



## 5º Encontro Internacional de Política Social 12º Encontro Nacional de Política Social

Tema: "Restauração Conservadora e novas resistências"

Vitória (ES, Brasil), 5 a 8 de junho de 2017

---

### Eixo 2: Mundo do trabalho.

## Os modelos de atenção à saúde do trabalhador e as transformações no mundo do trabalho

Sinara Martins de Oliveira<sup>1</sup>

**Resumo:** O presente artigo tem como objetivo caracterizar os modelos de atenção à saúde do trabalhador, a Medicina do Trabalho, a Saúde Ocupacional e a Saúde do Trabalhador, em sua relação com as transformações ocorridas no mundo do trabalho. A metodologia utilizada foi revisão de literatura. Buscou-se compreender o contexto histórico do surgimento de cada um destes modelos e a forma como se institucionalizaram as práticas de atenção à saúde dos trabalhadores a partir destas abordagens teóricas. Os resultados mostram que não se trata de uma evolução cronológica dos conceitos, pois estes permanecem coexistindo ainda hoje. Tratam-se, apenas de abordagens teóricas diferentes do mesmo assunto, a saúde do trabalhador.

**Palavras-chave:** Medicina do Trabalho; Saúde Ocupacional; Saúde do Trabalhador.

## The Models of Attention to the Health of the Worker and the Transformations in the World of Work

**Abstract:** This article aims to characterize the health care models of workers, Occupational Medicine, Occupational Health and Worker's Health, in their relationship with the changes that have occurred in the world of work. The methodology used was a literature review. We sought to understand the historical context of the emergence of each of these models and the way in which the health care practices of workers were institutionalized based on these theoretical approaches. The results show that this is not a chronological evolution of the concepts, since they continue to coexist even today. Only the theoretical approaches of the same subject are concerned with the health of the worker.

**Keywords:** Work Medicine; Occupational Health; Worker's Health.

### Introdução

As relações entre trabalho e saúde vêm sendo discutidas desde o século XIX na Europa, porém no Brasil o auge deste debate é o contexto político do final da década de 1970. Em meio às propostas da Reforma Sanitária Brasileira começaram a surgir propostas de intervenções nos locais de trabalho e de inserção de práticas de atenção à saúde dos trabalhadores na Saúde Pública.

Em um contexto de crítica aos modelos vigentes criaram-se as bases para o surgimento de uma nova forma de compreender a relação trabalho-saúde, de intervenção nos locais

---

<sup>1</sup> Assistente Social (Graduada pela Universidade Federal do Espírito Santo).  
E-mail: sinaraoliveira.am@gmail.com.

de trabalho e, por conseguinte, de inserir práticas de atenção à saúde dos trabalhadores na Saúde Pública. Com a incorporação de alguns referenciais das Ciências Sociais, especificamente do pensamento marxista, configurou-se um novo paradigma que ampliou a percepção da Medicina do Trabalho e da Saúde Ocupacional, o campo da Saúde do Trabalhador (MINAYO-GOMEZ; THEDIM-COSTA, 1997).

O objetivo deste artigo é caracterizar os modelos de atenção à saúde do trabalhador, a Medicina do Trabalho, a Saúde Ocupacional e a Saúde do Trabalhador, em sua relação com as transformações no mundo do trabalho.

Desta forma, o texto está dividido em três seções: na *primeira* serão apresentados os principais conceitos da Medicina do Trabalho, na *segunda* os conceitos da Saúde Ocupacional e na *terceira* serão apresentados os conceitos do campo da Saúde do Trabalhador, buscando relacionar com o contexto histórico do surgimento de cada modelo e com as transformações ocorridas no do mundo do trabalho. Buscou-se também compreender a forma como se institucionalizaram as práticas de atenção à saúde dos trabalhadores a partir destas abordagens teóricas.

Nas considerações finais, percebemos que não se trata de uma evolução cronológica dos conceitos, pois estes modelos de atenção à saúde dos trabalhadores permanecem coexistindo ainda hoje. Tratam-se, apenas de abordagens teóricas diferentes do mesmo assunto, a saúde do trabalhador.

### **A Medicina do Trabalho**

A Medicina do Trabalho surgiu na Inglaterra em meados do século XIX no contexto da Revolução Industrial, que consolidou o modo de produção capitalista. Nesta época os trabalhadores estavam sendo submetidos a um processo de produção muito acelerado e desumano, o que evidenciou a necessidade de uma intervenção para garantir a sobrevivência da força de trabalho e a continuidade da produção (MENDES; DIAS, 1991).

A classe trabalhadora era formada por homens, mulheres e crianças que estavam sujeitos a jornadas de trabalho exorbitantes, entre oito e doze horas de trabalho, em locais inadequados que favoreciam a proliferação de doenças, em condições de trabalho completamente desfavoráveis à saúde. Os operários tornaram-se como presas das

máquinas que frequentemente provocavam acidentes ocasionando mutilações e até mesmo muitas mortes (MINAYO-GOMEZ; THEDIM-COSTA, 1997).

Para Dias (1994) a Medicina do Trabalho surgiu para responder a necessidade do processo produtivo de assegurar a reprodução da força de trabalho e de estabelecer um mediador para os conflitos que começam a surgir entre os operários e os donos das fábricas. Isso porque os operários iniciaram “revoltas” por causa das péssimas condições de trabalho e de vida a que estavam sendo submetidos.

A inserção dos médicos dentro das fábricas representava uma forma de identificar o que estava causando danos à saúde dos trabalhadores, além de possibilitar a recuperação daqueles que adoeciam, para que pudessem retornar a linha de produção o mais rápido possível. Instaurava-se assim, o primeiro modelo de atenção à saúde do trabalhador centrado na atividade médica, uma característica da Medicina do Trabalho que predomina até hoje, “sob uma visão eminentemente biológica e individual, no espaço restrito da fábrica, numa relação unívoca e unicausal, buscavam-se as causas das doenças e acidentes” (MINAYO-GOMEZ; THEDIM-COSTA, 1997, p.22).

A Medicina do Trabalho é um modelo de atenção centrado na figura do médico, orientado pela teoria da unicausalidade, a qual considera que para cada doença exista um agente etiológico. No âmbito do trabalho, sua tendência é de “isolar riscos específicos e, dessa forma, atuar sobre suas consequências, medicalizando em função de sintomas e sinais ou, quando muito, associando-os a uma doença legalmente reconhecida” (MINAYO-GOMEZ; THEDIM-COSTA, 1997, p.23).

A preocupação em criar serviços médicos para os trabalhadores se expandiu rapidamente para outros países, devido o processo de industrialização, ganhando visibilidade internacional ao ser incorporada na agenda da Organização Mundial do Trabalho (OIT) criada em 1919. Em 1959, a OIT especificou que os Serviços de Medicina do Trabalho eram destinados à “[...] "adequação do trabalho ao trabalhador", limitada à intervenção médica, restringe-se à seleção de candidatos a emprego e à tentativa de adaptar os trabalhadores às suas condições de trabalho, através de atividades educativas” (MENDES; DIAS, 1991, p.342).

Estas características refletem a influência do pensamento positivista e mecanicista nas ciências médicas. E vão encontrar sustentação também nas ciências da administração com

o desenvolvimento dos princípios da “Administração Científica do Trabalho” elaborados por Frederick Taylor e incorporados por Henry Ford em suas fábricas automobilísticas, com a inserção da linha de montagem para a produção em massa. A medicina do trabalho então se configurou como uma aliada neste modo de produção capitalista, na busca pela produtividade como seu principal objetivo (MENDES; DIAS, 1991). Antunes (2015, p.35) entende o fordismo como,

[...] a forma pela qual a indústria e o processo de trabalho consolidaram-se ao longo deste século, cujos elementos constitutivos básicos eram dados pela produção em massa, através da linha de montagem e de produtos mais homogêneos; através do controle dos tempos e movimentos pelo cronômetro taylorista e da produção em série fordista; pela existência do trabalho parcelar e pela fragmentação das funções; pela separação entre elaboração e execução no processo de trabalho; pela existência de unidades fabris concentradas e verticalizadas e pela constituição/consolidação do operário-massa, do trabalhador coletivo fabril, entre outras dimensões.

Para Freire (2010, p.169) o conceito de Medicina do Trabalho no Brasil “[...] é originário dos paradigmas produtivistas e mercantilistas que impregnaram o Ministério do Trabalho nos anos 30, sendo limitado ao controle e prevenção de doenças, separado das relações sociais e processos que a produzem”.

Para Minayo-Gomes e Thedim-Costa (1997) frequentemente as doenças decorrentes do trabalho são identificadas em estágios avançados, pois na fase inicial a maioria delas possuem sintomas comuns a outras doenças. Com isso, fica difícil identificar os processos que as originaram, estes são muito mais abrangentes que a simples exposição a um único agente de risco.

As transformações ocorridas no mundo do trabalho após a II Guerra Mundial (1939-1945) refletiram também em mudanças na forma de tratar a questão da saúde dos trabalhadores. Com o desenvolvimento de novas tecnologias para acelerar a produção e com surgimento de novos produtos químicos, físicos e biológicos, aumentaram os números de acidentes e doenças decorrentes do trabalho. Ocasionalmente de certa forma “prejuízos” para os empregadores (MENDES; DIAS, 1991).

A enorme perda de força de trabalho provocada tanto pela guerra, quanto pelos acidentes de trabalho e pelas doenças profissionais, somados à intensificação da produção industrial para a reconstrução do pós-guerra, evidenciaram a necessidade de novas alternativas de intervenção sobre esta realidade. Considerando que a medicina do trabalho não dava mais

conta, pois considerava o trabalhador apenas numa perspectiva clínica, o que não era mais suficiente diante da situação (DIAS, 1994).

### **A Saúde Ocupacional**

Uma resposta para a situação vivenciada dentro das fábricas foi a ampliação da medicina do trabalho, para uma intervenção nos ambientes de trabalho. O que não poderia ser proporcionado somente com os conhecimentos da medicina, sendo necessário recorrer a outras profissões. A Saúde Ocupacional surge com uma abordagem mais ampla, abrangendo outras áreas de conhecimento como a higiene do trabalho, a ergonomia e a toxicologia, dando origem a um novo modelo de atenção à saúde dos trabalhadores (DIAS, 1994).

A Saúde Ocupacional teve origem dentro das grandes empresas com uma proposta multiprofissional e interdisciplinar, com a organização de equipes multiprofissionais e baseada na Higiene Industrial, relacionando ambiente de trabalho com o corpo do trabalhador. Incorporou a teoria da multicausalidade ao considerar que as doenças podem ser causadas por um conjunto de fatores de risco. Estes podem ser avaliados pela clínica médica e por indicadores ambientais e biológicos, a que os trabalhadores estiverem expostos (MINAYO-GOMEZ; THEDIM-COSTA, 1997).

Esta é uma abordagem que incorpora as práticas e conhecimentos da clínica, da medicina preventiva e da epidemiologia clássica, “mediante a história natural da doença para análise das doenças e acidentes de trabalho mediante a tríade agente-hospedeiro-ambiente” (LACAZ, 2007, p.758).

Para Minayo-Gomez e Thedim-Costa (1997, p.23) “[...] se os agentes/riscos são assumidos como peculiaridades “naturalizadas” de objetos e meios de trabalho, descontextualizados das razões que se situam em sua origem, repetem-se, na prática, as limitações da Medicina do Trabalho”.

O Comitê Misto da Organização Internacional do Trabalho e a Organização Mundial da Saúde (OIT-OMS) propôs em 1950, em Genebra, “[...] o conceito modernizado de Saúde Ocupacional, disseminado pela maioria dos médicos especializados em Medicina do Trabalho como o completo estado de bem-estar físico, psíquico e social” (FREIRE, 2010, p.169).

As bases para formulação da Saúde Ocupacional pela OIT/OMS surgem da Medicina Preventiva, a qual utiliza conceitos como prevenção, proteção, riscos e adaptação, para intervir na saúde dos trabalhadores. “[...] o paradigma da causalidade dos agravos à saúde dá-se pela precedência das condições de trabalho, numa visão a-histórica e descontextualizada das relações econômicas, político-ideológicas e sociais” (LACAZ, 2007, p.759).

Desloca-se, assim, a vocação da saúde ocupacional, passando esta a se ocupar da "promoção de saúde", cuja estratégia principal é a de, através de um processo de educação, modificar o comportamento das pessoas e seu "estilo de vida" (MENDES; DIAS, 1991, p.346). O que vai influenciar no desenvolvimento dos chamados “programas de qualidade de vida no trabalho” a partir da década de 1990.

No Brasil, o desenvolvimento da Saúde Ocupacional reproduziu o processo ocorrido nos países industrializados, porém de forma tardia. Na legislação, expressou-se na Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), especificamente em seu Capítulo V que foi reformado na década de 1970. Principalmente quanto às normas de obrigatoriedade da criação de equipes técnicas multidisciplinares nos locais de trabalho. E da avaliação quantitativa dos riscos ambientais, estabelecendo a adoção de "limites de tolerância", dentre outras normas (MENDES; DIAS, 1991).

Em 1975 foram criados os Serviços Especializados de Segurança e Medicina do Trabalho (Sesmt) a partir da Portaria do Ministério do Trabalho n. 3.460 de 31 de dezembro de 1975. Com essa legislação surgem as Comissões Internas de Prevenção de Acidentes (Cipa) como um fórum participativo dos trabalhadores para discussão de temas relativos à saúde, ao meio ambiente, a determinadas condições de trabalho que interferem na saúde, à prevenção de acidentes em geral. Porém, na década de 1990 as Cipas sofrem os rebatimentos da reestruturação produtiva, passando a ser utilizadas como um mecanismo das áreas de segurança do trabalho. As Cipas passaram a ser associadas a programas de Qualidade Total, como o Círculo de Controle de Qualidade (CCQ) para a segurança (FREIRE, 2010).

A primeira medida a ser tomada para avaliar as condições de higiene e segurança do trabalho em uma fábrica para Berlinguer (1983, p.7) “é conversar com os trabalhadores dos diversos setores da fábrica para conhecer as condições de trabalho que eles sentem, percebem ou relatam como lhes sendo prejudiciais à saúde”. O autor considera a

participação dos trabalhadores como um elemento essencial para melhorar as condições de trabalho.

A partir dos anos 1970 ocorreram grandes mudanças nos processos de trabalho. Observou-se uma intensificação na inserção de novas tecnologias, dentre as quais podem ser destacadas duas tendências: a automação e a informatização. Embora a automação e a informatização sejam rodeadas pela ideia de se constituírem uma ciência a serviço do homem, na verdade, elas introduziram grandes mudanças na organização do trabalho. Com o surgimento de novas tecnologias e as mudanças nas formas de organização do trabalho, surgem também novas doenças decorrentes do trabalho. “Passam a ser valorizadas as doenças cardiovasculares (hipertensão arterial e doença coronariana), os distúrbios mentais, o estresse e o câncer, entre outras” (MENDES; DIAS, 1991, p.346).

A transição em processos produtivos diferentes pode ocultar nexos causais e diminuir a possibilidade de identificá-los, com exceção daqueles mais evidentes e considerando a hipótese de exames admissionais que levaram em conta a história laboral preexistente, em uma perspectiva mesmo que distante de sustentar um processo de vigilância em saúde do trabalhador. Na prática, a identificação de doenças no processo de seleção da força de trabalho funciona como uma forma de impedir a contratação de pessoas que já estejam com a saúde comprometida (MINAYO-GOMEZ; THEDIM-COSTA, 1997).

Mendes e Dias (1991) identificam algumas consequências deste intenso processo social de mudanças sobre uma suposta hegemonia do "modelo da saúde ocupacional". Dentre elas, os trabalhadores começam a demonstrar desconfiança nos procedimentos éticos e técnicos dos profissionais da saúde ocupacional. Além disso, estes profissionais apresentam uma enorme dificuldade em trabalhar com algo novo, sobretudo porque significava perda de poder e de hegemonia.

### **O campo da Saúde do Trabalhador**

O marco inicial da história da Saúde do Trabalhador no Brasil é o contexto político do final dos anos 1970. Com o advento do movimento pela Reforma Sanitária e com forte participação dos movimentos sindicais. Este campo do conhecimento sobre as relações de saúde, doença e trabalho encontra-se inserido na Medicina Social Latino-americana

que começou a construir seu referencial teórico e metodológico desde os anos 70 (LACAZ, 1997).

Os estudos da Saúde Coletiva e da Medicina Social Latino-Americana permitiram ampliar o entendimento teórico e prático, em várias dimensões das relações de trabalho e saúde com a incorporação do conceito de "processo de trabalho", retirado da teoria marxista. Este conceito passou a ser uma referência no campo de estudos da Saúde do Trabalhador (MINAYO-GOMES; LACAZ, 2005).

Conforme Mendes e Dias (1991, p.347) “o objeto da saúde do trabalhador pode ser definido como o processo saúde e doença dos grupos humanos, em sua relação com o trabalho”.

Existem outros conceitos mediadores como “risco”, “carga de trabalho”, “exigências” e “requerimentos”, que dizem respeito às condições de trabalho e a componentes mais específicos da organização do trabalho, que também contribuem para a compreensão do processo de trabalho. “A aplicação desse conjunto de conceitos e noções mediadoras possibilita diversas formas de tratamento para identificar situações geradoras de efeitos potenciais ou reais sobre a saúde de grupos/categorias/setores, [...]” (MINAYO-GOMEZ, 2011, p.26).

É importante ressaltar que o conceito de processo de trabalho foi elaborado inicialmente para analisar o trabalho produtivo industrial. Sua utilização foi apropriada para compreender a fábrica taylorista-fordista. O conceito de Saúde do Trabalhador, como também de Saúde Ocupacional e de Medicina do Trabalho, carregam as marcas do contexto de predominância da sociedade industrial. Com efeito, a maior parte dos estudos realizados no Brasil durante as décadas de 1970 e 1980 eram voltados para o trabalho de "chão de fábrica", sendo requisitados pelos sindicatos de metalúrgicos, químicos, petroquímicos. E com menos frequência por categorias vinculadas ao setor de serviços, como bancários, comerciários e metroviários (MINAYO-GOMES; LACAZ, 2005).

“A década de 1980 presenciou, nos países de capitalismo avançado, profundas transformações no mundo do trabalho, nas suas formas de inserção na estrutura produtiva, nas formas de representação sindical e política” (ANTUNES, 2015, p.33).



Em uma década de grande salto tecnológico, a automação, a robótica e a microeletrônica invadiram o universo fabril, inserindo-se e desenvolvendo-se nas relações de trabalho e de produção do capital. Vive-se, no mundo da produção, um conjunto de experimentos, mais ou menos intensos, mais ou menos consolidados, mais ou menos presentes, mais ou menos tendenciais, mais ou menos embrionários. O fordismo e o taylorismo já não são únicos e mesclam-se com outros processos produtivos (neofordismo, neotaylorismo, pós-fordismo), [...] sendo em alguns casos até substituídos, como a experiência japonesa a partir do toyotismo permite constatar (ANTUNES, 2015, p.33).

O movimento da Reforma Sanitária no Brasil foi influenciado pela experiência italiana. Mas é importante ressaltar que o movimento sindical italiano era muito mais forte que o movimento sindical brasileiro nesta época e até os dias de hoje. De 1978 a 1980 foi um período em que o Movimento Sindical retornou ao cenário político brasileiro, um processo que teve início com as grandes greves nas indústrias automobilísticas do ABC paulista a partir de 1978, e que se espalhou por todo território nacional nos anos seguintes. O movimento sindical brasileiro ainda precisa definir uma estratégia de enfrentamento às questões relacionadas à saúde no trabalho, que vá além da compensação financeira por meio dos adicionais e indenizações impostas por uma lógica mercantilista. Vale lembrar que a palavra de ordem que norteou as primeiras ações intersindicais relacionadas à saúde no trabalho foi a frase: “Saúde não se troca por dinheiro” (LACAZ, 1997, p.11).

Os marcos históricos mais importantes no campo da saúde deram-se no período da redemocratização do país, na década de 1980. Como a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) em março de 1986 e da 1ª Conferência Nacional de Saúde dos Trabalhadores (CNST) em dezembro de 1986. Depois de um intenso processo de luta e defesa da saúde como direito e por um sistema único de saúde, a saúde foi reconhecida como “direito de todos e dever do Estado” na Constituição Federal de 1988 (LACAZ, 1997).

“Ao superar a visão da saúde ocupacional, a saúde do trabalhador se situa na perspectiva da ‘saúde como direito’, conforme a tendência internacional e a que foi plasmada no SUS, de universalização dos direitos fundamentais [...]” (MINAYO-GOMEZ, 2011, p.25). Esta perspectiva vai além dos direitos trabalhistas e previdenciários já estabelecidos.

A primeira fase de implantação da Saúde do Trabalhador no Sistema Único de Saúde (SUS) teve início em 1978 e terminou em 1986, este período foi marcado pela criação dos Programas de Saúde do Trabalhador (PST) que foram incorporados na rede de atenção básica da Saúde Pública. Estes programas adotaram princípios e diretrizes que

alguns anos depois foram incorporados ao SUS, como a participação e o controle social, a participação dos sindicatos na gestão dos PST; a integralidade, por meio da articulação entre assistência e vigilância; e a universalidade, pois todos trabalhadores tinham o direito de serem atendidos, independentemente de ser ou não contribuinte da Previdência Social (MINAYO-GOMES; LACAZ, 2005).

Ao falar da importância da participação dos trabalhadores Berlinguer (1983, p.7) afirma que “inspecionar uma fábrica sem previamente conversar com os trabalhadores é como examinar um doente sem antes ter ouvido a sua história”. Portanto, da mesma forma como muitas doenças podem ser identificadas pela história clínica, muitas situações ocupacionais nocivas só podem ser identificadas através do saber dos trabalhadores.

Ao contrário da concepção da saúde ocupacional, a qual considera os trabalhadores como pacientes ou como meros objetos da intervenção profissional. Na perspectiva da saúde do trabalhador os trabalhadores são vistos como sujeitos políticos coletivos e agentes de ações transformadoras, detentores de um saber proveniente da experiência. A apropriação deste saber é fundamental para a produção de conhecimentos, como também para o desenvolvimento de estratégias de atenção à saúde dos trabalhadores (MINAYO-GOMEZ, 2011).

O movimento sindical procurou garantir as conquistas alcançadas em termos de gestão e participação nos PSTs, mas enfrentou dificuldades em continuar avançando. Considerando que surgiram novas demandas relacionadas ao aprofundamento da crise econômico-social, o que trouxe sérias consequências como o aumento do desemprego nas grandes cidades brasileiras e a intensificação do trabalho informal (LACAZ, 1997).

A década de 1990 no Brasil foi marcada pelos reflexos do processo mundial de reestruturação produtiva. “Trata-se do enfrentamento de problemas como a perda da competitividade no mercado interno e externo, a baixa eficiência e a redução da rentabilidade industrial” (MELO; ALMEIDA; MATTOS, 2010, p.197). Trazendo inúmeras consequências para o mundo do trabalho, como a precarização da força de trabalho e retrocessos dos direitos sociais já conquistados.

“Novos processos de trabalho emergem, onde o cronômetro e a produção em série e de massa são “substituídos” pela flexibilização da produção [...]”. “[...] O toyotismo penetra, mescla-se ou mesmo substitui o padrão fordista dominante, em várias partes do capitalismo globalizado” (ANTUNES, 2015, p.34).

Vivem-se formas transitórias de produção, cujos desdobramentos são também agudos, no que diz respeito aos direitos do trabalho. Estes são desregulamentados, são flexibilizados, de modo a dotar o capital do instrumental necessário para adequar-se a sua nova fase. Direitos e conquistas históricas dos trabalhadores são substituídos e eliminados do mundo da produção (ANTUNES, 2015, p.34).

Freire (2010) identificou alguns impactos decorrentes da reestruturação produtiva a partir da década de 1990. Destacando como principais problemas: o agravamento das doenças existentes antes da reestruturação, principalmente das doenças graves e degenerativas, como a leucopenia (diminuição dos glóbulos brancos no sangue, geralmente provocada pela ação de agentes químicos, físicos ou biológicos) e a surdez; o surgimento de doenças profissionais decorrentes das novas tecnologias de trabalho, como as Lesões por Esforços Repetitivos (Ler), as doenças visuais e as doenças psíquicas, dentre elas o estresse e a hipertensão arterial como um de seus efeitos.

Para Freire (2010) esses impactos estão relacionados a três grandes fontes estruturais. A primeira são as características políticas e organizacionais do processo de trabalho e das áreas de Medicina e Segurança nas empresas (relações de trabalho autoritárias, precárias condições de trabalho e intensificação da exploração). A segunda está relacionada com o atraso nas tecnologias de produção e seu processo de modernização (com relação aos critérios da saúde, ambientais e ecológicos). A terceira se refere às novas técnicas de gerenciamento, como por exemplo, as estratégias de redução de custos que muitas vezes afetam brutalmente a saúde dos trabalhadores. Estas circunstâncias tendem a ser agravadas com a terceirização, por possibilitar a transferência de responsabilidade sobre uma força de trabalho que possui relações de trabalho muito mais vulneráveis sem controle social e mais descartáveis.

Com relação às propostas voltadas para a saúde dos trabalhadores existe uma séria dificuldade na rede de atenção básica, que é a não sensibilização dos profissionais para os problemas de saúde relacionados ao trabalho. “Aliado a isto persiste a recusa da notificação dos acidentes e doenças do trabalho pelas empresas e até a omissão do próprio trabalhador, premido pela ameaça de demissão, se o fizer” (LACAZ, 1997, p.12).

No âmbito do SUS, em 2002, foi instituída a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast), por meio da Portaria 1.679 de 2002 do Ministério da Saúde, baseada na experiência dos Centros de Referência de Saúde do Trabalhador (Cerest). É fundamental que a Renast caminhe para a superação da separação entre assistência e

vigilância, e incorpore estratégias de prevenção e de promoção da saúde. É de extrema importância que essa rede se articule com as instituições locais de regulamentação do Trabalho e da Previdência Social, de acordo com os marcos teóricos da vigilância em saúde do trabalhador (MINAYO-GOMES; LACAZ, 2005).

Em 2012 foi instituída a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT), mediante a Portaria N° 1.823, de 23 de Agosto de 2012 do Ministério da Saúde. Reafirmando princípios e diretrizes já defendidos na legislação do SUS como: a universalidade, a integralidade, a participação da comunidade, dos trabalhadores e o controle social, a descentralização, a hierarquização, a equidade e a precaução. Considerando como sujeitos desta política em seu art.3 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012):

[...]

Art. 3º Todos os trabalhadores, homens e mulheres, independentemente de sua localização, urbana ou rural, de sua forma de inserção no mercado de trabalho, formal ou informal, de seu vínculo empregatício, público ou privado, assalariado, autônomo, avulso, temporário, cooperativados, aprendiz, estagiário, doméstico, aposentado ou desempregado.

[...]

O campo Saúde do Trabalhador é entendido, portanto, como “um corpo de práticas teóricas interdisciplinares – técnicas, sociais, humanas – e interinstitucionais, desenvolvidas por diversos atores situados em lugares sociais distintos e informados por uma perspectiva comum” (MINAYO-GOMEZ; THEDIM-COSTA, 1997, p.25).

São muitos desafios pela frente para que seja implantada uma política de Saúde do Trabalhador efetiva e democrática. Esta deve partir dos níveis local e regional, e da participação social nos Conselhos e Comissões gestoras, como os Conselhos Municipais de Saúde, por exemplo, buscando aprofundar a municipalização da saúde (LACAZ, 1997).

Cresce cada vez mais o papel estratégico do SUS nas ações de atenção á saúde dos trabalhadores, considerando sua estrutura descentralizada que facilita a promoção da universalização da saúde, sua capacidade de criar meios de atenção coletiva e de chamar os trabalhadores para participação. O envolvimento da Saúde Pública nessa área, para criar alternativas aos modelos existentes e oferecer uma atenção mais ampla aos problemas de saúde dos trabalhadores, pode fazer muita diferença e promover mudanças significativas neste campo de práticas em saúde (MINAYO-GOMES; LACAZ, 2005).

## **Considerações Finais**

Percebemos que o primeiro modelo de atenção à saúde dos trabalhadores era centrado na atividade médica, uma característica da Medicina do Trabalho que predomina até hoje. A inserção dos médicos dentro das fábricas representava uma forma de buscar identificar as causas das doenças e acidentes que estavam causando danos à saúde dos trabalhadores, além de possibilitar a recuperação para que eles pudessem retornar ao trabalho o mais rápido possível. Nessa perspectiva a saúde do trabalhador é vista como uma mercadoria do empregador que precisava ser preservada para que pudesse continuar sendo “útil”, ou seja, para continuar produzindo. Sendo, portanto, voltada para atender os interesses dos empregadores.

A Saúde Ocupacional tem uma proposta muito interessante que nos chamou atenção. Ela surgiu com uma proposta de atuação multiprofissional e interdisciplinar dentro das grandes empresas, com a organização de equipes multiprofissionais. Por considerar que as doenças podem ser causadas por um conjunto de fatores de riscos que os trabalhadores podem estar expostos no ambiente de trabalho. Por isso, seu foco principal é a adequação das condições do ambiente de trabalho. No entanto, ela deixa a desejar neste aspecto, pois o ambiente de trabalho é importante, mas não é o único fator que precisa ser analisado quando se trata de atenção à saúde do trabalhador.

Logo, em um contexto de crítica a esses modelos vigentes criaram-se as bases para o surgimento de uma nova forma de compreender a relação trabalho-saúde no meio das propostas da Reforma Sanitária Brasileira, a Saúde do trabalhador. Com a incorporação do conceito de "processo de trabalho" retirado da teoria marxista foi possível ampliar o entendimento teórico e prático em várias dimensões das relações de trabalho e saúde. Deste modo, não apenas o corpo do trabalhador ou o ambiente de trabalho passaram a ser observados, mas uma série de fatores como a carga de trabalho, o ritmo, a jornada de trabalho, as relações de poder, dentre diversos outros fatores que influenciam na organização de todo o processo de trabalho.

Portanto, foi possível observar que não se trata de uma questão de evolução dos conceitos de forma cronológica. Pois, apesar destes modelos terem surgido em contextos bem diferentes e específicos eles permanecem coexistindo ainda hoje. Tratam-se apenas de perspectivas teóricas diferentes do mesmo assunto, a saúde do trabalhador. O que

acontece não raramente é que eles acabam sendo misturados nas práticas de muitos profissionais e programas institucionais voltados para a saúde dos trabalhadores.

### Referências

- ANTUNES, Ricardo. **Adeus ao Trabalho?** – ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. 16. ed. São Paulo: Cortez, 2015.
- BERLINGUER, Giovanni. **A Saúde nas fábricas.** São Paulo: Cebes-Hucitec, 1983.
- DIAS, Elizabeth Costa. **A Atenção à Saúde dos Trabalhadores no Setor Saúde (SUS) no Brasil:** realidade, fantasia ou utopia? 1994. 275 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva)-Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, 1994.
- FREIRE. Lúcia Maria de Barros. O Serviço Social e a Saúde do Trabalhador diante da Reestruturação Produtiva nas Empresas. In: MOTA, Ana Elizabete (org). **A Nova Fábrica de Consensos.** São Paulo: Cortez, 2010.
- LACAZ, Francisco Antônio de Castro. Saúde dos trabalhadores: cenário e desafios. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 1997. p.7-19. Disponível em: <<http://www.repositorio.unifesp.br/bitstream/handle/11600/461/S0102311X199700060002.pdf?sequence=1>> Acesso em: 18 maio 2016.
- \_\_\_\_\_. O campo Saúde do Trabalhador: resgatando conhecimentos e práticas sobre as relações trabalho-saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2007. p.757-766. abr., 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n4/02.pdf>>. Acesso em: 23 maio 2016.
- MELO, Ana Inês Simões Cardoso de; ALMEIDA, Gláucia Elaine Silva de; MATTOS, Ubirajara Aloízio de Oliveira. Na corda Bamba do Trabalho Precarizado: a terceirização e a saúde dos trabalhadores. In: Mota, Ana Elizabete (Org.). **A nova fábrica de consensos.** São Paulo: Cortez, 2010.
- MENDES, René; DIAS, Elizabeth Costa. Da Medicina do Trabalho à Saúde do Trabalhador. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, 1991. p. 341-349. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2977.pdf>>. Acesso em: 28 maio 2016.
- MINAYO-GOMEZ, Carlos. Campo de Saúde do Trabalhador: trajetória, configuração e transformações. In GOMEZ; MACHADO; PENA. **Saúde do Trabalhador na Sociedade Brasileira Contemporânea.** Rio de Janeiro, Fiocruz, 2011.
- MINAYO-GOMES, Carlos; LACAZ, Francisco Antônio de Castro. Saúde dos trabalhadores: novas-velhas questões. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p.797-807, Oct./Dec. 2005. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232005000400002](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000400002)>. Acesso em: 25 maio 2016.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria N° 1.823, de 23 de Agosto de 2012. **Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora**. Brasília, 2012. Disponível em:<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823\\_23\\_08\\_2012.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823_23_08_2012.html)>. Acesso em: 14 maio 2016.