecendo um vínculo causal entre a doença e um agente específico, ou a um grupo de fatores de risco presentes no ambiente de trabalho, tentando superar o enfoque que situa sua determinação no social, reduzido ao processo produtivo, desconsiderando a

subjetividade. Tudo isto aponta para o aspecto de que a saúde do trabalhador busca a explicação sobre o adoecer e o morrer das pessoas, dos trabalhadores em particular, através do estudo dos processos de trabalho, de forma articulada com o conjunto de valores, crenças e ideias, as representações sociais, e a possibilidade de consumo de bens e serviços, na "moderna" civilização urbano-industrial.

Nessa perspectiva, Mendes&Dias(1991), Minayo-Gomez & Lacaz (2005); Minayo-Gomez(2011) e Minayo-Gomez & Thedim-Costa(2003) mostram que a saúde do trabalhador considera o trabalho, enquanto organizador da vida social, como o espaço de dominação e submissão do trabalhador pelo capital, mas ao mesmo tempo, de resistência, de constituição, e do fazer histórico. Nesta história os trabalhadores assumem o papel de atores, de sujeitos capazes de pensar e de se pensarem, produzindo uma experiência própria, no conjunto das representações da sociedade. No âmbito das relações saúde/trabalho, os trabalhadores buscam o controle sobre as condições e os ambientes de trabalho, para torná-los mais "saudáveis". É um processo lento, contraditório, desigual no conjunto da classe trabalhadora, dependente de sua inserção no processo produtivo e do contexto sócio-político de uma determinada sociedade.

Assim, para Minayo-Gomez & Lacaz (2005) e Minayo-Gomez(2011) a Saúde do Trabalhador apresenta expressões diferentes segundo a época e o país, e diferenciada dentro do próprio país, como pode ser observado na Itália, na Escandinávia, no Canadá, ou no Brasil. Porém, apesar das diferenças, mantém os mesmos princípios - trabalhadores buscam ser reconhecidos em seu saber, questionam as alterações nos processos de trabalho, particularmente a adoção de novas tecnologias, exercitam o direito à informação e a recusa ao trabalho perigoso ou arriscado à Saúde.

Diante do exposto acima, os estudos de Gomez & Lacaz (2005); Gomez(2011); Mendes&Dias(1991) possibilitaram uma visão de como a Saúde do Trabalhador surgido no Brasil, está voltada para a saúde coletiva, relacionando-se com a própria saúde, trabalho e ambiente. Dentro deste contexto a questão da saúde por eles discutida, permitiu conferir uma efetividade no que se refere ao conjunto de saberes e práticas, voltada a uma possível transformação nas relações exploração do trabalho/defesa da saúde dos trabalhadores. Isto significa o

diálogo entre as áreas das ciências sociais – principalmente a Antropologia - com as áreas tecnológicas e biomédicas, além de incorporar a participação tanto dos trabalhadores como das comunidades, por vivenciarem, no seu dia-a-dia, os riscos desses acidentes. Também pode ser constatada a significativa contribuição ao desenvolvimento da área de saúde do trabalhador pelas Universidades, Institutos de Pesquisa e pela Rede de Serviços de Saúde e Fiscalização do Trabalho. Estas instituições somam esforços na luta por melhores condições de saúde e trabalho, através da capacitação profissional, da produção do conhecimento, da prestação de serviços e da fiscalização das exigências legais. Isto evidencia a nova prática – a indisciplinaridade – dentro do campo da saúde do trabalhador integrando o individual/coletivo, do biológico/social, do técnico/político e do particular/geral.

Pela ótica de Gomez & Lacaz (2005); Minayo-Gomez(2011); Mendes&Dias(1991) a Saúde do Trabalhador no Brasil ganha corpo quando define as suas características básicas, estruturadas num novo pensar sobre o processo saúde-doença, e o papel exercido pelo trabalho na sua determinação; na quebra dos limites, sem deixar de ser questionado o adoecer/morrer dos trabalhadores, que vai das epidemias, à doenças profissionais clássicas como intoxicação por chumbo, mercúrio, benzeno e silicose, mas também integrando as chamadas de doenças tecnológicas como a LER (lesões por esforços repetitivos) e o Assédio Moral, entre outros. Neste novo momento abrem-se caminhos para denúncias sobre as políticas públicas e o sistema de saúde, diante da sua incompetência em atender às necessidades de saúde da população, e dos trabalhadores especificamente. Os Sindicatos contribuíram e assumiram posturas a favor da saúde da classe trabalhadora, reivindicando melhores condições de trabalho, busca de novos e constantes debates, circulação de informações, inclusão de pautas específicas nas negociações coletivas, da reformulação do trabalho das Comissões Internas de Prevenção de Acidentes - CIPAs.

Segundo Minayo-Gomez(2011); Mendes&Dias(1991) estas novas ações e práticas foram levadas às discussões da VIII Conferência Nacional de Saúde, na realização da I Conferência Nacional de Saúde dos Trabalhadores, servindo de marco para o que foi estabelecido na nova Constituição Federal de 1988. Mais recentemente, a denominação "saúde do trabalhador" aparece, também,

incorporada na nova Lei Orgânica de Saúde, que estabelece sua conceituação e define as competências do Sistema Único de Saúde neste campo.

CAPÍTULO II

2.BREVE RELATO HISTÓRICO DA SAÚDE DO TRABALHO

Na trajetória histórica da Saúde e Segurança do Trabalho, os estudos de Vasconcellos & Pignati(2006), evidenciam que desde a Antiguidade, em papiros egípcios e textos judaicos, já se fazia a descrição de doenças relacionadas ao trabalho, como por exemplo, os citados em Hipócrates, Platão, Aristóteles, Plautus, Virgílio, Plínio e o velho, Lucrécio. Depois na Idade Média, as doenças relacionadas ao trabalho foram recebendo um maior detalhamento, onde a cólica plúmbica foi descrita por Avicena (980-1037), a saúde de trabalhadores em uma catedral, por Dickerson, os riscos dos ourives com Ellenborg (1440-1499), entre tantos outros.

Todavia, somente em 1700 o médico italiano Bernardino Ramazzini(1733-1714), segundo Vasconcellos & Pignati(2006), sistematizou e ampliou a temática, o que lhe rendeu o título de pai da Medicina do Trabalho. Para os autores, tal título foi considerado inapropriado, uma vez que,

....“o célebre e genial médico provavelmente não gostaria de ser tido como o fundador de uma prática, cuja possibilidade de reconhecimento e diagnóstico de doenças e a capacidade de poder resolvê-las estivessem condicionadas a normas, limites e fronteiras duvidosas entre o dano efetivo à saúde e o estabelecido em contratos de trabalho.....”.Vasconcellos & Pignati(2006, s.p.)

Praticamente todos os autores pesquisados, e de forma enfática, Vasconcellos & Pignati(2006), consideram Robert Baker o "pai" da Medicina do Trabalho. Porém, a Medicina do Trabalho, como especialidade médica surge na Inglaterra, na primeira metade do século XIX com a Revolução industrial. Para os estudiosos, esta especialidade médica instalou-se em 1930, com o primeiro serviço de Medicina do Trabalho. Neste momento, as questões referentes à saúde e trabalho, se apresentaram como um tema de preocupação pública, quando do adoecimento no contexto dos processos de produção ainda estão nas etapas iniciais da industrialização.

Segundo Oliveira(2001) bem como Vasconcellos & Pignati(2006) constata-se que nos países industrializados é o Estado que passa a assumir as

funções de regulamentação e intervenção em tudo em que se refere à promoção e prevenção da saúde e segurança dos trabalhadores. Ao estabelecer essas funções e ao mesmo tempo ações, afirmam estes autores, que o Estado buscava eliminar os obstáculos ao desenvolvimento econômico. Como apontam Mendes & Dias (1991) é na fábrica que se estabelece a concretização das novas relações de produção, e na Medicina do Trabalho se encontra o princípio maior que é o controle da força de trabalho, unicamente voltada para o aumento da produtividade. Assim, Mendes & Dias(1991), Oliveira(2001), Seligmann(2010) e Vasconcellos & Pignati(2001) evidenciam que a Medicina do Trabalho, neste exato momento, se caracterizava por ser um serviço centrado na figura do médico e conseqüentemente, de inteira confiança do empresário. Médicos e empresários partiam da premissa de que a prevenção à saúde deveria ser uma tarefa médica, bem como da ocorrência das doenças na fábrica, resultantes das precárias condições de trabalho, jornadas exaustivas, de um trabalho insalubre e perigoso. Neste sentido, o papel do médico, portanto, estava voltado para recuperar o trabalhador para o seu retorno o mais rápido possível ao trabalho. Neste período observou-se, portanto, segundo os autores acima citados, que a Medicina do Trabalhador ficava centrada num enfoque biologicista e individual, dentro de uma abordagem uncasual, ou seja, apenas as causas das doenças e acidentes de trabalho.

De acordo com Oliveira(2001) e Mendes & Dias (1991), há um distanciamento entre a organização do trabalho e a Medicina do Trabalho. Isto porque, este último, não oferece nenhuma contribuição, uma vez que está direcionada unicamente para o indivíduo, focada apenas no diagnóstico e tratamento. Apresenta então uma visão restrita no que se refere ao espaço para a subjetividade e a percepção do trabalhador. As fábricas, nesse momento, tinham consciência, diante do consumo da força de trabalho, da submissão dos trabalhadores a um processo acelerado e desumano de produção. Segundo Mendes & Dias (1991), a Medicina do Trabalho percebia a necessidade de intervir, para evitar a inviabilidade da sobrevivência e reprodução permanente do processo.

Dentro deste contexto, Oliveira(2001) e Mendes&Dias(1991) citam em seus estudos, o diálogo entre um proprietário de uma fábrica têxtil, o Sr. Robert Dernham e o Dr. Robert Baker que corrobora com esta necessidade extrema da

presença de um médico no interior das fábricas. Entende os autores que ele seria além de médico o intermediário, entre o proprietário da fábrica, os trabalhadores e o público, bem como o único responsável por qualquer dano físico que o trabalhador viesse a apresentar. A partir daí se estabelece os elementos básicos relacionados à expectativa do capital e às finalidades de tais serviços.

Para Oliveira(2001), Mendes&Dias(1991) e Seligmann et al (2010), a partir da expansão da industrialização para outros países, bem como, mais tarde para os países periféricos, os serviços da Medicina do Trabalhador estendeu-se paralelamente. Todavia ficou evidente para estes autores, a inexistência ou fragilidade dos sistemas de assistência à saúde, levando os serviços médicos das fábricas a tornarem-se substitutos dos serviços de saúde pública.

De acordo com Fontoura(2016) e Mendes&Dias(1991), estes serviços médicos dados aos trabalhadores começam a se refletir no cenário internacional, na agenda da Organização Internacional do Trabalho (OIT), criada em 1919. Apresentam os autores que, em 1953, através da Recomendação 97 sobre a "Proteção da Saúde dos Trabalhadores", a Conferência Internacional do Trabalho solicita aos Estados Membros da OIT a formação de médicos do trabalho qualificados e o estudo da organização de "Serviços de Medicina do Trabalho". Por sua vez, a OIT, em 1954, reuniu especialistas para estudar as diretrizes gerais da organização de "Serviços Médicos do Trabalho", que dois anos mais tarde, o Conselho de Administração da OIT, ao inscrever o tema na ordem-do-dia da Conferência Internacional do Trabalho de 1958, substituiu "Serviços Médicos do Trabalho" por "Serviços de Medicina do Trabalho".

Neste contexto, evidenciam Butierres(2015), Fontoura(2016) e Mendes & Dias(2013) em seus estudos, que este foi o primeiro instrumento normativo de âmbito internacional, passando a servir como referencial e paradigma para o estabelecimento de diplomas legais nacionais (onde, aliás, baseia-se a norma brasileira). Neste instrumento normativo são abordados aspectos como a sua definição, os métodos de aplicação da recomendação, a organização dos Serviços, suas funções, pessoal e instalações, e meios de ação. Este instrumento reforça alguns pontos estruturais do seu momento de criação, cuja prática dava-se apenas nos locais das fábricas, acrescidos dos cuidados com a adaptação física e mental dos trabalhadores, que incluía aloca-los em lugares e/ou tarefas correspondentes

às suas aptidões, relacionados com os resultados das seleções. Isto permitia o estabelecimento e manutenção do nível do bem-estar físico e mental dos trabalhadores.

Para Fontoura(2016) e Mendes & Dias(2013), esta manutenção tinha dois propósitos: o de promover a adaptação do trabalhador ao trabalho, e o outro, da manutenção de sua saúde, refletindo a influência do pensamento mecanicista na medicina científica e na fisiologia.

Segundo Mendes & Dias(2013), o preço pago pelos trabalhadores em permanecer nas indústrias durante os anos da II Guerra Mundial, em condições extremamente adversas e em intensidade de trabalho extenuante, pesado e doloroso equipara-se aos sofrimentos da própria guerra. Foi assim considerado porque, com o término da guerra, iniciava-se o simultaneamente o esforço para alavancar o processo industrial do pós-guerra.

Destacam Mendes & Dias(2013), que neste contexto econômico e político, e principalmente o industrial, o custo provocado pela perda de vidas e doenças do trabalho, começou a preocupar os empregadores assim como as companhias de seguro, uma vez que começaram a arcar com pagamentos de pesadas indenizações em decorrência das sequelas provocadas pelo trabalho.

Segundo os autores, o aceleração da tecnologia industrial atrelado ao desenvolvimento de novos processos industriais, equipamentos, e produtos químicos, provocou uma reestruturação, no que diz respeito à divisão internacional do trabalho. Junto a estes, outros desdobramentos expõe-se a real vulnerabilidade da medicina do trabalho para atender aos diversos problemas de saúde causados pela precariedade das condições de trabalho nas indústrias. A partir desta realidade, por um lado os trabalhadores são envolvidos por um clima de insatisfação e questionamentos, e por outro, os empregadores, que se vêm surpresos com o agravamento das doenças e com elas os gastos excessivos.

A resposta, racional, "científica" e aparentemente inquestionável traduz-se na ampliação da atuação médica direcionada ao trabalhador, pela intervenção sobre o ambiente, com o instrumental oferecido por outras disciplinas e outras profissões.

Com a entrada de outras disciplinas e profissões, a Saúde Ocupacional, começa a se delinear, mesmo em plena vivência do contexto econômico e político da II Guerra e do Pós-Guerra. Constata-se neste momento que o processo de desenvolvimento deixava um rastro de perdas de vidas por acidentes de trabalho ou por doenças dele decorrente, obrigando o direcionamento da intervenção que antes era centrada no indivíduo, para a questão dos riscos existentes no ambiente de trabalho. Desta forma, a Saúde Ocupacional, utiliza o enfoque da higiene industrial, buscando através da atuação multiprofissional (médicos, engenheiros, toxicologistas, etc.), intervir nos locais de trabalho, com a finalidade de controlar os riscos ambientais, refletindo assim, a influência das Escolas de Saúde Pública principalmente dos Estados Unidos (Mendes & Dias, 1991).

Nas Escolas de Saúde Pública dos Estados Unidos, os encaminhamentos dados a questão da saúde ambiental e saúde ocupacional levou, como afirmam Mendes & Dias(1991) a uma desqualificação entre a perspectiva médica e a epidemiológica, quando relacionada ao trabalho-saúde.

Dentre os fatores que poderiam ser listados para explicar sua insuficiência, estão: o modelo mantém o referencial da medicina do trabalho firmado no mecanicismo; não concretiza o apelo à interdisciplinaridade: as atividades apenas se justapõem de maneira desarticulada e são dificultadas pelas lutas corporativas; a capacitação de recursos humanos, as produções de conhecimento e de tecnologia de intervenção não acompanham o ritmo da transformação dos processos de trabalho; o modelo, apesar de focar a questão no coletivo de trabalhadores, continua a abordá-los como "objeto" das ações de saúde; a manutenção da saúde ocupacional no âmbito do trabalho, em detrimento do setor saúde.

CAPÍTULO III

3. SAÚDE DO TRABALHADOR NO BRASIL

A Saúde do Trabalhador no Brasil possui suas origens na medicina social latino-americana e na saúde coletiva. Apresenta como premissa básica, o enfoque na relação saúde-trabalho, compreendendo o processo de adoecimento dos trabalhadores, através do estudo dos processos de trabalho. Articula as questões sócio-políticas e econômicas, de forma a se estabelecer o nexos biopsíquico das coletividades nas sociedades capitalistas industriais.

Esta nova área de estudo e práticas, buscou na experiência sindical italiana, uma referência teórico-metodológica, que contribuiu para o controle dos agravos e riscos existentes nos ambientes de trabalho. A ação veio dos trabalhadores italianos, no final da década de 1970, estabelecendo alianças com os profissionais de saúde, buscando um método direcionado para o conhecimento da relação entre trabalho e saúde. Para o estudioso da questão Oddone et. al (1986), este esforço resultou na construção do chamado Modelo Operário Italiano - MOI, cujo objetivo era a valorização do saber e das experiências do trabalhador, a não delegação do planejamento e do controle de sua saúde aos técnicos, a socialização e a apropriação mútua do conhecimento, na perspectiva da construção de um saber coletivo.

Nestes termos, também em outros países, foram alcançadas importantes conquistas pelos trabalhadores. Esta década testemunha profundas mudanças nos processos de trabalho, com as críticas cada vez mais acirradas à concepção da Saúde Ocupacional. Afirmam Mendes & Dias(1991)

"... ganha corpo a teoria da determinação social do processo saúde-doença, cuja centralidade colocada no trabalho - enquanto organizador da vida social contribui para aumentar os questionamentos à medicina do trabalho e a saúde ocupacional" .(Mendes & Dias, 1991:346)

Como consequência desse processo de mudanças que vem se conformando, desde o final da década de 60, os trabalhadores começam a explicitar sua desconfiança em relação aos profissionais da Saúde Ocupacional. A

participação dos trabalhadores questionava os procedimentos adotados pela Saúde Ocupacional, principalmente no que diz respeito aos exames médicos admissionais e periódicos. Os limites de tolerância que permearam durante muito tempo a Saúde Ocupacional são questionados a partir de estudos que comprovam que não existe a exposição segura, enquanto proteção à saúde dos trabalhadores. As investigações em Saúde do Trabalhador buscaram superar o enfoque individualizante da doença, centrada no trabalhador e no seu ambiente de trabalho, tal como a Medicina do Trabalho.

Para tanto, assim como nos Estados Unidos a Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, dentro desta abertura de direcionamentos abriu cursos de pós-graduações como especialização, mestrado e doutorado. Estas iniciativas ampliaram-se para outras instituições de ensino e pesquisa, atuando principalmente em departamentos de medicina preventiva e social de escolas médicas. No calor das instituições relacionadas a esta questão foi criada a Fundação Jorge Duprat Figueiredo de Segurança e Medicina do Trabalho - FUNDACENTRO:

A literatura levantada sobre esta temática mostra que quando se trata da Saúde do Trabalhador no Brasil, quase sempre se torna necessário fazer uma retrospectiva da sua trajetória, mediante a sua complexa dentro do contexto saúde que envolve este país como um todo. Sendo assim busquei apenas pontuar algumas datas tidas como um divisor de águas para a temática, o que implica mostrar que ela está atrelada aos processos, principalmente aos políticos e econômicos que regeram cada momento das transformações ocorridas especificamente na Saúde do Trabalhador.

Tomando como décadas de partida 1960/1970, Minayo-Mendez(2018) et al, mostram que durante estes períodos, o quadro interpretativo do processo saúde-doença, foi ampliado inclusive em sua articulação com o trabalho. Todavia

¹ Fundacentro, instituição pioneira na prevenção dos acidentes de trabalho, vinculada ao ministério do Trabalho e criada em 1966, celebra, no dia 21 de outubro, 50 anos de existência. Concebida em plena ditadura militar, a entidade foi criada com o objetivo de minimizar os altos índices de acidentes de trabalho que marcavam notadamente as décadas de 1950 e 1960. No início da década de 60, a Organização Internacional do Trabalho (OIT) estuda as condições de segurança, saúde e higiene do trabalho no Brasil, culminando na criação da entidade em 1966. Desde então, suas pesquisas e inúmeras contribuições para a redução e prevenção dos acidentes nos diversos segmentos do trabalho colocam a FUNDACENTRO como instituição pioneira na área da prevenção dos acidentes do trabalho.

Lacaz(1997) vê este marco inicial como aleatória, porém se for tomada como ponto de partida a cena política, pode-se considerar o final dos anos 70 como o início desta caminhada. Segundo o autor, entre 1978/79, deslumbra-se as mais significativas mudanças no contexto nacional, uma vez que o Movimento Sindical emerge, principalmente das indústrias automobilísticas, rompendo com a camisa de força impostas pelo Regime Militar.

Para os estudiosos, a emergência da Saúde do Trabalhador no Brasil está associada à mudanças importantes ocorridas na década de 80, no contexto da transição democrática. A própria Constituição brasileira de 1988, se configurou como um avanço em termos de legislação para a área de saúde do Trabalhador. Posteriormente, na Lei Orgânica da Saúde Lei 8.080/90 em seu artigo VI (Brasil, 1990), essa área assim foi conceituada:

"um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção 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 acidente 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 a empresas, sobre os riscos de acidente de trabalho, doença profissional e do trabalho, bem como os resultados das 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 o ambiente de trabalho, quando houver exposição a risco iminente para a vida ou saúde dos trabalhadores".

De acordo com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde(2009) a elaboração desta lei se deu após a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde (VIII CNS), realizada em 1986, que significou um momento de intensa

mobilização popular pela saúde no Brasil. Destaca Mendes(1991) que neste período surge a assessoria sindical feita por profissionais comprometidos com a luta dos trabalhadores, tanto no sentido individual ou através de organizações como o Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde e dos Ambientes de Trabalho (DIESAT) e o Instituto Nacional de Saúde no Trabalho (INST). A partir da década de 1980, segundo Gomes(2011), o posicionamento dos indivíduos como atores dentro dos seus novos espaços e lugares sociais, junta-se aos questionamentos das concepções e das políticas públicas de saúde do momento e com todos os avanços da produção acadêmica, nos campos da medicina preventiva e social e da saúde pública.

Nesse período, a nova relação trabalho-saúde e a intervenção com o mundo do trabalho gerou na Saúde Pública, práticas de atenção à saúde dos trabalhadores, contidas nas propostas da Reforma Sanitária Brasileira. Este novo paradigma, segundo Gomes(2011), atrelada a ótica marxista, das Ciências Sociais, a Medicina do Trabalho e da Saúde Ocupacional toma outra dimensão. Os estudos daí gerados tratam dessa trajetória, sistematizando algumas práticas, como também expondo a diversidade de conceitos e metodologias, fazendo a articulação da Saúde do Trabalhador com a Medicina do Trabalho e a Saúde Ocupacional.

Na década de 1990, conforme Ribeiro et al(2013), a inserção e implementação de uma nova compreensão no que se refere à saúde no Brasil ocorreu a quebra do modelo hospitalocêntrico, ou seja, centralizador, verticalizador e excludente, que predominava nas décadas passadas, considerando que principalmente o momento político e econômico e tecnológico era outro. Entre esta década e a de 2000 dá-se um grande passo que foi a elaboração do documento para a Política Nacional de Saúde do Trabalhador, que segundo Ribeiro et al(2013), em conjunto com um grupo de trabalho institucional, garantiu a saúde por meio de políticas econômicas e sociais, em busca da redução de doenças.

Nesta fase, Mendes & Dias (1991), corroboram com Ribeiro(2013), quando afirmam que contraditoriamente, as mudanças ocorridas com a utilização das novas tecnologias através da automação e informatização nos processos de trabalho, veem contribuir enormemente para a melhoria das condições de trabalho, e ao mesmo tempo introduzirem novos riscos à saúde. Estes acabaram gerando

doenças de difícil medicalização, tais como as LER/DORT², doença esta intrinsecamente relacionada à organização do trabalho. Todo esse processo de mudanças ocorridas no mundo do trabalho desencadeou aspectos relevantes na relação trabalho e saúde e contribuiu efetivamente para o surgimento de um olhar mais aguçado e crítico sobre a Saúde do Trabalhador. Para Mendes & Dias (1991), o intenso processo social de mudança, ocorrido no mundo ocidental nos últimos vinte anos, favoreceu em alguns aspectos, as relações trabalho x saúde, na configuração de novas ações e práticas para a Saúde do Trabalhador. A característica básica desta nova prática é a de ser um campo em construção no espaço da *saúde pública*.

Por esta ótica, segundo Mendes & Dias (1991); Ribeiro et al(2013), o objeto da saúde do trabalhador pode ser definido como o processo saúde e doença dos grupos humanos, em sua relação com o trabalho. Representa um esforço de compreensão deste processo - como e porque ocorre - e do desenvolvimento de alternativas de intervenção que levem à transformação em direção à apropriação pelos trabalhadores, da dimensão humana do trabalho, numa perspectiva teleológica.

Diante do exposto acima, os estudos de Minayo-Gomez & Lacaz (2005); Minayo-Gomez(2011); Mendes&Dias(1991) possibilitaram ter uma visão de como a Saúde do Trabalhador surgido no Brasil, voltada para a saúde coletiva, interagindo nas relações da própria saúde, trabalho e ambiente. Tais aspectos, a partir da década de 1980 estabeleceu uma estreita articulação com a classe trabalhadora. Dentro deste contexto a questão da saúde por eles discutida, permite conferir uma efetividade no que se refere ao conjunto de saberes e práticas, voltada a uma possível transformação nas relações exploração do trabalho/defesa da saúde dos trabalhadores.

Nesse processo de construção da área de Saúde do trabalhador no SUS, a Norma Operacional de Saúde do Trabalhador no Sistema Único de Saúde-NOST-SUS (Brasil, 1998), complementar à Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde (NOB-SUS) número 01/96, se expressa enquanto uma direção para a área,

² LER/DORT- são as doenças que mais acometem os trabalhadores, aponta estudo. **As Lesões por Esforços Repetitivos (LER) e os Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (DORT) são as doenças que mais afetam os trabalhadores brasileiros.** A constatação é do estudo Saúde Brasil 2018, do Ministério da Saúde.

objetivando orientar e instrumentalizar a efetivação das ações de Saúde do Trabalhador, através dos seguintes pressupostos: universalização e equidade; integralidade das ações; direito à informação sobre a saúde; participação e controle social; regionalização e hierarquização das ações de Saúde do Trabalhador; utilização do critério epidemiológico e de avaliação de riscos para o desenvolvimento das ações e a configuração da Saúde do Trabalhador como um conjunto de ações de vigilância e assistência, visando a saúde dos trabalhadores submetidos a riscos e agravos advindos do processo de trabalho.

Portanto, todo esse processo social gestado através das reivindicações de diferentes segmentos sociais, que conformou legislações voltadas para um novo modelo de saúde, no qual a Saúde do Trabalhador tem um importante papel, foi essencial para a consolidação da atenção à Saúde do Trabalhador no SUS, através da criação e implementação de Programas e Centros de Referência em Saúde do Trabalhador.

A criação dos PST's resulta de uma ampliação democrática conquistada politicamente pelos trabalhadores, apoiados por segmentos interessados na preservação da saúde tais como: profissionais de saúde, sindicatos, etc. Pode ser entendida, como uma área da saúde pública, especializada em Saúde do Trabalhador, com ênfase nas patologias decorrentes do trabalho, buscando uma prática de saúde direcionada aos trabalhadores e permeada pelas contradições das relações saúde-trabalho.

A atuação dos PST's pauta-se numa nova visão do processo saúde-doença, evidenciando o perfil de morbi-mortalidade relacionado ao trabalho e a falta de assistência aos trabalhadores. Estes programas representaram novas perspectivas na área da saúde no que se refere à saúde no trabalho.

Segundo Mendes & Dias(1991), no período de 1980 e 1990, o momento político do país propiciou tanto a implantação de novos programas quanto a extinção de outros no contexto dos Estados ou dos Municípios. Assim sendo, o autor mostra o cadastramento feito em dezembro de 1992, relacionando 161 Programas ou Atividades denominadas Saúde do Trabalhador. Estes Programas ou Atividades estão ligadas ao SUS, sob a forma de Programas, Projetos, Centros de Referência,

ou Serviços de Atenção aos Acidentados no trabalho. Todavia, seguindo os dados do Centro de Documentação e Informação em Saúde do Trabalhador (CDI-ST) de São Paulo em junho de 1999, evidenciou-se que dos Serviços Públicos que atuam na área da Saúde do Trabalhador, apenas em 111 constam programas ou serviços relacionados à área. Nas pesquisas realizadas, observou-se que devido ao seu caráter preliminar desses dados, bem como da própria dinamicidade das instituições, essa versão provavelmente encontra-se alterada nos dias atuais. Os levantamentos realizados provam que na catalogação dos Programas, Serviços e Centros de Referência é necessário uma constante atualização para se compreender a organização dos serviços, situá-los geograficamente e verificação da interlocução entre os mesmos, o que irá permitir uma adequada estruturação da Saúde do Trabalhador no SUS.

Pela ótica de Mendes & Dias (1994), para uma melhor compreensão da atuação destes Serviços, Programas e Centros de Referência, eles elencam algumas das principais características que envolvem a estruturação dos mesmos, predominantemente entre 1991 e 1992, como diversidade das ações em termos institucional; ações de vigilância sanitária; porém na maioria dos casos, a assistência aparece associada as ações de vigilância em Saúde do Trabalhador; as equipes são compostas de formas variadas qualitativamente e quantitativamente, com uma predominância de profissionais médicos e número reduzido de pessoal de apoio; a articulação interinstitucional em muitos casos expressa através da criação de Comissões Interinstitucionais de Saúde do Trabalhador, embora na prática as relações informais entre técnicos das instituições e trabalhadores é que prevalece; ausência de instrumentos, como os Códigos Sanitários Estaduais e Municipais que dificultam as ações dos serviços .

Para estes estudiosos, muitos dos princípios norteadores das ações de Saúde do Trabalhador, expressos na NOST/SUS, apesar de reconhecidamente aceitos, eles vêm sendo viabilizados de forma incipiente e assistemática. Alguns princípios como o controle social, o acesso às informações, confrontam-se com uma visão reducionista e fragmentada de alguns profissionais, associada às dificuldades institucionais, inviabilizando a efetivação destes princípios.

CAPÍTULO IV

4. CENTRO DE REFERÊNCIA DA SAÚDE DO TRABALHADOR EM RECIFE-PE

A Saúde do Trabalhador em Recife-PE, foco desta monografia, tem como base os documentos Oficiais, uma vez que a literatura decorrentes de estudos e pesquisas acadêmicas, como monografias, dissertações e teses, voltadas para as suas regionais faz parte de todas as mudanças ocorridas no país, no período entre 1980 e 1990. Este contexto já explicitado dentro da Reforma Sanitária, na qual estão às propostas de novas políticas na relação saúde/trabalho. Segundo Jacques(2009) este novo direcionamento dado a Saúde do Trabalhador foi delegada ao Sistema Único de Saúde (SUS) para assumir o papel legal nesta área.

Como já foi vista, a Constituição Federal de 1981 e a Lei Orgânica da Saúde, a Saúde do Trabalhador configurada agora como política de saúde a partir da criação de uma área específica dentro do Ministério da Saúde. Neste contexto, criou-se a Coordenação Geral de Saúde do Trabalhador (CGSAT) cujas ações estariam articuladas ao SUS, ao nível federal, estadual e municipal que terá como função propor e formular, a Política Nacional de Saúde do Trabalhador (PNST). Esta Coordenação daria atenção integral, equânime e universal à saúde dos trabalhadores, por meio de um, modelo estruturado em redes objetivando as relações travadas entre saúde e trabalho. Isto significava promover, prevenir e recuperar a saúde dos trabalhadores urbanos e rurais, independente do vínculo empregatício e do tipo de inserção no mercado de trabalho para tanto criou-se a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) através da Portaria do Ministério da Saúde de nº 1.679, em setembro de 2002. Esta Rede teria como função primeira regulamentar a implantação de uma política de atenção à saúde dos trabalhadores, com base em um modelo integrado de intervenção no processo saúde/doença e a articulação dos diferentes dispositivos, equipamentos e serviços da rede do SUS. Segundo Jqcques(2009) é portanto a RENAST, em sua abrangência nacional, faz as conexões com os diferentes níveis de gestão, com produção de informação e com a implantação de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) estaduais e regionais. A RENAST tem como objetivo criar ferramentas que possibilitem ao SUS uma intervenção eficaz sobre os fatores de risco e condicionamentos de agravos à saúde; promover a produção de diagnósticos

de doenças relacionadas ao trabalho por meio da criação dos CEREST integrados ao sistema hierarquizado de atenção à saúde; qualificar essa atenção e a determinar que o SUS, como um todo, incorpore e funcione sob a perspectiva da Saúde do Trabalhador, já que, no contexto social contemporâneo, o ser humano se constitui enquanto trabalhador.

De acordo com o Ministério da Saúde, a criação do CEREST ocorreu a partir da Portaria Ministerial 1.679/2002. O nome CEREST vem de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador, trabalhando conjuntamente com as áreas técnicas de Saúde do Trabalhador, abrangendo o campo Estadual e Municipal de Saúde, cuja característica principal é respaldar a retaguarda técnica especializada no conjunto de ações, atividades e serviços do Sistema Único de Saúde SUS. Como reza a Portaria, os CEREST se constituem ferramentas estratégicas na disseminação das práticas em Saúde do Trabalhador no SUS. Estes Centros configuram-se como polos irradiadores, em um determinado território, no que se refere à concepção da produção social das doenças a partir da explicitação das relações entre processos de produção e saúde/doença. Desta forma assumem o papel de suporte técnico e científico junto aos profissionais de todos os serviços da rede do SUS, conforme está expressa na 27ª resolução da 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador (3ªCNST) ao prever que suas atividades só fazem sentido se articulada com os demais serviços da rede do SUS, orientando-os e fornecendo retaguarda às suas práticas, de forma que os agravos à saúde relacionados ao trabalho possam ser atendidos em todos os níveis de atenção do SUS, de forma integral e hierarquizada. Segundo esta Resolução, as atividades dos CEREST devem estar articuladas com os demais serviços da rede do SUS e com outros setores do governo que possuem interfaces com a área da Saúde do Trabalhador. Além de oferecer suporte, que implica na função de inteligência, acompanhamento e práticas conjuntas de intervenção especializada, inclui ainda ações de vigilância e a formação de recursos humanos. Neste sentido, Segundo tal entendimento, os CEREST constituem em suporte técnico e científico dos princípios e fundamentos teóricos da Saúde do Trabalhador.

Os CEREST se instalaram em diferentes períodos históricos, quando em alguns estados do Brasil ocorriam movimentos mais organizados em Saúde do

Trabalhador e existiam Programas de Saúde do Trabalhador (PST's). Esses PST's deram origem a alguns CEREST e, quando da criação da RENAST, em 2002, já dispunham de um acúmulo de conhecimentos e de práticas em Saúde do Trabalhador, ao contrário de outros CEREST que só se constituíram mais tarde. Até o final do ano de 2008, haviam sido criados 173 CEREST no Brasil, sendo 26 estaduais e 147 regionais, sendo uns habilitados quando da criação da RENAST, pela Portaria GM/MS nº 1.679/20023 , e outros, quando da ampliação da RENAST, pela Portaria GM/MS nº 2.437/200511 .

Esses diferenciais compõem um quadro de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador muito diversificado no desempenho de suas funções dentre aquelas determinadas pela Portaria GM/MS nº 2.437/200511: alguns priorizam ações de assistência, enquanto outros, ações de vigilância. O que os CEREST devem fazer é objeto de discussões correntes na RENAST, que permeiam a construção do modelo de atenção à saúde dos trabalhadores no SUS .

4.1 - Centro de Referência em Saúde do Trabalhador-CEREST Regional Recife-

A trajetória do CEREST Regional Recife, começa em 24 de maio de 2002 quando foi inaugurado o Centro Especializado em Saúde do Trabalhador do Recife Dr. Edson Hatem – CEST, como unidade de referência para a rede pública municipal, tornando-se o primeiro Centro dessa natureza em toda região Norte/Nordeste. Todavia sua habilitação ocorreu em 2003, através da Portaria nº 249/SAS/MS, de 29 de agosto de 2003. Em 2004 foi publicada a consolidação da criação do CEST, pelo Decreto Municipal nº 20.522, de 01 de julho de 2004. Somente em 2006 foi habilitado o CEREST Estadual- PE, pela Portaria nº 653/SAS/MS, de 19 de setembro de 2006 e em 2008 foi aprovado o processo de regionalização que definiu o Cerest Recife como de abrangência regional pela Resolução CIB/PE nº1236, de 05 de maio de 2008.

Em 2012 o Centro Especializado em Saúde o Trabalhador do Recife Dr. Edson Hatem – CEST, foi alterado para Centro de Referência em Saúde do Trabalhador de Recife Dr. Edson Hatem – CEREST, conforme Portaria nº 137/GAB/SS, de 13 de julho de 2012. Neste mesmo período foi instituída a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora – PNSTT pela Portaria nº

1823/GAB/MS, de 23 de agosto de 2012. Dois anos depois, 2014 foi criado o Núcleo de Atenção à Saúde do Trabalhador – NAST Recife, cadastrado no SCNES em 2015 aguardando aprovação de decreto de criação para publicação.

De acordo com os sites³ do governo pesquisados sobre o CEREST ele apresenta as atribuições:

“Prestar apoio técnico, pedagógico e científico, de forma matricial, à rede SUS, orientando os profissionais nas práticas de vigilância em saúde e na atenção a saúde do trabalhador e da trabalhadora, de acordo com sua área; Atuar como retaguarda técnica e especializada para as ações e serviços da rede SUS no âmbito da sua área de abrangência; Educação permanente, estudos e coordenação de projetos de ST em apoio ao território de abrangência ; Articular e organizar as ações intra e intersetoriais de ST de caráter sanitário e de base epidemiológica; Planejar desenvolver ações abrangendo formação de recursos humanos; Apoiar e incentivar a atenção integral em ST do território de abrangência ; Articular e organizar das ações intra e intersetoriais de ST; Estabelecer diretrizes e monitorar a aplicação dos recursos; Apoiar o controle social.”

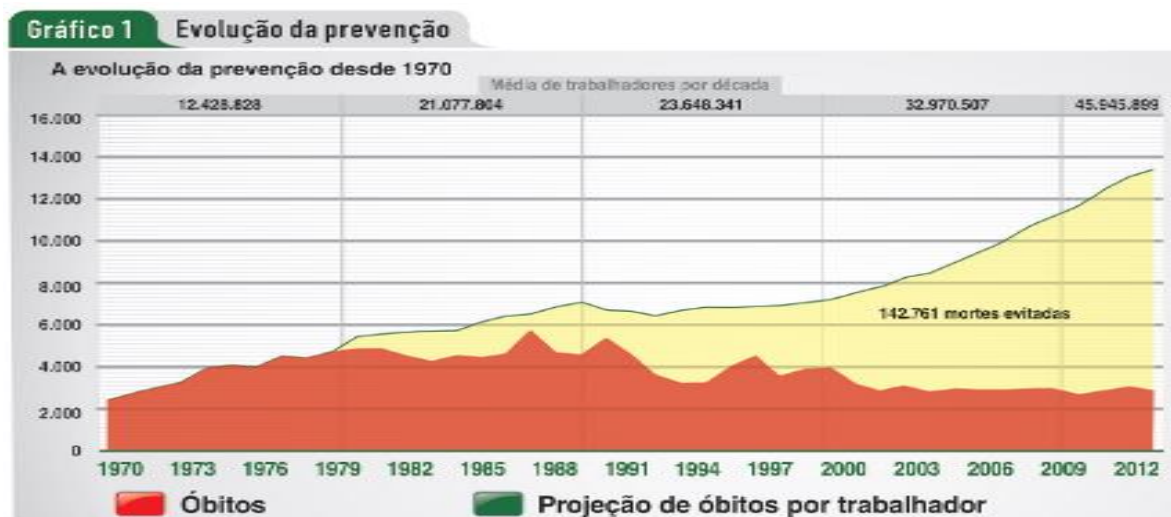
Neste sentido, o CEREST Regional Recife, segundo a CIB-PE 2613/2014, abrange além da sua própria capital, mais 7 municípios como Abreu e Lima, Igarassu, Itamaracá, Itapissuma, Camaragibe, Olinda e Paulista, com sede na Avenida Visconde de Suassuna, 658, Santo Amaro, Recife – PE. Funciona de segunda à sexta, no horário das 8:00 às 17:00, com atividades estruturadas em suas atribuições relacionadas à apoio técnico, pedagógico, científico e orientação, tanto no município do Recife, como no território de abrangência estabelecidos. Para tanto, tem seu corpo profissional formado por médicos(as) do trabalho, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, engenheiros de segurança do trabalho e técnicos em segurança do trabalho.

³ <https://www.visatrecife.com.br>
<https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/svs/cerest>
http://www.mpgo.mp.br/portalweb/hp/39/docs/atribucoes_do_cerest_-_pdf_ji.pdf
<https://renastonline.ensp.fiocruz.br/temas/centro-referencia-saude-trabalhador-cerest>
<https://www2.recife.pe.gov.br/taxonomy/term/16421>

Dentro da estrutura do CEREST Regional Recife, encontram-se o **Núcleo de Atenção à Saúde do Trabalhador – Recife** - NAST Recife reforçando a atenção à saúde, tendo como base ações para a melhoria das condições de trabalho e conseqüentemente a qualidade de vida dos trabalhadores, que implica prevenção e vigilância da saúde. Este processo envolve os conflitos relacionados ao trabalho, a comunicação à formação de recursos humanos e a educação em saúde do trabalhador nas redes de atenção a saúde pública e privada. Significa neste contexto um apoio que envolve sensibilização, envolvimento e fortalecimento à Vigilância em Saúde do Trabalhador, principalmente no que se refere entre outros ao acolhimento e encaminhamento para serviços especializados, para consulta médica; notificação no Sinan dos Agravos Relacionados ao Trabalho; *emissão de parecer sobre nexos causal*, visando realização de exames complementares de acordo com o agravo acometido no trabalho, através da central de regulação; e atividade educativa em Saúde do Trabalhador.

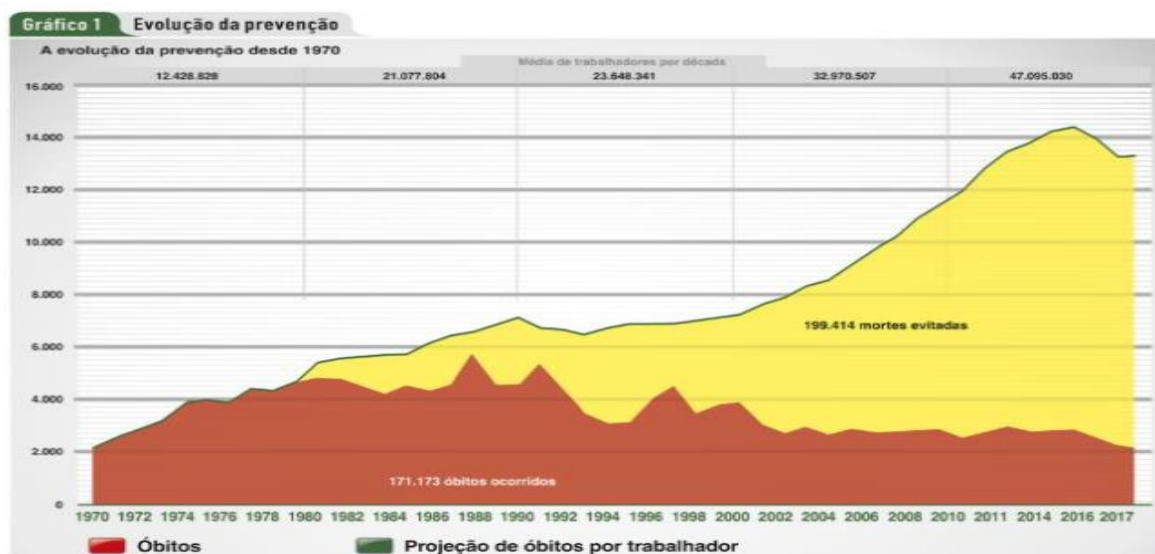
Para análise desta realidade apresentada, trago alguns Gráficos que representam a situação conturbada sobre a Saúde do Trabalhador.

Os dados apresentados no Gráfico 1 – Evolução da Prevenção revelam que o nosso país viveu, comprovadamente nos últimos 53 anos, uma melhoria real nas condições de trabalho. O indicador em amarelo mostra uma projeção dos óbitos que teriam acontecido se o elevado índice da década de 70 tivesse sido mantido. Os dados em vermelho correspondem as reais ocorrências de óbitos entre 1970 a 2012.



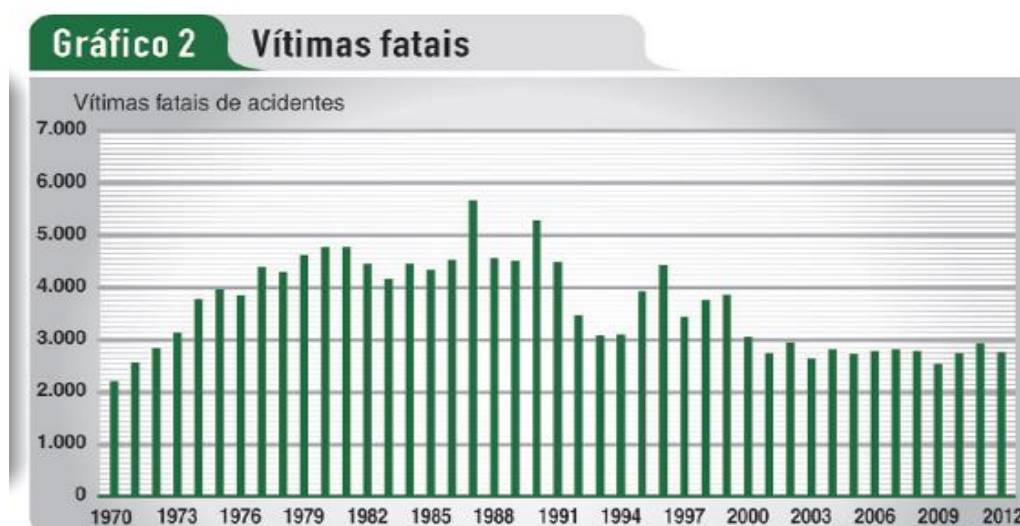
Fonte: <https://bc.pressmatrix.com/pt-BR/profiles/1227998e328d/editions/0e55e8eba33a3ed62b2e/pages/page/1>

Apenas no período comparativo entre os gráficos de 2012 a 2017 foram evitadas cerca de 56.653 mortes, e o conforme o Gráfico abaixo. o mais relevante é que este número se faz encima da realidade de que em 1970 eram cerca de 7 milhões de trabalhadores e em 2017 contávamos com 47 milhões, mas, atingindo o mesmo limiar de cerca de 2.200 mortes.



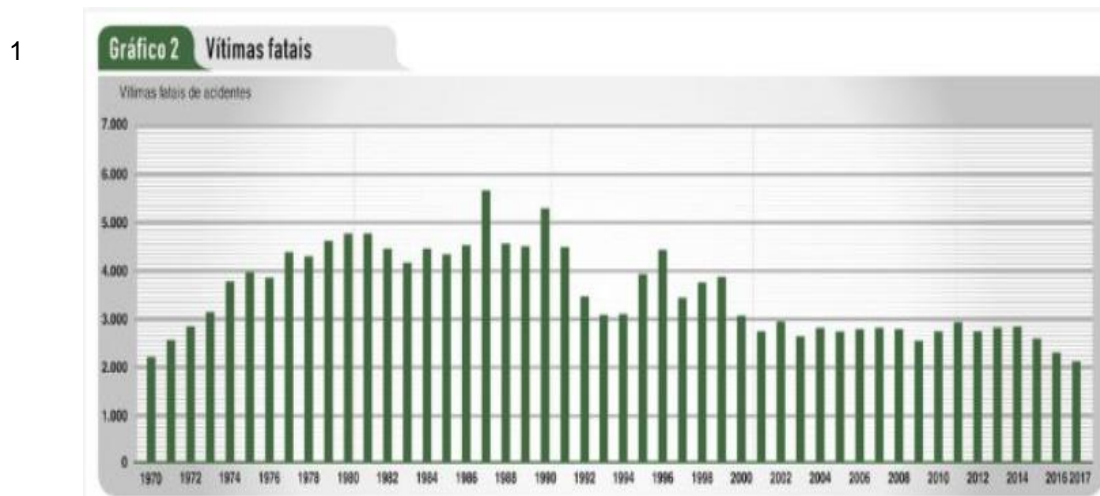
Fonte: <https://bc.pressmatrix.com/pt-BR/profiles/1227998e328d/editions/0e55e8eba33a3ed62b2e/pages/page/1>

O Gráfico 2 mostra que desde 1970 morreram no Brasil, em acidentes de trabalho, 171.173 trabalhadores com carteira assinada, segundo os registros oficiais. Apesar de representar uma estatística triste houve melhoria nos números a partir dos anos 90, devendo-se levar em consideração o crescimento dos postos de trabalho durante o mesmo período.



Fonte: <https://bc.pressmatrix.com/pt-BR/profiles/1227998e328d/editions/0e55e8eba33a3ed62b2e/pages/page/28>

Com a atualização destes dados visualizamos claramente neste comparativo entre as mesmas tabelas, com acréscimo de 5 anos que, dos anos 2000 até 2012 uma média de 3.000 mortes por ano se manteve, porém, nota-se uma redução de quase 800 mortes a menos nos anos de 2014 a 2017 na média.



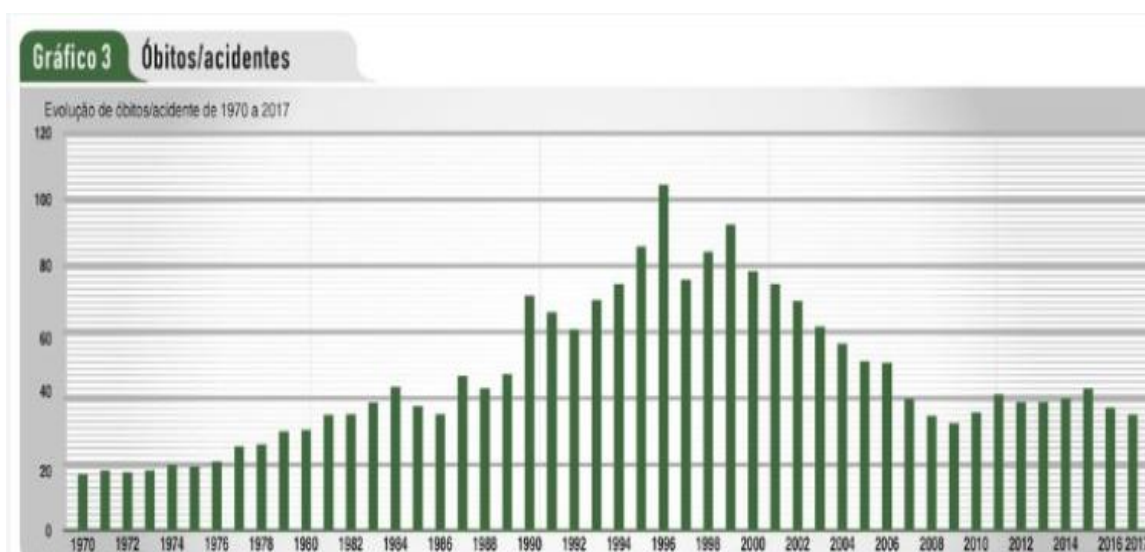
Fonte: <https://bc.pressmatrix.com/pt-BR/profiles/1227998e328d/editions/0e55e8eba33a3ed62b2e/pages/page/28>

O gráfico abaixo evidencia muito claramente que em relação à quantidade de óbitos dentro dos acidentes de trabalho, depois de um crescimento que teve o seu ápice na década de 90, esses óbitos por acidente caíram até chegar aos patamares demonstrados na tabela em 2012. Apresentou em torno de 39 óbitos, tendo a média do período em 52 mortos **para cada 10 mil acidentes**.



Fonte: <https://bc.pressmatrix.com/pt-BR/profiles/1227998e328d/editions/0e55e8eba33a3ed62b2e/pages/page/41>

A atualização destas informações comparativamente, já em 2017, está em torno de 38 óbitos, tendo a média do período em cinquenta mortos para cada 10.000 acidentes. Deve-se levar sempre em consideração que o número absoluto de trabalhadores com carteira assinada sempre foi crescente no mesmo período.



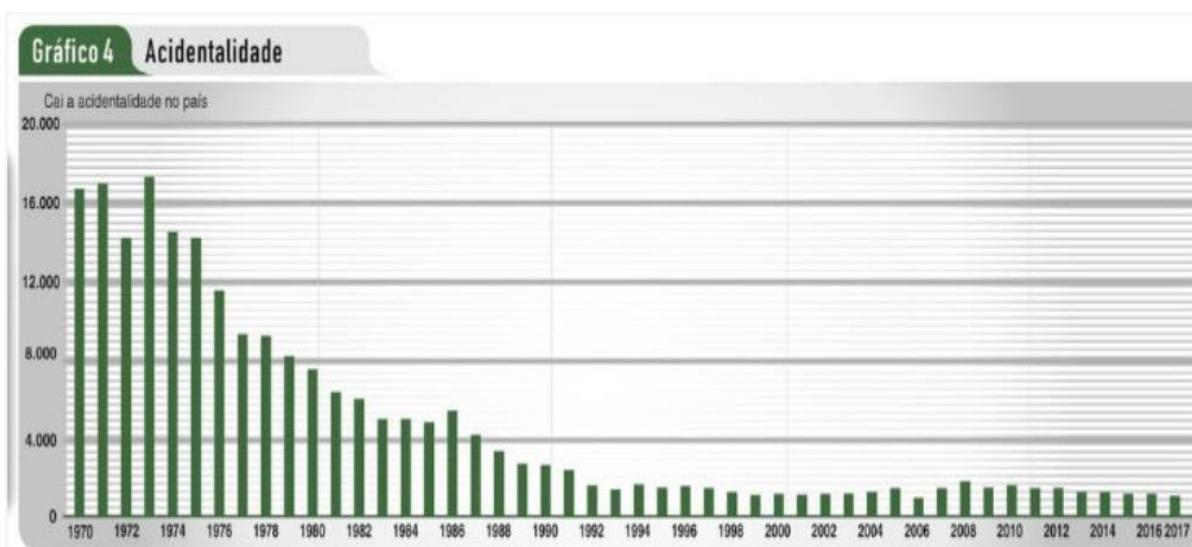
Fonte: <https://bc.pressmatrix.com/pt-BR/profiles/1227998e328d/editions/0e55e8eba33a3ed62b2e/pages/page/41>

De uma forma abrupta, o número de acidentes caiu, em média, 10 vezes em relação aos números registrados na década de 70, na proporção entre registros de trabalhadores. Esta é uma demonstração da evolução da prevenção de acidentes que vem melhorando nas empresas Brasileiras.



Fonte: <https://bc.pressmatrix.com/pt-BR/profiles/1227998e328d/editions/0e55e8eba33a3ed62b2e/pages/page/56>

A atualização destes dados, no período de 5 anos, nos permite compor um comparativo crescente no favorável rumo da redução da acidentalidade. Percebemos novamente a contínua redução dos registros, acompanhando a tendência dos outros índices demonstrados até 2017.



Fonte: <https://bc.pressmatrix.com/pt-BR/profiles/1227998e328d/editions/0e55e8eba33a3ed62b2e/pages/page/56>

Nesta tabela abaixo, pode-se ver claramente que o NORDESTE, possui o MENOR índice de Acidentes de Trabalho registrados no Brasil, o que nos deixaria bastante felizes, isso se não atentarmos que são os acidentes REGISTRADOS, não significando que seja o que menos tem a OCORRÊNCIA destes acidentes, e sim, o REGISTRO, então estes números podem estar mascarados por uma subnotificação, porém, não existe uma análise exata sobre isso.

Tabela 2 Acidentes registrados

Regiões e estados	Trabalhadores	Quantidade de Acidentes do Trabalho				Total	Acidentes/ 100 mil Trab.
		Com CAT Registrada			Sem CAT Registrada		
		Típico	Trajetos	Doença do Trabalho			
Brasil	47.458.712	423.935	102.396	14.955	163.953	705.239	1.486
Norte	2.622.185	18.970	4.044	767	7.670	31.451	1.199
Nordeste	8.613.556	41.737	11.819	2.050	33.221	88.827	1.031
Sudeste	24.099.308	247.938	60.239	9.048	69.629	386.904	1.605
Sul	8.129.696	85.230	18.295	2.359	43.060	148.944	1.832
Centro-Oeste	3.993.455	30.060	7.949	731	10.373	49.113	1.230

Anteriormente a 2007, não era registrado no formulário da Comunicação de Acidentes de Trabalho - CAT - documento que informa ao INSS que o trabalhador sofreu acidente de trabalho ou suspeita-se que tenha adquirido uma doença relacionada ao trabalho, pelas empresas ao INSS, e isso se torna muito evidente neste gráfico.



Embora a Previdência Social não confirme, a esmagadora maioria dos acidentes de trabalho sem CAT tem origem no Nexó Técnico Epidemiológico relacionando-o a doenças do trabalho. Adotado em 2007, isto provocou a explosão de casos que até então não eram notificados pelas empresas.

Fonte: <https://bc.pressmatrix.com/pt-BR/profiles/1227998e328d/editions/0e55e8eba33a3ed62b2e/pages/page/56>

Na CAT o acidente ou doença do trabalhador, a empresa deve emitir o formulário, preenchida pelo RH da mesma e enviar ao INSS.

A abertura da Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT) é obrigatória e deve ser feita pelo empregador no momento de identificação, suspeita ou agravamento da doença ou lesão, mesmo que o colaborador ainda não tenha sido afastado, pois só após a emissão do documento o afastamento deve ocorrer e ser encaminhado ao INSS.

Desde a melhoria dos serviços na Prevenção do Acidente de trabalho, vemos uma redução progressiva destes números. Em Pernambuco, não é diferente, oscilamos entre as maiores capitais do País em uma colocação não tão privilegiada, mas, mostramos redução nos índices ano a ano e alguns registros melhoram em períodos relativamente curtos.



Fonte: <https://bc.pressmatrix.com/pt-BR/profiles/1227998e328d/editions/0e55e8eba33a3ed62b2e/pages/page/64>

Em apenas um ano, vemos uma melhoria de 2 pontos percentuais na posição Nacional em quantidade absoluta de acidentes de trabalho, ainda que mantendo os mesmos índices nas outras colocações.

CONSIDERAÇÕES GERAIS

Mediante ao que foi visto na literatura levantada e nos dados estatísticos apresentados, o fato de não ter havido permissão para adentrar aos detalhes e falhas desta política da saúde do trabalhador, dificultou a demonstração da realidade dos CERESTs, com foco no CEREST Regional Recife-PE. Neste sentido, tive o cuidado de apresentar um breve histórico do processo da política da Saúde do Trabalhador no Brasil para poder entender a trajetória dos CERESTs no contexto nacional, regional e local.

Por esta ótica, o que pude constatar nos estudos e pesquisas existentes sobre a Saúde do Trabalhador no Brasil, ainda é considerado novo e, muitas vezes, desconhecido para alguns profissionais da rede do SUS. A monografia desenvolvida chama a atenção para a importância e a necessidade de trabalhos mais aprofundados sobre os CEREST, principalmente pela evidência das diversidades culturais, sociais, econômicas e políticas do território brasileiro, que não permitem um monitoramento, controle e avaliação em âmbito nacional, regional e local das atividades realizadas, que ajudam no processo de definir e atuar junto aos trabalhadores, diferentes modos de adoecer e de morrer, como demonstram os gráficos.

Embora as informações presentes no SINAN sejam importantes para compreender as características dos acidentes relacionados ao trabalho, é preciso incluir outras análises, que considerem os aspectos associados ao desenvolvimento socioeconômico ocorrido no território ao longo dos anos.

Ao englobar situações variadas e complexas, o fenômeno do acidente pode ser compreendido em suas várias dimensões, permitindo uma interpretação mais completa e limitando a ocorrência de análises descontextualizadas e equivocadas.

No que diz respeito às ações de assistência em saúde do trabalhador, os estudos e Os Gráficos demonstraram a escassez de recursos, a necessidade de um melhor gerenciamento do Sistema de Saúde, a formação de uma rede de referência

e contra-referência efetivos, o registro das doenças e acidentes de trabalho, profissionais conscientes da realidade desses trabalhadores, seriedade e respeito a esta categoria de doentes, aspectos estes importantes para a concretização das ações em Saúde do Trabalhador de acordo seus princípios norteadores.

Neste sentido, fazer uma pesquisa dentro deste campo implicaria em constatar a existência de impedimentos burocráticos e éticos dentro dos CERESTs que contrariam os princípios da NOST/SUS. A não aplicabilidade dos princípios deve-se a fragmentação entre as instituições que têm atribuições no campo da Saúde do Trabalhador - como o Ministério do Trabalho e do Emprego, Ministério da Saúde e o Ministério da Previdência e Assistência Social, configurando-se num importante entrave para o avanço das políticas nesta área.

Então, em pesquisas futuras deve-se considerar que a ocorrência de acidentes de trabalho constituem-se em um problema de saúde pública, e assim, surge a necessidade de melhor monitorar sua ocorrência, tratar os dados com um olhar mais humanitário em suas pluralidades e implementar de forma mais abrangente as medidas preventivas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACADÊMICOS. **Um guia Metodológico**./2 ed-Florianópolis. Editora da UFSC, 2001.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA (ABRASCO). **Saúde e trabalho: desafios para uma política**. Rio de Janeiro, 1990.

BERLINGUER, Giovanni. Globalização e saúde global. **Estud. Avançados**. 13 (35) • Abr 1999 • **Dossiê Saúde Pública** <https://doi.org/10.1590/S0103-40141999000100003>

BERLINGUER, G. **A saúde nas fábricas**. São Paulo, Hucitec, 1978. Brasil. **Conselho Nacional de Secretários de Saúde. As Conferências Nacionais de Saúde: Evolução e perspectivas./ Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. Brasília: CONASS, 2009. 100 p. (CONASS Documenta; 18)

BEVIAN, Elsa Cristine. **O Adoecimento dos Trabalhadores com a Globalização da Economia e o Espaço Político de Resistência**. Florianópolis Julho de 2015. Tese de Doutorado- Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Filosofia e Ciências Humanas.

BUTIERRES, Maria Cecília. **O Direito à Saúde do Trabalhador e a Convenção 187 da OIT: Elementos para uma transição de Paradigmas na Prevenção**. Porto Alegre. 2015. Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Direito da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

DRUCK, Graça. Globalização, Reestruturação Produtiva e Movimento Sindical. **Caderno CRH**, n.24/25, jan./dez. 1996.

DRUCK, Graça & BORGES, Angela. Terceirização: Balanço de uma Década. **Caderno CRH**, 37, jul./dez., 2002.

FERREIRA Filho, José Marcelo Marques. A medicina do trabalho e sua relação com o capital. **X Encontro Nacional. de História Oral - testemunho: História e Política**. 2010.

FONTOURA, Francisca Pinheiro. **Promoção Da Saúde Auditiva: Contribuições Da Prática Educativa Para Os Trabalhadores De Uma Lavanderia Hospitalar**. Curitiba, 2016 Tese de Doutorado. UNIVERSIDADE TUIUTI DO PARANÁ

GOMEZ, Carlos Minayo. Campo da saúde do trabalhador: trajetória, configuração e transformações. **Saúde do trabalhador na sociedade brasileira contemporânea**, p. 23-34, 2011.

GOMEZ, Carlos Minayo & THEDIM-COSTA, Sonia, FONSECA, Carlos Maria da. Incorporação das ciências sociais na produção de conhecimentos sobre trabalho e saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva** 8(1), 2003. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232003000100010>

GOMEZ, Carlos Minayo, VASCONCELLOS, Luiz Carlos Fadel de; MACHADO, Jorge Mesquita Huet. Saúde do trabalhador: aspectos históricos, avanços e desafios no Sistema Único de Saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**.(6) • Jun 2018
• <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.04922018>

JACQUES, Camila Corrêa. **Proposição de um instrumento com indicadores nacionais para monitoramento dos CEREST**. 2009. Dissertação Mestrado – FIOCRUZ.

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

LACAZ, A. C.; SANTOS, A. P. L. Saúde do Trabalhador, hoje: re-visitando atores sociais. **Revista Médica de Minas Gerais**, Belo Horizonte, v. 20, n. 2, supl. 2, 2010.

LINS, Thiago Amorim. **Uma bioética para a saúde do trabalhador**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013.

MENDES, René e DIAS, Elizabeth Costa. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. **Revista de Saúde Pública** [online]. 1991, v. 25, n.5.
<https://doi.org/10.1590/S0034-89101991000500003>

OLIVEIRA, Regina Márcia Rangel de. **A abordagem das lesões por esforços repetitivos/distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho - ler / dort no Centro de Referência em Saúde do Trabalhador do Espírito Santo - CRST/ES**. Rio de Janeiro, 2001. Dissertação.

OLIVEIRA, J.A.A. & TEIXEIRA, S.M.F. **(Im) Previdência Social; 60 anos de história da previdência no Brasil**. Petrópolis, Vozes, 1986.

OLIVEIRA, Francisco Arsego. Antropologia nos serviços de saúde: integralidade, cultura e comunicação. **Interface**, (10), Fev, 2002.
<https://doi.org/10.1590/S1414-32832002000100006>

RIBEIRO, Fátima Sueli Neto; DA COSTA LEÃO, Luís Henrique; COUTINHO, Sandra Regina Alves. Saúde do trabalhador no Brasil nos anos 1990 e 2000, do período da audácia ao desbrío. **Revista Em Pauta: teoria social e realidade contemporânea**, v. 11, n. 32, 2013.

SANTOS, Alessandra Carla Baia dos et al . Antropologia da saúde e da doença: contribuições para a construção de novas práticas em saúde. **Rev. NUFEN**, São Paulo , v. 4, n. 2, p. 11-21, dez. 2012 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2175-25912012000200003&lng=pt&nrm=iso>..

SELIGMANN , Edith Silva; Hespanhol, Márcia;Maeno, Maria; Kato,Mina. O Mundo Contemporâneo do Trabalho e a Saúde Mental do Trabalhador - I . **Rev. Bras. Saúde Ocupacional**. 35 (122) • Dez 2010 •
<https://doi.org/10.1590/S0303-76572010000200002>

SILVA, Rafaela Gonçalves Dias da. **A Política de Saúde do Trabalhador em debate : elementos históricos e contraditórios no contexto da administração pública federal**. 2020. Dissertação (mestrado). Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

SILVA, Rosy Weiduschath da. **Trabalho e saúde na indústria têxtil de Blumenau-SC**. 2007.

VASCONCELLOS, Luiz Carlos Fadel de & PIGNATI, Wanderlei Antonio. Medicina do Trabalho: subciência ou subserviência? Uma abordagem epistemológica. **Ciênc. Saúde Coletiva** 11 (4) • Dez 2006 • <https://doi.org/10.1590/S1413-81232006000400031>

SOUZA, Katia Reis de; RODRIGUES, Andréa Maria dos Santos; FERNANDEZ, Verônica Silva; BONFATTI, Renato José. A categoria saúde na perspectiva da saúde do trabalhador: ensaio sobre interações, resistências e práxis. **ENSAIO • Saúde Debate**, 41 (spe2) • Jun 2017 • <https://doi.org/10.1590/0103-11042017S221>

STRAUSZ, Maria Cristina. **Produção do conhecimento em saúde coletiva: um olhar a partir da saúde do trabalhador**. Rio de Janeiro, 2014. Tese (Doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8ª, Brasília, 1986. **Anais**. Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE DOS TRABALHADORES, 1ª, Brasília, 1986. **Relatório Final**. Brasília, 1986.

COSTA, D.F. et al. **Programa de saúde dos trabalhadores; a experiência da zona norte: uma alternativa em saúde pública**. São Paulo, Oboré, 1989.

DEPARTAMENTO INTERSINDICAL DE ESTUDOS E PESQUISAS DE SAÚDE E DOS AMBIENTES DE TRABALHO (DIESAT). **Insalubridade: morte lenta no trabalho**. São Paulo, Oboré, 1989.

MINAYO-GOMEZ, C.; Campo da saúde do trabalhador: trajetória, configuração e transformações. In: MINAYO, C. G. *et al.* (Org.). **Saúde do trabalhador na Sociedade Brasileira Contemporânea**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011. p. 23-34.

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

MIRANDA, C.R. **Medicina do trabalho: sua prática e seu mercado de trabalho no Estado da Bahia**. Salvador, 1990. [Dissertação de Mestrado - Faculdade de Medicina da UFBA].

NOGUEIRA, D.P. Incorporação da saúde ocupacional à rede primária de saúde. **Rev. Saúde Públ.**, S. Paulo, **18**: 495-509, 1984.

NORONHA, Daisy Pires; FERREIRA, Sueli Mara S. P. Revisões de literatura. In: CAMPELLO, Bernadete Santos; CONDÓN, Beatriz Valadares; NUNES, E.D., org. **As ciências sociais em saúde na América Latina: tendências e perspectivas**. Brasília, Organização Panamericana da Saúde. 1985.

ODDONE, I. et al. **Ambiente de trabalho: a luta dos trabalhadores pela saúde**. São Paulo, Hucitec, 1986.

OLIVEIRA, J.A.A. & TEIXEIRA, S.M.F. **(Im) Previdência Social; 60 anos de história da previdência no Brasil**. Petrópolis, Vozes, 1986.

PARMEGGIANI, L. A nova legislação de segurança e saúde dos trabalhadores. **Rev. Bras. Saúde Ocup.**, 15 (50): 19-27, 1985.

PIMENTA, A.L. & CAPISTRANO FILHO, D., org. **Saúde do Trabalhador**. São Paulo, Hucitec, 1988.

POLACK, J.C. **La medicine du Capital**. Paris, FrancoisMaspero, 1971.

POSSAS, C.A. **Epidemiologia e sociedade: heterogeneidade estrutural e saúde no Brasil**. São Paulo, Hucitec, 1989.

RIBEIRO, H.P. & LACAZ, F.A.C., org. **De que adoecem e morrem os trabalhadores**. São Paulo, DIESAT, 1984.

RIGOTTO, R.M. **A saúde do trabalhador como campo de luta**. Belo Horizonte, 1990. [Mimeografado].

SILVEIRA, Regina Célia Pagliuchida. A organização textual do discurso científico de revisão. **Tema**, n. 16, p. 99-111, ago. 1992.

TAMBELLINI, A.T. Da medicina do trabalho à saúde dos trabalhadores. In: Congresso da Associação Nacional de Medicina do Trabalho, 5º, Florianópolis, 1987. **Anais**. Florianópolis. ANAMT, 1987. p. 39-60.

OLIVEIRA, Regina Márcia Rangel De Oliveira **A Abordagem Das Lesões Por Esforços Repetitivos/Distúrbios Osteomusculares Relacionados Ao Trabalho - Ler / Dort no Centro De Referência Em Saúde Do Trabalhador Do Espírito Santo - Crst/Es**. Rio de Janeiro Setembro de 2001.